

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ**  
**VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**PSICOTERAPIA BREVE INDIVIDUAL CON ENFOQUE EN LAS RELACIONES  
OBJETALES PARA NIÑOS DIAGNOSTICADOS COMO VÍCTIMAS DE ACOSO Y  
VIOLENCIA ESCOLAR**

**PSIC. MARÍA ENGRACIA CHAMORRO DE VARELA**

**Tesis de grado presentada a la  
Facultad de Psicología, como uno de  
los requisitos para obtener el título de  
Magister en Psicología Clínica.**

**PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ**

**2011**

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ**  
**VICERECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO**  
**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

Programa de Maestría en: Psicología Clínica

Facultad de: Psicología

Número de Código: 327- 14- 06- 10- 79

Nombre de la Estudiante: María Engracia Chamorro de Varela  
Ced. 8- 730- 916

Título al que aspira: Magister en Psicología Clínica

Tema de Tesis: Psicoterapia breve individual con enfoque en las Relaciones Objetales para niños diagnosticados como víctimas de Acoso y Violencia Escolar.

Resumen Ejecutivo: Este es un proyecto de investigación con diseño cuasi experimental con preprueba / postprueba y grupo control en lista de espera, junto a estudio de caso, a realizar en el área metropolitana de la capital. Se llevará a cabo la psicoterapia psicodinámica breve individual al grupo experimental, y al final se llevará a cabo una aplicación de la postprueba a ambos grupos para determinar la efectividad del tratamiento. Al grupo en lista de espera, por razones éticas, se le aplicará el tratamiento una vez culminada la investigación.

Nombre del Asesor: Mgr. Ricardo López

Firma del Asesor: \_\_\_\_\_

Firma del Estudiante: \_\_\_\_\_

Aprobado por: \_\_\_\_\_

Coordinador del Programa

\_\_\_\_\_  
Director de Postgrado de la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado

Fecha: \_\_\_\_\_

## **DEDICATORIA**

A mi esposo Gabriel, por ayudarme a llegar tan lejos.

A mi hijo Andrés, que me dio la fuerza para seguir adelante.

A mi familia, por el apoyo incondicional en cada meta trazada.

“Y Jesús me contestó... si ves sólo dos huellas en la arena al caminar, y no ves las otras dos que se debieran notar, es que en tu hora afligida, cuando flaquean tus pasos, no hay huellas de tus pisadas porque te llevo en mis brazos”.

Anónimo

## **AGRADECIMIENTOS**

Realizar este proyecto de investigación durante mi primer embarazo y terminarlo a los cinco meses de nacido mi bebé, ha sido la meta más difícil que me he trazado en mi vida. Después de muchas noches trabajando mientras Andrés dormía, he culminado mi tesis y ahora tengo mucho que agradecer a todos aquellos que de una forma u otra me ayudaron para que esto fuese posible:

- A Dios y a la Virgen, por darme fortaleza.
- A mi familia, que cada día me confirman que su amor lo es todo en esta vida.
- A mis pacientes y sus familias, que pusieron su confianza en mí para contener su sufrimiento.
- A la escuela que me abrió las puertas y creyó en mi proyecto.
- Al Profesor Ricardo López, por su dedicación, paciencia y por darme ánimos para terminar mi trabajo.
- A la Dra. Lea de Setton por su contención y por darme una función alfa a lo largo de este proceso.
- A Chayo y a Ani por su apoyo y a Carmen por sus oraciones.
- A María Teresa y Jazmín por ayudarme a cuidar a Andrés.
- A la profesora Elisa Hasday por su asesoría durante mi anteproyecto.
- A la Universidad de Panamá y a mis profesores.
- A mis compañeras, fue una suerte tenerlas a cada paso de esta maestría.
- A todos mis colegas y amigos por su apoyo profesional y personal.

## INDICE GENERAL

	Página
PORTADA	i
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN / ABSTRACT	1
INTRODUCCIÓN	2
<b>CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO:</b>	
<b>ACOSO Y VIOLENCIA ESCOLAR</b>	4
1. ASPECTOS FUNDAMENTALES DEL ACOSO Y LA VIOLENCIA ESCOLAR	5
1.1. Definición de Acoso y Violencia Escolar	5
1.2. Historia del Acoso y la Violencia Escolar	6
1.3. Tipos de Acoso y Violencia Escolar	9
1.4. Las Diferentes Formas del Acoso y la Violencia Escolar	9
2. BREVE PANORAMA DE LA SITUACIÓN DE ACOSO Y VIOLENCIA ESCOLAR	11
3. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL ACOSO Y LA VIOLENCIA ESCOLAR	14
3.1. Perfil de la Víctima	14
3.1.1. La Víctima en la Escuela	14
3.1.2. La víctima en la Casa	15
3.1.3. Características Generales de la Víctima	15
3.1.4. Las Víctimas Provocadoras	16
3.2 Perfil del Victimario	16
3.3 Causas del Acoso y la Violencia Escolar	18

3.4 Fases en que se Desarrolla el Acoso y la Violencia Escolar	19
3.5. Consecuencias del Acoso y la Violencia Escolar	25
3.6. Acoso y Violencia Escolar en el DSM – IV	27
4. ACOSO Y VIOLENCIA ESCOLAR DESDE LA PERSPECTIVA PSICODINÁMICA	28
5. ETAPA PREADOLESCENTE DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICODINÁMICO	33
5.1 Características de la Prepubertad	34
5.2 Características de la Preadolescencia	34
5.3 Tareas del Desarrollo	36
<b>CAPÍTULO II ENCUADRE TEÓRICO: PSICOTERAPIA BREVE CON ENFOQUE EN LAS RELACIONES OBJETALES</b>	38
1. PSICOTERAPIA BREVE PSICODINÁMICA	39
1.1 Historia de la Psicoterapia Breve Psicodinámica	39
1.2 Definición de la Psicoterapia Breve Psicodinámica	42
2. PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA BREVE CON ENFOQUE EN LAS RELACIONES OBJETALES	43
2.1 Fases de la Psicoterapia Breve con el Enfoque en las Relaciones Objetales	45
3. OTROS MODELOS DE INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS UTILIZADAS PARA EL TRATAMIENTO DEL ACOSO Y LA VIOLENCIA ESCOLAR	54
3.1 Terapia Breve Enfocada en la Solución	54
3.2 Intervención Cognitivo–conductual para Trauma en las Escuelas (CBITS)	55

<b>CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>56</b>
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	57
2. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	59
2.1 Hipótesis Principal	59
2.2 Hipótesis Secundaria	59
2.3 Hipótesis Estadística	59
3. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	61
3.1 Objetivos Generales	61
3.2 Objetivos Específicos	61
4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	62
5. VARIABLES DE INVESTIGACIÓN	63
5.1 Variable Independiente	63
5.2 Variables Dependientes	65
6. POBLACIÓN Y MUESTRA	67
6.1 Población	67
6.2 Muestra	67
6.3 Criterios de Inclusión	68
6.4 Criterios de Exclusión	68
7. TÉCNICAS DE MEDICIÓN E INSTRUMENTOS	68
7.1 AVE (Acoso y Violencia Escolar)	68
7.2 La Entrevista Clínica a los Padres	70
7.3 Entrevista Individual con el Niño para Conocer el Estado Mental	70
8. LIMITACIONES	71

<b>9. PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO</b>	<b>71</b>
<b>CAPÍTULO IV RESULTADOS Y ANÁLISIS</b>	<b>72</b>
<b>1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>	<b>74</b>
1.1 Heterogeneidad y Homogeneidad de los Sujetos	74
<b>2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS</b>	<b>76</b>
2.1 Variables Principales	76
2.2 Variables Secundarias	89
<b>3. DISCUSIÓN</b>	<b>118</b>
3.1 Los Resultados Estadísticos	118
3.2 El Tratamiento	121
<b>4. CONCLUSIONES</b>	<b>123</b>
4.1 La Investigación	123
4.2 La Intervención Clínica	124
<b>5. RECOMENDACIONES</b>	<b>126</b>
5.1 La Investigación	126
5.2 La Intervención Clínica	126
5.3 Las Escuelas	127
5.4 Los Padres de Familia	128
5.5 Otras Investigaciones en el Tema	128
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>130</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>134</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

	Página
<b>Gráfica N° 1</b> Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo experimental de la escala Índice Global de Acoso.	78
<b>Gráfica N° 2</b> Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo control de la escala Índice Global de Acoso.	81
<b>Gráfica N° 3</b> Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo experimental de la escala Intensidad del Acoso.	84
<b>Gráfica N° 4</b> Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo control de la escala Intensidad del Acoso.	87
<b>Gráfica N° 5</b> Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo experimental de la escala Ansiedad.	90
<b>Gráfica N° 6</b> Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo control de la escala Ansiedad.	93
<b>Gráfica N° 7</b> Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo experimental de la escala Distimia.	96
<b>Gráfica N° 8</b> Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo control de la escala Distimia.	99
<b>Gráfica N° 9</b> Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo experimental de la escala Disminución de Autoestima.	102
<b>Gráfica N° 10</b> Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo control de la escala Disminución de Autoestima.	105

<b>Gráfica N° 11</b> Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo experimental de la escala Autoimagen Negativa.	108
<b>Gráfica N° 12</b> Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo control de la escala Autoimagen Negativa.	111
<b>Gráfica N° 13</b> Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo experimental de la escala Autodesprecio.	114
<b>Gráfica N° 14</b> Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo control de la escala Autodesprecio.	117

## ÍNDICE DE TABLAS

	Página
<b>Tabla N° 1</b> Violencia escolar y problemas relacionados con drogas en la educación básica general. Nivel primario oficial. Según región educativa. Año escolar 2009.	12
<b>Tabla N° 2</b> Violencia escolar y problemas relacionados con drogas en la premedia y media oficial. Según región educativa. Año escolar 2009.	13
<b>Tabla N° 3</b> Datos Sociodemográficos del Grupo Experimental.	74
<b>Tabla N° 4</b> Datos Sociodemográficos del Grupo Control.	75
<b>Tabla N° 5</b> Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo experimental de la escala Índice Global de Acoso.	76
<b>Tabla N° 6</b> Estadísticas descriptivas: Comparación Índice Global de Acoso Pre-test / Post-test del grupo experimental.	76
<b>Tabla N° 7</b> Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo control de la escala Índice Global de Acoso.	79
<b>Tabla N° 8</b> Estadísticas descriptivas: Comparación Índice Global de Acoso pre-test / pos-test del grupo control.	79
<b>Tabla N° 9</b> Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo experimental de la escala Intensidad del Acoso.	82
<b>Tabla N° 10</b> Estadísticas descriptivas: Comparación Intensidad del Acoso pre-test / post-test del grupo experimental.	82

<b>Tabla N° 11</b> Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo control de la escala Intensidad del Acoso.	85
<b>Tabla N° 12</b> Estadísticas descriptivas: Comparación Intensidad del Acoso pre-test / post-test del grupo control.	85
<b>Tabla N° 13</b> Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo experimental de la escala Ansiedad.	88
<b>Tabla N° 14</b> Estadísticas descriptivas: Comparación Ansiedad Pre-test / Post-test del grupo experimental.	88
<b>Tabla N° 15</b> Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo control de la escala Ansiedad.	91
<b>Tabla N° 16</b> Estadísticas descriptivas: Comparación Ansiedad Pre-test / Post-test del grupo control.	91
<b>Tabla N° 17</b> Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo experimental de la escala Distimia.	94
<b>Tabla N° 18</b> Estadísticas descriptivas: Comparación Distimia Pre-test / Post-test del grupo experimental.	94
<b>Tabla N° 19</b> Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo control de la escala Distimia.	97
<b>Tabla N° 20</b> Estadísticas descriptivas: Comparación Distimia Pre-test / Post-test del grupo control.	97

<b>Tabla N° 21</b> Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo experimental de la escala Disminución de Autoestima.	100
<b>Tabla N° 22</b> Estadísticas descriptivas: Comparación Disminución de Autoestima Pre-test / Post-test del grupo experimental.	100
<b>Tabla N° 23</b> Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo control de la escala Disminución de Autoestima.	103
<b>Tabla N° 24</b> Estadísticas descriptivas: Comparación Disminución de Autoestima Pre-test / Post-test del grupo control.	103
<b>Tabla N° 25</b> Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo experimental de la escala Autoimagen Negativa.	106
<b>Tabla N° 26</b> Estadísticas descriptivas: Comparación Autoimagen Negativa Pre-test / Post-test del grupo experimental.	106
<b>Tabla N° 27</b> Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo control de la escala Autoimagen Negativa.	109
<b>Tabla N° 28</b> Estadísticas descriptivas: Comparación Autoimagen Negativa Pre-test / Post-test del grupo control.	109
<b>Tabla N° 29</b> Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo experimental de la escala Autodesprecio.	112
<b>Tabla N° 30</b> Estadísticas descriptivas: Comparación Autodesprecio Pre-test / Post-test del grupo experimental.	112

<b>Tabla N°31</b> Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo control de la escala Autodesprecio.	115
<b>Tabla N° 32</b> Estadísticas descriptivas: Comparación Autodesprecio Pre-test / Post-test del grupo control.	115

## ÍNDICE DE ANEXOS

	Página
<b>ANEXO N° 1</b> Carta para la escuela	135
<b>ANEXO N° 2</b> Carta para padres de familia	136
<b>ANEXO N° 3</b> Consentimiento Informado	137
<b>ANEXO N° 4</b> Caso N° 1	138
<b>ANEXO N° 5</b> Caso N° 2	140
<b>ANEXO N° 6</b> Caso N° 3	142
<b>ANEXO N° 7</b> Caso N° 4	144
<b>ANEXO N° 8</b> Caso N° 5	146
<b>ANEXO N° 9</b> Portada de la prueba AVE	148

## RESUMEN

Este proyecto de investigación tenía como objetivo comprobar la efectividad de una intervención terapéutica breve con énfasis en Relaciones Objetales, en un grupo de niños y niñas entre once y trece años, diagnosticados como víctimas de acoso y violencia escolar. El mismo se realizó mediante un diseño cuasi experimental con pre-test / post-test con grupo control en lista de espera y estudio de casos. Se utilizó la prueba Acoso y Violencia Escolar para evaluar 103 niños y niñas en una escuela del área metropolitana, de los cuales un 13% se detectaron como víctimas de acoso y violencia escolar o “*bullying*”. El tratamiento de doce sesiones individuales fue aplicado a los cinco sujetos del grupo experimental y se esperaba obtener una disminución en las variables Índice Global de Acoso e Intensidad del Acoso. A pesar de que la hipótesis de investigación no fue probada de manera estadísticamente significativa, si se observó una tendencia a la disminución en los puntajes del post-test. Igualmente, los pacientes reportaron una mejoría al finalizar el tratamiento. Por lo tanto, aunque no se pudo comprobar de manera cuantitativa la efectividad del tratamiento, si hubo cambios cualitativos que indican que los niños y niñas víctimas de acoso y violencia escolar se beneficiaron de la intervención terapéutica.

## ABSTRACT

The objective of this research project was to prove the effectiveness of an object relations brief therapy intervention, on a group of boys and girls between the ages of eleven and thirteen who were diagnosed as victims of bullying. This study was performed using a quasi-experimental design with a pre-test / post-test, control group on a standby list and case studies. The “*Acoso y Violencia Escolar*” test was used to evaluate 103 boys and girls in a metropolitan area school, of whom 13% were identified as victims of bullying. The twelve individual session treatment was administered on the five subjects of the experimental group expecting a decrease on the bullying index and the bullying intensity variables. Even though the investigation hypothesis was not proven with statistically significant results, a tendency of a decrease in the post-test scores was observed. Also, patients reported an improvement at the end of the treatment. Although, the study was not able to prove the effectiveness of the treatment on a quantitative manner, there were qualitative changes that indicated that the boys and girls who are victims of bullying benefited from the therapeutic intervention

## INTRODUCCIÓN

Los niños pasan la mayor parte de su día en la escuela y asisten a ella durante 14 años de su vida. A través de los años escolares pasan de ser los pequeños de prekinder, hasta llegar a ser graduandos, listos para acudir a la universidad. Al igual que la familia, el colegio influye en el desarrollo del niño como persona. Por esta razón, se espera que en éste encuentren un ambiente tranquilo y seguro, para que reciban una buena educación, se les refuercen los valores del hogar y puedan desarrollar buenas relaciones sociales de una manera agradable. Sin embargo, este no es el caso para los niños que son víctimas de acoso y violencia escolar o mejor conocido como “*bullying*”.

Muchos niños se ven afectados por los malos tratos de sus compañeros, quienes de una forma constante y cruel pueden dedicarse a hacerles la vida imposible. Ser víctima de acoso y violencia escolar puede llevar al niño a sufrir consecuencias muy serias, como depresión, trastornos de ansiedad, baja autoestima, autodesprecio, estrés postraumático, entre otras, y muchos han llegado a cometer suicidios u homicidios.

Este es un problema de actualidad, que cada día llama más la atención de educadores, psicólogos y otros especialistas, internacionalmente. En muchos países se están buscando herramientas para concientizar a la población y atender el problema en los centros educativos, para proteger a las víctimas y prevenir todos los problemas emocionales que se derivan del acoso y la violencia escolar. Se han realizado muchas investigaciones sobre el tema y es importante que en nuestro país también se le preste interés y se le tome con seriedad.

En Panamá, es un problema existente y algunas escuelas han empezado a trabajar el acoso y la violencia escolar. Sin embargo, en algunas ocasiones en las que se presenta un caso de acoso escolar en un colegio, se hace muy difícil para los miembros de la institución lidiar con esta situación. Actualmente, fundaciones como la Fundación Hazme Brillar, están ofreciendo charlas en las escuelas. Los medios de comunicación se están interesando en hablar del tema. Sin embargo, el acoso y la violencia escolar todavía son vistos por los adultos como:

- Un tabú.
- Un problema que sucede en escuelas ajenas a las de ellos.
- Un problema reservado para escuelas públicas o de niños que están rodeados de violencia.
- Conductas normales entre niños y niñas de la edad.

La realidad es que en todos los centros educativos hay acoso y violencia escolar, independientemente del hecho de que sean públicas o privadas, ya que el acoso y la violencia escolar, desde la perspectiva psicodinámica, son producto de un cuadro extremadamente complejo de eventos internos y externos, tanto para la víctima como para el agresor (Waddell, 2002), que serán explicados en el marco teórico de esta investigación.

En mi experiencia profesional he tenido el contacto con el dolor profundo de niños y niñas que se ven afectados por sus compañeros de clase, a quienes su mundo se les viene encima y el asistir diariamente a la escuela se les hace un sufrimiento. Ellos fueron mi motivación para realizar esta investigación, deseando encontrar la intervención adecuada para ayudarlos a salir adelante. También me interesé en abrir un espacio para pensar en el problema para motivar a los especialistas a realizar futuras investigaciones sobre el tema en nuestro país.

Para este estudio elegí niños y niñas entre 11 y 13 años, ya que esta es la edad de mayor incidencia del acoso y violencia escolar. También porque es una edad clave en el desarrollo del niño y en la cual su mundo social es de gran influencia. Para evaluar quienes eran víctimas se utilizó la prueba “Acoso y Violencia Escolar” (AVE) de Tea Ediciones. El estudio presentado a continuación está dividido en cuatro capítulos:

El capítulo I es el marco teórico de esta investigación e incluye también la descripción de la preadolescencia. El capítulo II lo dedicamos al encuadre teórico de la Terapia Breve con enfoque en la teoría de las Relaciones Objetales. El capítulo III presenta la metodología de la investigación y por último en el capítulo IV se detallan los resultados y el análisis de los mismos, en donde se presentan las conclusiones y recomendaciones de esta investigación.

## **CAPÍTULO I**

### **MARCO TEÓRICO:**

### **ACOSO Y VIOLENCIA ESCOLAR**

## 1. ASPECTOS FUNDAMENTALES DEL ACOSO Y LA VIOLENCIA ESCOLAR

### 1.1. Definición de Acoso y Violencia Escolar

El psicólogo noruego Dan Olweus fue el primero en utilizar el término “*bullying*”, refiriéndose a la violencia escolar entre niños, y le dio la siguiente definición: “cuando una persona está expuesta, repetidamente y por un periodo de tiempo, a acciones negativas por parte de una o más personas, y él o ella tiene dificultad para defenderse” (Olweus, 2002). El “*bullying*” trae como consecuencia dolor físico, emocional o ambos; es continuo y deliberado; es intencional no accidental. (Caprez, 2005).

El término acoso escolar o acoso psicológico es conocido en inglés como “*mobbing*” y es definido así: la falta de respeto al niño, un continuo y deliberado maltrato verbal y modal que recibe un niño por parte de otro u otros, que se comportan con él cruelmente con el objetivo de someterlo, asustarlo, amenazarlo y obtener algo mediante chantaje y que atenta contra la dignidad del niño y sus derechos fundamentales, como el de gozar de un entorno escolar libre de violencia y de hostigamiento” (Piñuel y Oñate, 2006).

Según Piñuel y Oñate (2006), existen tres criterios diagnósticos que sirven para determinar si nos encontramos ante un caso de acoso escolar. Estos son:

- La existencia de una o más de las conductas de hostigamiento;
- La repetición de la conducta de hostigamiento, que ha de ser evaluada por quien la padece no como meramente incidental, sino como algo que el niño espera recibir sistemáticamente dentro la escuela en su relación con aquellos que le acosan;
- La duración en el tiempo del acoso. Con el proceso de acoso se instala la indefensión que va a ir minando la resistencia del niño afectando significativamente a todos los órdenes de su vida (académico, afectivo-emocional, social, familiar).

La existencia de estas tres características indica la presencia de un caso de acoso y violencia escolar. No es requisito necesario comprobar un daño físico o psicológico, ya

que el niño es víctima desde que se ve expuesto a las conductas repetitivas de hostigamiento y está en riesgo padecer estos daños (Piñuel y Oñate, 2006).

## **1.2 Historia del Acoso y la Violencia Escolar**

El hablar de violencia se refiere al “abuso de poder de un sujeto o grupo de sujetos sobre otro, siempre más débil o indefenso. La violencia implica la existencia de una asimetría entre los sujetos que se ven implicados en los hechos agresivos” (Fernández, 2001). La violencia no solamente se entiende como daño físico sino que va más allá, se trata de toda conducta que dañe intencionalmente a otro. Hay situaciones de conflicto interpersonal, de acoso psicológico, de rechazo, en las cuales no hay golpes ni maltrato físico, pero si se violenta la seguridad y la tranquilidad de la víctima. La agresividad es parte de la naturaleza humana y puede moverte a actuar positivamente o negativamente. La manifestación negativa de la agresión es la violencia (Guerra de Alcántara, 2009), por lo cual la ira, la envidia, el sadismo, el acoso y la violencia han existido a lo largo de toda la historia.

Al dar un pequeño vistazo a la historia de la humanidad queda claro que está marcada de ejemplos de opresión, guerras, discriminación, abusos, asesinatos, acoso y otras caras de la violencia. Por mencionar algunos eventos están: la conquista de América, la Inquisición, el tráfico de esclavos, las encomiendas indígenas en América, la ablación del clitoris a mujeres en África, enfrentamientos entre Chiitas y Sunís, las dos guerras mundiales de la edad moderna, el Holocausto, la opresión en los países comunistas como Cuba, Corea del Norte, China y la Unión Soviética, la guerra civil de España, el “*Apartheid*” en Suráfrica, entre miles de otros eventos que se podrían mencionar.

Las conductas humanas de violencia y abuso de poder se han podido observar en macro, como los mencionados anteriormente y en micro, en la misma célula de la familia. Son incontables las historias de violencia, crímenes, incesto, maltrato, etc. que se dan entre las cuatro paredes del seno familiar. Esta realidad histórica se ha reflejado también

en la conducta entre niños. Por esto, hablar de acoso y violencia escolar no es asunto exclusivo de nuestra época post moderna, sino que hasta el siglo pasado fue que se vino a darle un nombre como tal.

El problema de “*bullying*” no es nuevo, pero es hasta ahora que la sociedad se está haciendo consciente del impacto negativo que tiene en los niños. En el pasado el acoso y la violencia escolar eran vistos como un período pasajero e inofensivo, normal e inevitable, como parte del crecimiento. El rechazo, el aislamiento, la burla, los chismes, los empujones o golpes, eran descartados como juegos de niños o simplemente los niños siendo niños. A los niños que eran víctimas se les decían cosas como “no dejes que te afecte”, “eres muy sensible, tienes que fortalecerte” o que el abuso les formaba el carácter. El problema con esta forma de pensar fue que no todos los chicos tienen la confianza y las habilidades sociales para detener el acoso y la violencia cuando está sucediendo. Estas conductas son un abuso y esperar que la víctima maneje todo por sí sola es irreal. Después de todo, a otras víctimas de abuso, como las de violencia doméstica, no se les dice que sean fuertes o que no se dejen afectar por eso (Carpenter y Ferguson, 2009).

En la literatura se registran novelas que abordan el tema del acoso y la violencia entre niños. *Oliver Twist* es uno de los ejemplos más conocidos. Esta obra, escrita por Charles Dickens y publicada en 1838, fue una de las primeras novelas que se enfocaba en el acoso y la violencia entre niños. Otro clásico de la literatura inglesa de postguerra es “*Lord of the Flies*” o “El Señor de las moscas”, publicada en 1954. Esta novela, escrita por William Golding, trata de un grupo de niños sobrevivientes a un accidente de aviación en una isla desierta. Inicialmente, todos cumplen con las reglas sociales establecidas por el grupo. Pero luego se dividen y pasan a vivir sin ningún tipo de normas, surgen las rivalidades, abusos de poder y la barbarie, hasta llegar a matar a dos de ellos. Esta obra es un excelente ejemplo literario de la violencia que puede surgir entre niños. También está la novela “*Blubber*”, escrita en 1974 por Judy Blume, que cuenta la historia del maltrato escolar a una niña de quinto grado con un problema de sobrepeso. También en el cine se han mostrado casos como en las películas “*Back to the Future*” y

*“Karate Kid”*, pero en éstas, por ser historias de Hollywood, la víctima termina derrotando a sus victimarios (Carpenter y Ferguson, 2009).

Antes de los años setentas, el problema de acoso y violencia escolar no era considerado un problema socialmente significativo hasta que el investigador y psicólogo Dan Olweus inicia los primeros estudios sobre el tema en la Universidad de Bergen, en Noruega. Él completó la primera investigación científica a gran escala, alertando a la población sobre la magnitud del problema de violencia y acoso que existía entre niños en las escuelas. Los resultados fueron publicados en 1973 y luego traducidos del sueco al inglés en 1978, bajo el nombre de *“Aggression in the Schools: Bullies and Whipping Boy”* (Carpenter y Ferguson, 2009). Su labor en el tema se intensifica cuando, en 1983, tres adolescentes noruegos cometen suicidio por ser víctimas de violencia escolar. Este suceso mueve al país, creándose una campaña nacional para la prevención del acoso y la violencia escolar conocida como *“Olweus Bullying Prevention Program”*. La idea de tener un programa de prevención es propagada por otros países como Inglaterra, Estados Unidos, Canadá, entre otros (Olweus, 2010). En 1993, Olweus escribe el libro *“Bullying at School What We Know and What We Can Do”*. Este libro actualmente es considerado la guía más importante sobre el tema de acoso y violencia escolar. Hoy en día educadores, psicólogos, investigadores, padres de familia, los medios de comunicación y la sociedad en general, le están dando mayor importancia a este tema. Muchas escuelas a nivel internacional han incorporado intervenciones en sus programas educativos para el acoso y la violencia escolar. Para el año 2007, treinta y cinco estados de los Estados Unidos ya tenían leyes estatales en contra del acoso y la violencia escolar e iniciaron su desarrollo después de la tragedia de *“Columbine High School”* en 1999, cuando dos estudiantes dispararon contra compañeros y maestros dejando 13 muertos y 24 heridos (Carpenter y Ferguson, 2009). Otros países como Noruega, Inglaterra, España, México, Paraguay, Perú, entre otros, también tienen legislaciones para la prevención e intervención en el acoso y la violencia escolar.

### 1.3 Tipos de Acoso y Violencia Escolar

Generalmente al hablar de “*bullying*” o violencia y acoso escolar, la primera imagen que viene a la mente es de niños que están siendo maltratados físicamente por uno o varios compañeros, pero este no es siempre el caso. Según Caprez (2005), se pueden clasificar 5 tipos de acoso y violencia escolar:

1. **Físico:** este incluye patadas, golpes, empujones, pellizcos, el daño a las pertenencias, el hurto del dinero, etc.
2. **Verbal:** se manifiesta a través de comentarios abusivos, amenazas, intimidaciones, el uso de sobrenombres denigrantes, el bochínche, etc.
3. **No-verbal:** son conductas como excluir, ignorar, hacer gestos devaluantes, etc.
4. **Emocional / psicológico:** esta categoría incluye el racismo, sexismo, comentarios homofóbicos, abuso por ser gordo, muy alto o tener algún tipo de discapacidad o marcas de nacimiento, burlas por la familia, religión, etc. También incluye el imitar a la persona y tratarla como si fuera inferior.
5. **“Bullying” cibernético:** esta es una nueva forma de acoso y violencia escolar, la cual se manifiesta a través de la tecnología. Se caracteriza por el envío de mensajes al teléfono celular del niño, o al email o a través de páginas de internet (*facebook, tweeter*, etc), donde lo exponen y lo atacan con fotos o mensajes denigrantes y tiene como resultado una humillación social del niño.

### 1.4 Las Diferentes Formas del Acoso y la Violencia Escolar

Las cinco categorías en que se clasifican los tipos de acoso y violencia escolar pueden manifestarse de formas muy variadas. Piñuel y Oñate (2006) describen las siguientes:

- **Hostigamiento:** son las conductas de acoso psicológico que se manifiestan mediante el desprecio y la falta de respeto y de consideración por la dignidad del niño. El desprecio, el odio, la ridiculización, la burla, el menosprecio, el poner sobrenombres

denigrantes, la crueldad, la manifestación con gestos de desprecio y la imitación burlesca, son ejemplos de hostigamiento.

- **Intimidación:** son conductas que persiguen atemorizar, amedrentar, humillar o consumir emocionalmente al niño mediante una acción intimidatoria. Con ella quienes acosan buscan inducir el miedo en el niño. Ejemplos de hostigamiento serían las amenazas, el hostigamiento físico intimidatorio o acoso al salir de la escuela.
- **Amenazas a la integridad:** son conductas que buscan atemorizar mediante las amenazas contra la integridad física del niño o de su familia, o mediante la extorsión.
- **Coacciones:** son conductas que pretenden que el niño realice actos en contra de su voluntad. Mediante estas conductas quienes acosan al niño pretenden ejercer un dominio y sometimiento total de su voluntad para lograr sobre todo poder social. Los que acosan son percibidos como poderosos por el niño y por los espectadores. Con frecuencia el niño es víctima de abusos o conductas sexuales no deseadas y suele callar, por miedo o por sentimientos de culpa.
- **Bloqueo Social:** son acciones que buscan el aislamiento social del niño y la marginación, lograda a través de conductas de bloqueo. Así, las prohibiciones de jugar en un grupo, de hablar o comunicarse con otros o de que nadie hable o se relacione con él son indicadores de que buscan quebrar la red social de apoyo del niño. Un ejemplo de esto sería provocar al niño para hacerlo llorar, dejándolo con una imagen ante los demás de débil, llorón, indefenso, etc.
- **Exclusión Social:** son conductas que buscan excluir de la participación al niño acosado. El “tú no” es el centro de éstas conductas con las que el grupo acosa y segrega socialmente al niño. Al tratarlo como si no existiera, aislarlo, impedir su expresión, impedir su participación en juegos, etc. se produce el vacío social en su entorno.
- **Manipulación Social:** son conductas que pretenden distorsionar la imagen social del niño y “envenenar” a otros contra él. Con ellas se trata de presentar una imagen negativa y distorsionada del niño. Es en la manipulación en donde se manifiestan los chismes, se cambia todo lo que ha hecho o dicho el niño y se inventa incluso lo que

no ha hecho o dicho. No importa lo que haga, todo es utilizado para inducir el rechazo de los demás. Como consecuencia de esta manipulación social de la imagen del niño acosado, otros niños se suman al acoso de manera involuntaria y sienten que el niño acosado merece el acoso que recibe.

- **Agresiones:** son conductas directas de ataque para hacer daño, ya sea físico o psicológico. Esto incluye las agresiones físicas, la violencia, el robo, el daño a propósito de las pertenencias del niño, los gritos, los insultos, etc. Es importante proteger físicamente al niño que se ve expuesto a este tipo de conductas.

## **2. BREVE PANORAMA DE LA SITUACIÓN DE ACOSO Y VIOLENCIA ESCOLAR**

Estudios internacionales confirman la problemática actual de violencia y acoso escolar, la cual a la larga trae graves secuelas físicas y psicológicas. Se trata de un componente significativo de la violencia juvenil que puede llevar a extremos como homicidios y suicidios. Entre las investigaciones podemos mencionar las siguientes:

- El estudio Cisneros VII realizado en el año 2005 en España establece que un 39% de los alumnos entre 2do de primaria y 2do de Bachillerato están expuestos a violencia persistente en su entorno escolar; un 24% de estos alumnos se encuentran en una situación técnica de acoso escolar. La tasa de acoso escolar por sexos es de 26,8% del total de los niños y del 21,1% del total de las niñas, siendo estas menos acosadas en el colegio en casi todos los cursos escolares (Piñuel y Oñate, 2006).
- En un estudio exploratorio realizado en el 2005 en la ciudad de Cali, Colombia se encontró que el 24,7% de los estudiantes entre sexto y octavo grado reportan haber sido víctimas de acoso y violencia escolar a través de comportamientos de intimidación o agresión verbal, física o psicológica, en estudiantes de ambos géneros de todos los estratos socioeconómicos (Paredes y otros, 2006).

- La investigación realizada en Londres en el año 2007 por NSPCC “*Child Protection Awareness and Diversity Department*” encontraron que el 31% de los niños son víctimas de acoso y violencia escolar durante la infancia. (Cawson y otros, 2000)

Es evidente, a través de los medios de comunicación, que la situación de acoso y violencia escolar está siendo motivo de atención internacional y es también un problema presente en las escuelas panameñas. Se trata de un problema que no distingue raza ni estrato social. El Ministerio de Educación tiene registro de agresiones en las escuelas, pero sabemos que esto es poco con relación a lo que sucede realmente, ya que la mayoría de los casos de acoso y violencia escolar no son denunciados ni detectados. En el cuadro presentado a continuación se muestran las cifras del Ministerio de Educación en el año 2009, a nivel Primario que incluye niños de 6 a 11 años de edad. La mayoría de los casos registrados son en la ciudad de Panamá, por agresión verbal, agresión física sin armas y hurto sin armas.

**Tabla N° 1**

**Violencia escolar y problemas relacionados con drogas en la educación básica general. Nivel primario oficial. Según región educativa. Año escolar 2009.**

REGION EDUCATIVA	Hurto		Agresión Física		Agresión Verbal	Droga	Ataque a Bienes Materiales de				Uso de Armas		
	Con Armas	Sin Armas	Con Armas	Sin Armas			Propiedad Individual	La Escuela	Los Docentes	Los Estudiantes	Administradores	Blanca	Contaminante
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>17</b>	<b>10</b>	<b>372</b>	<b>617</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>17</b>	<b>204</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>10</b>
BOCAS DEL TORO	2	1	10	6	22					1			
COCLE				16	26								
COLON	2	14		16	26								
CHIRQUI		14	17	65	66	3		4	225		2	3	7
DARIEN		2	3	13	26								
FERREÑA		7		6	31								
LOS SANTOS				26	24								
<b>PANAMÁ</b>	<b>1</b>	<b>84</b>	<b>29</b>	<b>267</b>	<b>376</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
PANAMA CENTRO	1	4	25	101	235	2		1	2	1	1		3
PANAMA ESTE		1		2	24						1		
PANAMA OESTE		35	4	29	36	1		2	3	2	1		1
SAN MIGUELITO		7		74	77	1					1		
VERAGUAS		3		28	16								
COMARCA KUNA YALA													
COMARCA EMBERÁ		1				4							
COMARCA NGÖBE BUĞLE				2	2								

Fuente: Departamento de Estadística de la dirección Nacional de Planeamiento Educativo del Ministerio de Educación de la República de Panamá. [www.contraloria.gob.pa/inec/aplicaciones/EDI/CACION/2009.htm](http://www.contraloria.gob.pa/inec/aplicaciones/EDI/CACION/2009.htm)



específicamente del “*cyberbullying*” o “*bullying*” cibernético. Esta campaña se llama *Conéctate Seguro* y busca que los jóvenes tengan mayor cuidado a la hora de enviar mensajes, publicar fotos, etc. Igualmente la Fundación Hazme Brillar, apoyada por el Ministerio de Educación, lleva varios años realizando programas de concientización para estudiantes de escuelas públicas y privadas. Esta fundación busca promover el respeto y la tolerancia. Otra forma en que se está manifestando el interés en el acoso y violencia escolar es a través de algunos periódicos nacionales, que han publicado artículos informativos sobre el tema. Sería ideal que en un futuro el Ministerio de Educación tome acciones para incluir políticas de prevención y acción dentro del sistema escolar.

### **3. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL ACOSO Y LA VIOLENCIA ESCOLAR**

Al trabajar en la prevención y la detención del acoso y violencia escolar, Guerra de Alcántara (2009) nos dice que es importante tener claras las características tanto de la víctima como del victimario, ya que ambos presentan un problema que debe ser abordado. Ambos extremos pueden mostrar problemas de autoestima, adaptación social, habilidades sociales, posibles problemas familiares y escolares.

#### **3.1 Perfil de la Víctima**

Dan Olwens (1998), describe de una forma muy clara una guía para identificar a la víctima:

##### **3.1.1. La Víctima en la Escuela**

- Les realizan muchas bromas desagradables
- Son objeto de burlas devaluantes y agresivas
- Los molestan de diferentes formas y no saben defenderse adecuadamente.
- Se ven involucrados en discusiones y peleas en las que se encuentran indefensos.
- Les quitan los libros, el dinero y otras pertenencias, se las dañan y se las tiran.

- Tienen moretones, heridas, arañazos o roturas en la ropa que no se explican de forma natural.
- Generalmente están solos y apartados del grupo durante el recreo.
- Son los últimos en ser escogidos al realizar juegos de equipo.
- Durante el recreo procuran quedarse cerca de algún profesor u otro adulto.
- En clase tienen dificultad de hablar delante de los demás, dando la impresión de inseguridad y ansiedad.
- Tienen un aspecto triste, deprimido o preocupado.
- Se observa un deterioro en su desempeño escolar.

### **3.1.2. La Víctima en la Casa**

- Regresan de la escuela con la ropa, los libros o los útiles rotos o desordenados.
- Tienen moretones o heridas que no se explican de forma natural.
- Es posible que no tengan ningún compañero con quien compartir el tiempo libre.
- No son invitados a fiestas, o a muy pocas, y carecen de interés si se les ofrece organizar una.
- En las mañanas tienen poco interés en ir a la escuela, muestran poco apetito, dolores de cabeza frecuentes o dolor de estómago.
- Duermen intranquilos, tienen pesadillas y es posible que lloren mientras duermen.
- Pierden el interés por hacer tareas y traen malas notas.
- Tienen aspecto triste y de infelicidad, y cambian de humor fácilmente.
- Piden dinero extra o lo roban para contentar a sus agresores.

### **3.1.3. Características Generales de la Víctima**

- Pueden ser físicamente más débiles que sus compañeros.
- Pueden tener ansiedad corporal, tienen miedo de que les hagan daño o de hacérselo ellos mismos; en los juegos y en los deportes son físicamente ineficaces.

- Son cautelosos, sensibles, tranquilos, pasivos, sumisos, tímidos y huidizos. Tienden a llorar con facilidad.
- Son ansiosos, inseguros, infelices y depresivos, y tienen una opinión negativa de sí mismos; en cierto sentido muestran a los otros que son individuos despreciables e inoportunos.
- Les cuesta imponerse en el grupo, físicamente, verbalmente o de otra forma; su conducta habitual es no agresiva.
- Su rendimiento escolar puede ser bueno, normal o malo.

#### **3.1.4. Las Víctimas Provocadoras**

- Son ansiosos, inseguros, infelices y depresivos, con una opinión negativa de sí mismos.
- Pueden tener mal genio e intentar pelear o responder cuando les atacan o insultan, pero normalmente de forma ineficaz.
- Pueden ser hiperactivos, inquietos, distraídos y ofensivos, o causa de tensiones en general. Se muestran torpes e inmaduros y de costumbres irritables.
- Es posible que provoquen el disgusto en los adultos, incluyendo a los profesores.
- Pueden intentar agredir a otros alumnos más débiles.

#### **3.2 Perfil del Victimario**

De igual manera Olwens (1998), también describe la guía para identificar las características generales del agresor:

- Les gusta hacer bromas desagradables, insultar, intimidar, amenazar, poner apodos, burlarse, ridiculizar, acobardar, empujar, golpear y dar patadas a los compañeros, seleccionando a los más débiles.
- Pueden ser físicamente más fuertes que sus compañeros de clase o sus víctimas, pero no siempre. Son buenos en los juegos, deportes y peleas.

- Sienten una gran necesidad de dominar a otros alumnos, imponerse mediante el poder y la amenaza, y de conseguir lo que se proponen.
- Tienen mal carácter: se ponen bravos fácilmente, son impulsivos y tienen baja tolerancia a la frustración; les cuesta adaptarse a las normas y aceptar cuando las cosas no salen como ellos quieren. Buscan “salidas fáciles”, como copiarse en los exámenes.
- Con los adultos suelen tener una actitud hostil, desafiante y agresiva. Son convincentes para salirse de situaciones difíciles.
- Se les considera duros y muestran poca simpatía por los alumnos que sufren agresiones.
- No son ansiosos ni inseguros y muestran una actitud positiva de sí mismos.
- Muestran conductas antisociales como incurrir en el robo, vandalismo y consumo de alcohol, cigarrillo y otras drogas, desde temprana edad. Tienen malas compañías.
- Su popularidad entre los compañeros puede ser normal o por debajo de la media, pero generalmente cuentan con el apoyo de un número reducido de compañeros. En secundaria los agresores suelen ser más populares que en la primaria.
- En la secundaria suelen tener notas más bajas y muestran una actitud negativa hacia la escuela.

Además de las víctimas y victimarios descritos anteriormente, también es importante hablar de los espectadores, este grupo está compuesto por los alumnos que no quieren verse involucrados al presenciar las conductas de acoso y violencia escolar, y tampoco quieren tomar partido por las víctimas. Esto es debido a que temen volverse víctimas al defender a su compañero, o porque están de acuerdo con las conductas de acoso y violencia porque piensan que el estudiante se lo merece. Los espectadores muestran una actitud insensibilidad y pasividad ante la agresión. Carecen de solidaridad con sus compañeros, lo cual también es un problema (Guerra de Alcántara, 2009).

### **3.3 Causas del Acoso y la Violencia Escolar**

El problema del acoso y la violencia escolar es multifactorial, no se puede atribuir a una sola causa. Está centrado en el ámbito escolar pero sus causas pueden encontrarse, además de en la propia escuela, en otros espacios y, por supuesto, en el sujeto mismo, sea la víctima o el agresor. Esta es la razón por la cual es fundamental conocer y analizar los diferentes ambientes que rodean al niño, para saber de qué manera influyen en él y así entender el problema del acoso y la violencia escolar (Guerra de Alcántara, 2009).

Guerra de Alcántara (2009), habla de la influencia que puede ejercer en el niño el ambiente familiar, el ambiente escolar, el entorno social y los medios de comunicación:

- **Ambiente Familiar:**

La familia es el primer contacto del niño con el mundo que lo rodea. De esta se derivará la fortaleza con la que los hijos puedan enfrentar el mundo externo, ya que es la proveedora de seguridad y protección. Si, por el contrario, en el ambiente familiar existen situaciones adversas como violencia intrafamiliar, desintegración, conductas delictivas, consumo de drogas, falta de comunicación, etc., y la familia no percibe estas situaciones como un problema, y los padres participan también como víctimas o agresores, se les hace muy difícil detectar o prevenir una problemática de acoso y violencia escolar en los hijos. Algunas conductas de los padres que empeoran la problemática de acoso y violencia escolar son: su incongruencia entre lo que piensan y lo que hacen, la falta de apoyo en la vida escolar del hijo, descalificar las intervenciones de profesores u otros profesionales y la falta de comunicación y confianza con sus hijos.

- **Ambiente Escolar:**

La escuela es el lugar donde los niños pasan la mayor parte del día durante el año escolar. En ella conviven diariamente con compañeros y maestros, por lo cual es una de las principales fuentes de formación que tiene el alumno. En la escuela se aprende más que contenidos académicos, se aprende la convivencia, los valores, las actitudes y las habilidades. Cuando el ambiente escolar no es el adecuado y existen conductas antisociales, o las conductas de acoso y violencia son toleradas, se torna difícil entonces

que el alumno busque ayuda y se le dé solución a su problema, lo que puede tener consecuencias muy serias.

- **El Contexto Social:**

La familia y la escuela forman parte de la sociedad y deben compartir metas e ideales. Ambas instituciones forman parte de la sociedad y comparten valores, ideales y tradiciones; pero también comparten problemas, limitaciones, antivalores y conflictos. Ni la familia ni la escuela pueden pasar ajenas a esta realidad. Es importante que las familias y escuelas conozcan y participen en el ambiente que rodea a sus niños.

- **Los Medios de Comunicación:**

En la actualidad nuestros niños tienen mucho acceso a información a través de los medios de comunicación como la televisión, el cine, la radio, la prensa, pero sobre todo Internet, videojuegos y todos los aparatos electrónicos que existen actualmente. Muchos de éstos utilizan material que carece de ética y está lleno de violencia, sólo por motivos comerciales. García y Ramos (2000) han estudiado los efectos de la violencia audiovisual diciendo que las personas pueden imitar la violencia que observan en la televisión, pueden identificarse con ciertos personajes (víctimas o agresores), pueden inmunizarse poco a poco a los horrores de la violencia y pueden aceptar la violencia como vía óptima para resolver problemas. Por esto es importante que padres y maestros conozcan a lo que están expuestos los niños, para poder orientarlos adecuadamente.

### **3.4 Fases en que se Desarrolla el Acoso y la Violencia Escolar**

Los investigadores Piñuel y Oñate (2006) describen las cinco fases en las que se va desarrollando el acoso y la violencia escolar:

#### **Fase 1**

**Incidentes críticos o desencadenamiento del proceso por el instigador:** El acoso psicológico inicia generalmente de manera repentina con un cambio brusco en la relación

entre el acosador y el niño, quien a partir de ese momento se convierte en el objeto de acoso. La relación que hasta entonces era neutra o positiva se torna negativa. El incidente desencadenante genera un efecto de llamada al acoso. Con frecuencia es algo que permite al instigador iniciar un proceso acusatorio, que poco a poco se va aumentando cuando los demás niños se unen para hostigar, marginar, agredir o excluir a la víctima. El cambio en la relación puede ser por motivos de celos, envidia o competitividad, por lo cual las situaciones positivas para la víctima la hacen vulnerable para ser escogida por el acosador. El sacar buenas notas y el éxito social pueden ser factores desencadenantes. Frecuentemente los que reciben el acoso son niños o niñas con altas capacidades intelectuales o que son agraciados físicamente. También los que tienen dotes de liderazgo, por lo cual el victimario se siente amenazado de ser desplazado.

A veces por la falta de disciplina en los salones, los profesores señalan a un alumno que se convierte entonces en el chivo expiatorio del salón. En este caso, el profesor puede querer ganarse la aprobación del salón ridiculizando a un alumno que comúnmente no tiene capacidad de defenderse. Suelen ser niños retraídos socialmente o que atraviesan situaciones personales o familiares que los hace vulnerables psicológicamente frente a quienes lo ridiculizan, chantajean o agreden. Los alumnos nuevos suelen ser candidatos para este tipo de acoso.

En algunas ocasiones el desencadenante del proceso de acoso escolar ~~contra~~ un niño es un suceso trivial, como haber cometido un error, haberse dejado marcar un gol importante haciendo perder al equipo, haberse orinado encima, haber sacado una nota especialmente baja, haber cometido un error socialmente relevante. Todas estas posibilidades son ejemplos de situaciones desencadenantes que indican una señal, pero para que sea trascendente se deben producir los dos factores que inician la segunda fase: la impunidad de los agresores y convertir a la víctima en el chivo expiatorio de su grupo de referencia.

## **Fase 2**

**Acoso y estigmatización escolar, social y familiar:** En esta fase la víctima se convierte en el chivo expiatorio dentro del grupo. Comúnmente quienes acosan al niño han sido

previamente manipulados por el instigador del acoso, el cual realimenta de manera deliberada todo el proceso para convertir a la víctima en chivo expiatorio y poner en su contra a todo el grupo. Este instigador es quien facilita que pase de un suceso trivial a una situación de acoso grupal, la cual resultará sistemática y frecuente, y que ocasionará daños en la víctima. Para esto ponen sobrenombres, realizan caricaturas ofensivas, le gritan, maltratan, ponen sus fotos en internet, se envían mensajes por celular, etc. Todo esto frente a los otros niños, que pasan poco a poco de ser testigos a ser participantes activos en el proceso de acoso, muchos de ellos por miedo a ser ellos mismos elegidos como objetivos de la violencia del grupo. La mayoría del grupo suele verse arrastrado a atacar al niño acosado, el cual es convertido así en un verdadero chivo expiatorio de su grupo.

En esta situación lo más frecuente es que al niño que es víctima de “*bullying*” los miembros de la escuela, incluyendo a los profesores, le atribuyan características que lo hacen ser percibido como merecedor de la violencia y el acoso. También es frecuente que se intente encontrar la causa del acoso en la propia víctima, produciéndose entonces la victimización secundaria: se le saca de la clase para ir al psicólogo, se le señala ante sus padres y compañeros como un niño difícil, agresivo, depresivo, poco sociable, hiperactivo y neurótico, con necesidades educativas especiales, que carece de habilidades sociales, que le falta asertividad, incapaz de defenderse, etc. Se atribuye entonces como causa de la violencia a lo que el niño es y no a las conductas que recibe en su entorno escolar. Este es un grave error en el que se incurre, ya que entonces se busca lo que está mal dentro del niño o lo que hay incorrecto en su forma de enfocar y hacer frente al problema.

Otro problema es cuando la escuela no procede a intervenir de manera efectiva e inmediata a la protección de la víctima; esto trae como consecuencia la indefensión de la víctima, que queda viendo repetidamente cómo permanecen impunes y se repiten los comportamientos de acoso y violencia contra ella. Todo esto es un proceso que termina por señalar, marcar o estigmatizar a la víctima, la cual queda marginada y aislada socialmente.

### **Fase 3**

**Latencia y aprendizaje de la indefensión psicológica:** El tiempo que pasa una víctima de acoso escolar hasta sufrir daños psicológicos significativos depende de factores relacionados con sus características individuales y sobre todo con el apoyo que recibe de sus redes de apoyo, sociales, familiares y escolares.

Esta fase de latencia se refiere al tiempo en que tarda en establecerse y manifestarse el aprendizaje de la indefensión psicológica de la víctima. La repetición en el tiempo del acoso y el hecho de que nadie detenga las agresiones en el entorno escolar es lo que trae como consecuencia que la víctima aprenda la indefensión. Debido a la persistencia en el tiempo de este fenómeno surgen los cuadros psicológicos y psicosomáticos que aparecen en la siguiente fase.

Algunos de los fenómenos típicos que traen como consecuencia el aprendizaje de la indefensión son:

- Alteraciones emocionales que afectan las relaciones sociales, escolares y familiares, lo cual trae nuevos problemas para el niño, como son:
  - Disminución del rendimiento escolar por problemas de concentración.
  - Aislamiento social porque los demás lo perciben como alguien que no está bien por ser tímido, agresivo, raro, etc.
  - Alteraciones conductuales como reacciones de pánico, ataques de rabia, miedo a ir a la escuela, etc.
- Proyección de su frustración e indefensión en el núcleo familiar y social cercano:
  - Agresividad con la familia.
  - Conflicto en la escuela con compañeros o profesores.
- Aumento en el ausentismo escolar.
- Retraimiento social de la víctima hacia sus padres y amigos, lo cual empeora la indefensión.
- Disminución del apoyo social en el centro educativo; ya que sus compañeros se alejan por la estigmatización social propia del miedo; y por atribuirle al niño la

culpa de que algo habrá hecho para merecer el acoso. Todo esto profundiza el aislamiento social del niño.

- Falta de apoyo o cuestionamiento sobre la víctima por parte de sus padres, profesores o personal del colegio, los que en ese caso incurren en el error básico de atribución. Dado que generalmente se atribuye el problema a la víctima y no a los agresores, o al centro educativo, entonces disminuye la posibilidad de protegerla de los ataques que recibe en su entorno.
- Estigmatización social en otros entornos, más allá del educativo. Muchas veces la víctima se ve afectada en el barrio, con su familia, en otras actividades extracurriculares, etc.

Cuando el problema de acoso se extiende a otros círculos sociales de la víctima y se convierte en una unanimidad persecutoria, se hace cada vez más difícil controlar el problema y defender a la víctima. El niño como chivo expiatorio se ve afectado psicológicamente.

#### **Fase 4**

**Manifestaciones psicológicas y psicosomáticas graves:** El período en que tarda el niño víctima de acoso y violencia escolar en manifestar externamente los daños psicológicos y psicosomáticos es muy variable. Generalmente cuando el entorno educativo o los padres caen en cuenta del problema suele ser demasiado tarde; existe una alta probabilidad de confundir el diagnóstico de un daño psicológico ya desarrollado en forma de estrés posttraumático, trastornos de ansiedad, depresión y somatizaciones variadas, producto del acoso y violencia escolar, con una enfermedad mental o un trastorno psicológico. Debido a ello, la mayoría de los casos de acoso y violencia escolar son ignorados o mal diagnosticados por muchos profesionales. Se les suelen llamar casos difíciles, depresivos, con problemas de adaptación, hiperactivos, con problemas de asertividad, de integridad social o simplemente como las víctimas de los procesos de ajuste a nuevas situaciones como un nuevo hermano o la separación de los padres, ignorando la existencia del acoso y la violencia como causa inicial del problema.

Cuando finalmente las víctimas de acoso y violencia reciben la ayuda necesaria, se observa confusión, sentimientos de culpabilidad, irritabilidad, indefensión y baja autoestima. Hay muchos sentimientos de culpa introyectados por causa del proceso acusatorio propio del acoso, piensan que son malos, estúpidos, repulsivos, que han obrado mal, que lo han hecho muy mal, que no valen nada, que se han equivocado, que han hecho algo grave o han fallado. Se culpan a sí mismos continuamente por una ansiedad generalizada.

### **Fase 5**

**Expulsión o autoexclusión escolar y social de la víctima y la cronificación del daño (victimización a largo plazo) o resolución y protección del niño (superación del daño):** cuando los casos de acoso escolar no son correctamente diagnosticados y no se interviene de manera adecuada, la probabilidad más elevada es una falsa resolución del problema mediante la expulsión o la exclusión de la víctima del lugar en el que estudia. Son muy frecuentes los casos en que las víctimas abandonan la escuela y ésta se convierte en un lugar tóxico por la impunidad ante la violencia no contenida y por la unanimidad del acoso, que termina poniendo a la mayoría de los alumnos y profesores en contra de la víctima, haciendo insoportable su continuidad allí por más tiempo.

También es frecuente que debido a las consecuencias emocionales propias del acoso y la violencia escolar, la víctima tenga problemas de rendimiento o de comportamiento, lo cual le impide continuar en su colegio.

El abandono del centro educativo por parte de la víctima también suele ser consecuencia de la extensión del problema de acoso a otras instancias como el barrio, los profesores, los padres de otros alumnos, entre otros, quienes terminan uniéndose al grupo de acoso y no dejan mas opción a las familias de las víctimas que sacar al niño de la escuela o incluso mudarse de barrio.

Son muy pocos los casos en que se logra detectar la situación y diagnosticar correctamente, y lograr la intervención adecuada en que el estudiante siga desarrollándose libre de acoso y violencia en su centro educativo.

### 3.5 Consecuencias del Acoso y la Violencia Escolar

Las consecuencias para un niño que se ve afectado por acoso y violencia escolar pueden llegar muy lejos y afecta a todos los que están involucrados. Algunos niños víctimas sufren de ansiedad y miedo a corto plazo, y a largo plazo de depresión, baja autoestima y su educación se ve afectada negativamente. Los niños que maltratan a otros también sufren a corto plazo de problemas maladaptativos en su interacción social, y a largo plazo pueden convertirse en criminales, tener relaciones disfuncionales, caer en abuso de alcohol y drogas, entre otras (Carpenter y Ferguson, 2009).

Carpenter y Ferguson (2009), han clasificado las consecuencias del acoso y la violencia escolar de la siguiente manera:

- **Físico:** cuando algo inusual está pasando en la vida de un niño, como una pérdida, divorcio de los padres, etc. hay indicaciones físicas que nos ponen en alerta. Por ejemplo les da insomnio, vuelven a orinarse en la cama, sufren de pesadillas, dolores de cabeza, etc. Igualmente pasa en el caso del *bullying*, ya que éste causa mucho estrés físico en un niño, pone a su sistema nervioso en un estado de ataque o fuga, mandando la señal al cuerpo de alerta por amenaza. La víctima puede experimentar pupilas dilatadas, aumento del ritmo cardíaco, aumento en el ritmo de la respiración, cambios en el metabolismo, sistema digestivo afectado, etc. Mantener un estrés prolongado en este estado de ataque o fuga puede causar cambios en el sistema inmunológico del niño haciéndolo más vulnerable a infecciones bacterianas o virales, pérdida o aumento del apetito, desórdenes del sueño, trastornos psicósomáticos, dolores de estómago o de cabeza, problemas en la piel, hábitos producto del estrés o tics (comerse las uñas, arrancarse el cabello, traquearse los nudillos) y problemas psicológicos (ansiedad, depresión, estrés postraumático). Los niños que en forma crónicas son víctimas de acoso y violencia escolar no se comportan ni se ven de la misma manera que un niño normal, ya que cuando un niño está en este tipo de sufrimiento se ve afectado en su totalidad. Se puede observar en la expresión de sus ojos, tono de voz, postura y actitud en general. Sumado a esto, si hay heridas físicas que se mantienen

(cortadas, arañazos, moretones, labios lastimados, ojos morados, etc.) se hace más fácil identificar a la víctima.

- **Emocional:** los efectos emocionales son los más difíciles de ver y pueden ser los que más perduran en el tiempo. Cuando un niño es víctima de acoso y violencia escolar y sufre de estrés crónico a consecuencia de esto, se convierte en un niño difícil de relajar y eventualmente puede sufrir desgaste emocional (“*burnout*”). Esto significa que el niño internaliza su rabia y su tristeza, y a medida que pasa el tiempo se convierte en un niño socialmente disfuncional y aislado de sus pares. Entre más aislamiento exista, más riesgo hay de que el acoso y la violencia continúe y se intensifique. Emocionalmente el niño se puede ver retraído, afectivamente lábil, deprimido, irritable, con explosiones de rabia, actuando de una manera diferente a su comportamiento habitual, ansioso, triste, se devalúa verbalmente, obsesionado con la seguridad personal, puede mostrar signos de alarma de suicidio, entre otros. Todo esto puede afectar su desarrollo emocional normal, llegando a desarrollar una depresión o un trastorno de ansiedad. Los niños tienden a culparse a sí mismos por ser víctimas de acoso y violencia escolar. Cuando esto sucede su autoestima se ve seriamente afectada. Una vez que se siente sin esperanza y que nadie lo puede ayudar, puede recurrir al suicidio como su única salida.
- **Escolar:** cuando un niño es víctima de acoso y violencia escolar se encuentra en un estado de hiperalerta, haciendo todo lo posible por manejar sus emociones, evitar al victimario y llegar bien al final del día escolar. Esta es su preocupación principal, por lo cual le queda poco tiempo para preocuparse por los estudios. Cuando sus notas disminuyen, los padres y los maestros empiezan a presionar, lo cual aumenta el estrés. Si el fracaso escolar se perpetúa, las consecuencias se pueden perpetuar incluso a nivel profesional.

### 3.6 Acoso y Violencia Escolar en el DSM-IV

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 2003) describe con claridad las características de los acosadores escolares dentro del Trastorno de Conducta, no así la de las víctimas. Este manual no tiene una categoría diagnóstica de victimización para niños. Este concepto, explica Scaer (2007), está frecuentemente incluido y descrito entre los trastornos de estrés post-traumáticos, en los que una situación de acoso infantil se puede revivir en la adultez ante una situación similar.

Por lo tanto, en este momento, la categoría diagnóstica que puede señalar a las víctimas del acoso escolar es aquella que viene presentada como Problemas Relacionales, siendo el “Problema Relacional sin otra Especificación” (con código V62.81) el que más aplica a esta investigación. Otro diagnóstico que también aplica, no obstante más general, es “Trastorno de la Infancia, Niñez o Adolescencia sin otra Especificación (Con código 313.9)

Van Der Kolk y Pynos (2009) están proponiendo que se incluya en el DSM-V que saldrá publicado en el año 2013, un diagnóstico que describa el desarrollo del trauma en la infancia y que han denominado y descrito como sigue:

El Trastorno del Trauma en el Desarrollo o “*Developmental Trauma Disorder*” tiene como criterios generales:

- Exposición. El niño o adolescente ha presenciado o vivido eventos adversos múltiples y prolongados por un período de por lo menos un año, con inicio en la infancia o en la adolescencia temprana, tales como violencia interpersonal, tener interrupciones significativas de la protección de las figuras de cuidado o exposición a abuso emocional.
- Desregulación afectiva y psicológica. El niño muestra limitaciones en las habilidades normales del desarrollo relacionadas con la regulación de la excitación.

- Desregulación de la conducta y la atención: el niño muestra limitaciones en las habilidades normales del desarrollo relacionadas con mantenimiento de la atención, aprendizaje o sobrellevar el estrés.

Esta sería una opción viable para el diagnóstico de las víctimas de acoso y violencia escolar. Aun así, no se ha tomado en cuenta un diagnóstico específico de una manera clara, a pesar de que el ser víctima de violencia, como por ejemplo la violencia intrafamiliar, está claramente establecida como un causante de serias consecuencias en el individuo.

#### **4. ACOSO Y VIOLENCIA ESCOLAR DESDE LA PERSPECTIVA PSICODINÁMICA**

La psicoanalista y terapeuta de niños Margot Waddell, quien trabaja en el departamento de adolescentes de la Clínica Tavistock en Londres, realizó un análisis sobre la psicodinámica del “*Bullying*”. Waddell (2002) dice que el acoso y la violencia escolar son producto de un cuadro extremadamente complejo de eventos internos y externos en la persona. En la niñez y la adolescencia hay factores que contribuyen a estas acciones destructivas de una manera muy específica. Por ejemplo, en la adolescencia existe una presión hacia la conformidad y por otro lado a la individuación. La ansiedad que trae la búsqueda de una identidad generalmente provoca una gran intolerancia a las diferencias individuales, tanto en sí mismo como en los demás. Muchas veces la esencia de la identidad de un grupo es benigna; sin embargo, hay otras en que comparten el propósito de reforzar el ego a través de ser crueles con los demás. Los niños pueden sucumbir ante el líder del grupo con relación a conductas de acoso y violencia escolar que como individuos evitarían.

Waddell (2002) hace énfasis en los factores de predisposición para el acoso y la violencia escolar, y hace un intento por no establecer una relación casual directa o específica (videojuegos y programas violentos, abuso, trauma, etc.) sino, más bien, a la

necesidad de verlo como una constelación de posibles dinámicas. Se debe tomar en cuenta un rango amplio de aspectos como son el temperamento del niño, las circunstancias en que nació, la infancia de los padres y su experiencia como hijos, la posición del niño en la familia, el género, los hermanos, su salud, redes de apoyo, cultura familiar, cultura de la comunidad, educación, recursos, ambiente social, etc. Lo que debe ser explorado desde el inicio es la extremadamente compleja relación entre todos estos factores internos y externos, y la interacción que existe entre el niño, sus padres y el mundo externo.

Una de las defensas básicas contra el dolor es identificarse con el agresor. Pero la naturaleza de la defensa adoptada depende de distintos aspectos mencionados anteriormente.

Tomando en cuenta la teoría de apego se han realizado estudios longitudinales donde se ha visto que los niños con un “apego seguro” (en el sentido de Ainsworth), quienes tienen una relación activa, recíproca y donde el cuidador primario responde a sus necesidades, posteriormente tienen una percepción social más positiva, mejor capacidad de concentración, un aprendizaje y un juego más creativo y un manejo apropiado de la pérdida y la separación. En contraste, un niño que tiene un “apego rechazante” (en el sentido de Ainsworth), donde hay una falta de sincronía y de comunicación con el cuidador primario, la incidencia de problemas sociales y de conducta, de retraimiento y de pobre control de impulsos, es mayor. Estas dinámicas muy tempranas son luego modificadas, confirmadas o fortalecidas por otras experiencias, pero el primer año de vida en que se establece el apego crea una base importante para factores que predisponen a la forma en que el individuo manejará sus situaciones.

En cuanto a la dinámica de la víctima y el victimario, desde el inicio existen sentimientos comunes en toda persona, de rabia, agresión, sadismo y miedo. La imagen psicoanalítica de la psique humana es que hay muchas facetas para el “*self*” de una persona, hay partes sanas y partes destructivas, perversas y creativas. En circunstancias razonables el lado destructivo puede ser contenido, entendido y, de cierta forma, neutralizado por el lado más sano. En situaciones más difíciles, esta parte destructiva se

siente como una amenaza para el “*self*” (con miedo a la confusión y la fragmentación) y / o a la persona o personas amadas. Por esto es importante la capacidad de contención del individuo. Esta capacidad se desarrolla en la relación objetal con la madre. Los bebés pueden tener un temperamento fácil o difícil, donde varía su capacidad para tolerar la frustración. Lo que hace la diferencia en el carácter y en el desarrollo del bebé, es la habilidad de la madre para lidiar con las comunicaciones intensas y muchas veces tóxicas que puede tener el bebé; su habilidad para no sentirse abrumada, brava, impotente, sola, etc. dependerá de manera crucial de sus recursos internos, ya que puede experimentar la conducta del bebé como ataques que deben ser pensados y modulados para que adquieran un significado.

El psicoanalista Wilfred Bion describe la capacidad de la madre para dar respuesta a los sentimientos del bebé de manera que él o ella desarrolle un sentido de sí mismo; la llamó “*reverie*”. El bebé, poco a poco, va reconociendo y entendiendo la naturaleza de sus impulsos y experiencias emocionales y desarrolla la habilidad mental de contener esas emociones para sí mismo. Así el bebé adquiere la capacidad de contención, la cual inicialmente era función de la madre. Un poco después la contención se convierte también en función de otros, de ambos padres y de la familia extendida. Más adelante esta contención es complementada por los compañeros y amigos, la escuela y la comunidad. El grado en que un individuo adquiere y fortalece su capacidad de sobrellevar y contener sus propias emociones depende significativamente del ambiente cultural al que pertenece y al impacto que éste ejerce a través del tiempo.

La incapacidad de los padres para soportar el dolor mental que produce un bebé frustrado, ansioso, asustado o su forma usual de expresar la rabia, puede dejar al infante luchando con sus propias emociones que no han sido transformadas o, peor aún, aumentar sus emociones cuando la madre proyecta al bebé asustado sus sentimientos de rabia o de sentirse inadecuada. Debido a esto hay muchas opciones abiertas al niño:

- a. Desconectarse y desarrollar una pseudo independencia, con demasiado miedo para arriesgarse a buscar y fallar en encontrar la respuesta necesaria.

- b. Intentar proyectar con más fuerza, cuando la mente de la madre es experimentada como una superficie difícil de penetrar. Con frecuencia, cuando la madre es incapaz de lidiar con la rabia del bebé, lo proyectado es regresado al bebé.
- c. Hacer una escisión (“*split*”) de sus emociones, manteniendo las positivas para unas relaciones y poniendo las negativas en otro lado. Ejemplo, el niño que se porta bien en casa pero en la escuela se porta muy mal.

Waddell (2002) dice que el problema ocurre cuando un niño constantemente proyecta las emociones negativas y destructivas en unos padres que no pueden contenerlas y las minimizan, por lo cual ese padre se convierte en la representación de esos impulsos agresivos. Como consecuencia, el niño internaliza una figura persecutoria, que lo hace sentir culpable y que constantemente elimina cualquier impulso o emoción positiva.

Durante la infancia temprana se establece una fundación importante para el desarrollo posterior, pero también se establecen los modelos de las relaciones futuras, con la familia, la escuela, el trabajo y la vida. Cuando las tendencias agresivas normales del niño se encuentran constantemente con la incomprensión o castigo, no es de sorprender que el niño se convierta en un acosador o maltratador con otros niños o animales, o que por otro lado se identifique con la víctima, convirtiéndose en el acosado o maltratado. Cuando la expresión de la rabia o los sentimientos destructivos no son admitidos en una familia y la madre sólo tolera al bebé ideal y rechaza al bebé real, esto lo deja lidiando sólo, tanto con los sentimientos negativos como con la culpa de sentirlos. Se siente mala persona y que tal vez merece ser castigado, por lo que en un intento por liberarse de los sentimientos de culpa, de una manera defensiva se lo hace sentir a otros.

La dominancia del “*self*” malo sobre el resto de la personalidad generalmente tiene una cualidad adictiva o excitante, con un tono perverso que sugiere sadomasoquismo y no simplemente agresión. Según Waddell (2002), en lo que se refiere al acoso y la violencia escolar estamos seguros que hay un sadomasoquismo oculto.

Estos tipos de mecanismos constituyen intentos tempranos para lidiar con el dolor mental y con aspectos del “*self*” que se sienten como no deseados o no aceptados. El individuo puede deshacerse del “*self*” vulnerable y ponerlo en otro lado y volverse persecutorio con el mismo, que ya está puesto afuera o puede deshacerse de un “*self*” acosador o violento y tomar una posición de víctima vulnerable e indefensa con relación a los aspectos negados de su personalidad, que entonces pasan a ser representados por los persecutores o acosadores. Generalmente estas partes inconscientes del “*self*” están polarizadas y son irreconocibles. Entonces no se sienten como parte de la personalidad, no son queridas ni deseadas.

El acosador y la víctima representan distintos aspectos del sadomasoquismo. Los aspectos del victimario, como la superioridad, la burla, la envidia, en conjunto con su comportamiento despectivo hacia la víctima, son con frecuencia representaciones transparentes de sus propios miedos o fantasías de ser ridiculizado por sus figuras superiores internalizadas que lo hacen sentir devaluado y despreciado. Estos sentimientos se alivian temporalmente cuando son atribuidos a otro (la víctima) y la culpa puede ser evadida al encontrar una justificación para la crueldad, generalmente basada en diferencias externas, como ser *raro* o en alguna debilidad o generalmente en el hecho de ser percibido como que no pertenece de cierta manera.

El acoso y la violencia escolar también pueden estar relacionados con la experiencia de pérdida o de estar separado de la base emocional. Bion escribió sobre los procesos de grupo y en particular sobre la parte inconsciente y los elementos irracionales que componen el funcionamiento del grupo. Cuando los individuos forman pandillas, generalmente es a raíz de la inseguridad que trae el sentirse excluido o diferente, o también por confusión sobre quiénes son o a dónde pertenecen. Los aspectos de la personalidad parecen entonces agruparse también en una pandilla, donde adquieren un sentido de identidad y seguridad precarios al mantener por fuera cualquier sentimiento de debilidad, incertidumbre o vulnerabilidad. Ya sea que se piense en términos de agrupamientos internos o externos, el objetivo principal parece ser el de mantener una posición dominante, ya sea provocando en los otros, o dejando excluidas o marginadas a partes del “*self*”. Dichas partes involucran sentimientos muy dolorosos y difíciles de

soportar, los cuales no pueden ser integrados en la personalidad sin crear un trastorno excesivo en el equilibrio psíquico.

Los niños en edad escolar son particularmente propensos a este tipo de agrupaciones. Adquieren un sentido de integración pues los diferentes miembros del grupo representan diferentes aspectos de cada personalidad de una manera relativamente fluida. Esto es generalmente en la adolescencia temprana cuando hay una lucha para llegar a un acuerdo con los trastornos de la pubertad, que son particularmente intensos y problemáticos. Si en el momento apropiado no hay contención, la rabia, la venganza, el sadomasoquismo, los impulsos infantiles que se renuevan, van a encontrar expresión y confirmación en el acoso y la violencia escolar, con o sin un grupo que lo apoye. Mucho depende del grado y la capacidad de contención y del sentimiento de ser comprendido que se adquiere en los primeros años. La identidad es amenazada y se obtiene una fachada egoísta y omnipotente, especialmente si está alimentada por tragedias o pérdidas reales.

Es importante entonces comprender que el fenómeno de acoso y violencia escolar está alojado en un conjunto de factores que se extienden desde la interacción inconsciente entre una madre y el bebé, hasta llegar a la amplia estructura de la escala social. El “*bullying*” está alimentado por fuerzas internas y externas, las externas pueden ser manejadas con mayor facilidad si las fuerzas internas son mejor comprendidas.

## **5. ETAPA PREADOLESCENTE DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICODINÁMICO**

En esta investigación elegimos trabajar con niños y niñas entre las edades de 11 y 13 años, ya que según Piñuel y Oñate (2006) esta etapa preadolescente es en la que hay mayor incidencia de casos de acoso y violencia escolar.

Más o menos a la edad de 10 años hay un aumento en los niveles hormonales que van a influir sobre los cambios físicos y psicológicos del niño. El período en que aparecen los cambios físicos se llama prepubertad y cuando aparecen los cambios relacionados con el estado psicológico se llama preadolescencia. La misma es un estado psicológico de cambio que resuena con los factores prepúberes y tiene características que la distinguen de la latencia y la adolescencia. La preadolescencia es una etapa de transición, en la que hay mucha confusión por todos los cambios físicos y psíquicos. Esta confusión hace más difícil un proceso terapéutico y resulta un reto para cualquier terapeuta trabajar con pacientes en estas edades. La preadolescencia, desde el punto de vista psicoanalítico, es definida como la etapa de desarrollo y transición entre la latencia tardía y la adolescencia temprana. La prepubertad y la preadolescencia están claramente interrelacionadas y es erróneo pensar que la preadolescencia es una simple respuesta a cambios hormonales (Glenn, 1992).

### **5.1 Características de la Prepubertad**

En términos bioquímicos y físicos la prepubertad inicia entre las edad de 10 y 12 años. Las niñas desarrollan senos, en los niños crecen los testículos y el pene, los pezones de ambos sexos se vuelven sensibles y aparece el vello púbico. Las niñas, en promedio, muestran signos de madurez primero que los niños. Sin embargo, ambos sexos presentan un crecimiento acelerado y los órganos internos maduran. En promedio la menarquia ocurre alrededor de los 13 años. La media para la primera eyaculación de los niños es un poco antes de los catorce años. (Tanner, 1962)

### **5.2 Características de la Preadolescencia**

Una de las características más importantes de esta etapa es la transformación que ocurre de los impulsos, ya que la preadolescencia se inicia con un aumento en la energía de los mismos. Como por ejemplo, las manifestaciones de los impulsos fálicos, anales y orales aumentan a esta edad, lo cual significa que hay una disminución en las fuerzas

represivas, un incremento de los impulsos o ambas. Los impulsos derivados de lo anal y oral tienen una mayor intensidad por una regresión defensiva iniciada por un complejo de Edipo acelerado. La fuerza relativa del Ello sobre el Yo recapitula el balance de las fuerzas de la niñez temprana. (A. Freud, 1936) El aumento de los impulsos acentúa el anhelo pasivo y activo de sexualidad y agresión. El conflicto pasivo y activo del preadolescente apunta al desarrollo eventual del conflicto bisexual consciente, característico del adolescente (Glenn, 1992).

En esta etapa ocurren modificaciones del Yo y la inquietud de estos niños ejemplifica la influencia del aumento del impulso sobre el Yo (Glenn, 1992): Géleerd (1957) describe muchas de las interacciones entre estas dos instancias: la preadolescencia es un período en el que la identificación con el grupo es intensa y el apego a las figuras parentales queda apartado. Para entonces se ha logrado la represión del complejo de Edipo. Al mismo tiempo, se acentúa la regresión en el preadolescente, por lo que muchas de las formaciones reactivas aprendidas se desmoronan. Los niños se ven desaliñados y tienen muchos conflictos con el ambiente adulto y las indicaciones de los padres sobre cómo lavarse las manos, bañarse, cortarse el cabello, etc. Son desafiantes y provocativos con su conducta y entre ellos las conversaciones se centran en poder físico, destrucción e historias vulgares. Las niñas muestran un aumento en el interés por la ropa, el maquillaje y hablan constantemente sobre los niños. Este interés no está relacionado con la satisfacción de sus necesidades femeninas reales sino con su competitividad y la envidia del pene. Las niñas también tienen muchos conflictos con el ambiente adulto, por ejemplo su cuarto y el guardarropa están desordenados o se rebelan contra el trabajo escolar. Hay un aumento en las demandas hacia la madre para que le den posesiones materiales y se vuelven más violentas en los reclamos y críticas hacia ellas. En ambos sexos los desafíos y al provocación al adulto reflejan el aumento en las tendencias sadomasoquistas.

El inicio de su inquietud, la compulsión a tocar, los problemas de sueño, las preocupaciones hipocondríacas, el interés en el cuerpo y la alterada relación entre niños y niñas, muestra el final de la organización psíquica característica de la latencia. Una característica particular de la preadolescencia es el cambio en las relaciones entre niños y niñas. La pacífica coexistencia y relativa libertad, donde se toleraban los sentimientos

sexuales y fantasías de la latencia, es remplazada por una guerra de sexos en la preadolescencia. El preadolescente se encuentra con sentimientos de odio, aversión y tendencias sádicas hacia los niños del sexo opuesto. (Glenn, 1992)

En la preadolescencia el trabajo escolar generalmente decae. Esto sucede alrededor del séptimo grado y los niños y niñas tienen fama de causar problemas a los maestros. Son ilógicos, fantasean, tienen dificultad en su concentración y en las tareas de aprendizaje, lo cual perjudica los logros académicos (A. Freud, 1936).

### **5.3 Tareas del Desarrollo**

Esta es una fase de progresiones y regresiones. El preadolescente hace intentos para dirigirse hacia nuevas metas, pero éstas sólo serán alcanzadas en la adolescencia. El choque abierto entre los padres y el niño disfraza el inicio del desapego emocional que es el camino a la madurez. Los desafíos del niño tienen dos propósitos: crear la ilusión de autosuficiencia y autonomía, y defenderlos de la vida sensual que está intensificada. Los impulsos sexuales, antes dirigidos a los padres, ahora más que nunca se convierten en un tabú, ya que la sexualidad adquiere una cualidad más genital y adulta. Las fantasías edípicas que involucran a los padres conllevan marcados sentimientos de culpa y ansiedad. La necesidad del niño de separarse de sus padres se vuelve urgente y la ansiedad dará inicio a tendencias regresivas. Por tanto, los deseos sexuales hacia los adultos que sean conscientes y reconocibles duran poco, ya que la regresión prevalece rápidamente. Los preadolescentes están en una posición poco envidiable, porque se vuelven abiertamente hostiles, bravos y desafiantes con sus padres y otros adultos. Pasan a renunciar a las antiguas identificaciones que eran útiles y necesarias, y ahora nuevas identificaciones se hacen primordiales. El niño requiere de nuevos Objetos para las identificaciones del Yo y el Superyo. Una complicación aún mayor es que la ansiedad estimula la reactivación regresiva de las identificaciones preedípicas y los apegos a la madre (Glenn, 1992).

Glenn (1992) afirma que ambos sexos tienen una tendencia regresiva que revive la cercanía con la madre. La niña siente esto como una amenaza a su feminidad. El aumento del deseo pasivo y de la sexualidad son experimentados como una amenaza a la

integridad de su cuerpo. De una manera defensiva puede volverse sexualmente promiscua. Los niños no temen la tendencia regresiva tanto como las niñas, en términos del Objeto, ya que su retorno es hacia una relación heterosexual. Su mayor preocupación es sobre su pasividad y sumisión ante la mujer, vista como fálica y castrante. Blos (1965) observó que la fantasía de la madre fálica es una amenaza para los niños de esta edad. El hecho de que las niñas son más altas parece confirmar esta creencia de los niños de que las mujeres sobresalen e intimidan. Los deseos pasivos hacia la madre como Objeto lleva a un sadismo exagerado y defensivo. Frecuentemente los niños preadolescentes hacen intentos para probar su fuerza y masculinidad de una manera atrevida y agresiva.

Geleerd (1957) hace un resumen sobre el tratamiento de los adolescentes, que también es aplicable a los preadolescentes. Ella dice que en la adolescencia:

- Hay que hacer un mayor esfuerzo para aumentar la tolerancia del Yo a los conflictos patológicos.
- Se necesita una mayor cantidad de ayuda para aprender a poner a prueba la realidad.
- El analista llena la necesidad de un sustituto parental, aunque de una manera reservada y contenida.
- No es posible realizar un análisis consistente y sistemático de todos los mecanismos de defensa y en algunas instancias es contraindicado.
- El proceso de análisis es posible sólo hasta un punto limitado.
- El manejo de la transferencia es diferente.

## **CAPÍTULO II**

### **ENCUADRE TEÓRICO:**

#### **PSICOTERAPIA BREVE CON ENFOQUE EN LAS RELACIONES OBJETALES**

## **1. PSICOTERAPIA BREVE PSICODINÁMICA**

La psicoterapia breve emerge como el tratamiento de preferencia del siglo XXI, (Carlson y Sperry, 2000) y es definida por la “*American Psychological Association*” (2006) como cualquier forma de psicoterapia destinada a lograr un cambio durante un período corto de tiempo (generalmente 10 a 20 sesiones). Las psicoterapias breves se apoyan en técnicas activas para indagar, mantener un foco de trabajo, establecer metas y tienden a ser específicas en cuanto a los síntomas. Se pueden aplicar a nivel individual o grupal, y se utilizan en el tratamiento de una variedad de problemas conductuales y emocionales. Hay muchos tipos diferentes de terapias breves, como la terapia breve cognitivo-conductual, terapia breve de juego, la psicoterapia psicodinámica breve, psicoterapia focal y la psicoterapia interpersonal.

Hay seis consideraciones básicas que permiten que el proceso terapéutico sea breve: el límite de tiempo; el enfoque en el cambio; la alianza de trabajo entre el terapeuta y el paciente; la actitud proactiva, directiva y optimista del terapeuta; la flexibilidad técnica; el enfoque en la terminación, (Bitter y Nicoll, 2004)

Para el propósito de esta investigación, hemos escogido un método de psicoterapia breve psicodinámica basado en teorías psicoanalíticas con enfoque en las Relaciones Objetales, tal como fue diseñado por Michael Stadter (1996), basado en los trabajos realizados en la Clínica Tavistock de Londres.

### **1.1 Historia de la Psicoterapia Breve Psicodinámica**

La psicoterapia breve psicodinámica, surge como una alternativa para atender a pacientes que por distintas razones no podían recibir una intervención a largo plazo. Por ejemplo, debido a las restricciones de los seguros médicos, por dificultades económicas o como una respuesta a recursos limitados en instituciones públicas de salud mental que exigen un número limitado de sesiones. La misma tiene un enfoque psicoanalítico (Budman y Gurman, 1988).

Podríamos pensar que la historia de la psicoterapia breve psicodinámica se inicia con Freud y sus casos de histeria. El caso específico de Katharina, que fue atendida por Freud a finales del siglo XIX durante sus vacaciones en la montaña, fue una terapia a corto plazo, la cual hoy día estaría en la categoría de psicoterapias breves (Breuer y Freud, 1895). Como éste, hay varios ejemplos de pacientes que fueron atendidos en pocas sesiones como Gustav Mahler, Bruno Walter, entre otros. En el año 1946, Alexander y French publicaron el libro "*Psychoanalytic Psychotherapy*", considerado como el primer libro en describir en forma organizada la psicoterapia psicodinámica breve. En su trabajo, Alexander y French hacen énfasis en la transferencia en el "aquí y ahora" y se centran en la experiencia emocional correctiva y no en el análisis intelectual (Stadter, 1996).

En 1955 Michael Balint ofreció un seminario sobre psicoterapia breve para los analistas de la Clínica Tavistock de Londres y del Hospital Cassel, buscando desarrollar una psicoterapia breve focalizada. Balint consideró que la meta de la psicoterapia breve era "ir rápido, trabajar en lo profundo y salir rápido". El pensaba que la psicoterapia breve era recomendada para pacientes cuyos problemas estaban directamente relacionados con otras personas y que tenían cierta conciencia de que ellos mismos participaban en la creación de sus problemas. Su tratamiento estableció 25 sesiones y fue luego desarrollado por Enid Balint para ser aplicado a problemas maritales (Stewart, 1996).

Muchos continuaron estudiando y trabajando con pacientes en psicoterapia breve, entre ellos Malan, Davanloo, Sifneos y Mann. Así tenemos que Mann (1973) sugirió un método de terapia de 12 sesiones alrededor del tema de las separaciones, ya que este era un tema central en las relaciones humanas. Su método permite a los pacientes revivir y re-experimentar, a través de la estructura de una terapia breve, separaciones tempranas traumáticas y articularlas con la ayuda del terapeuta para poderlas aceptar.

Sifneos (1972) por su parte, trabajó con pacientes de la Clínica Harvard y los colocó en una situación terapéutica en la que evocaban estados de ansiedad aguda, de manera que pudieran reconocer y trabajar dichas ansiedades y asociarlas a otras áreas críticas de sus vidas.

Malan fue estudiante de Balint y trabajó en la Clínica Tavistock de Londres en los años setenta, realizando investigaciones basadas en una terapia focalizada. Realizó grandes contribuciones a los aspectos técnicos de la terapia breve. Su tratamiento era realmente de tiempo limitado ya que acordaba una fecha de terminación desde la sesión inicial. Fue el primero en definir las características que hacían apto a un paciente para asistir a una terapia breve: ausencia de una patología severa, tener una capacidad psicológica y algunos aspectos de patología limitados que pudieran ser focalizados y puestos dentro de un plan terapéutico. Su técnica era mantener un foco restringido, claro y ofrecer interpretaciones transferenciales dentro de los dos “triángulos del *insight*”. El primero era el “triángulo de conflicto”, en que el terapeuta debía interpretar primero la defensa, para luego descubrir la ansiedad producto de un conflicto subyacente. El segundo, era el “triángulo de la persona”, en el que el terapeuta debía hacer interpretaciones para mostrar los patrones maladaptativos que existen en cada punto de este triángulo (Tasman y otros, 2011). Malan descubrió que las interpretaciones más poderosas eran las que vinculaban la transferencia con las relaciones que tenía el paciente con sus padres (Stadter, 1996).

Davanloo, por su parte, desarrolló su método en la Universidad de McGill en Montreal, utilizando una técnica más fuerte y persistente al momento de las interpretaciones. Se basa en las premisas de que sólo un paciente con suficiente fuerza Yoica puede tolerar su método y que la mayoría de sus pacientes experimentaron la terapia como de apoyo a pesar de las fuertes confrontaciones, retos e interpretaciones del terapeuta. El resultado es que su terapia permitió a sus pacientes tener una experiencia afectiva muy poderosa. La meta de la psicoterapia breve de Davanloo es la de “abrir el inconsciente” del paciente. El número de sesiones está determinado por la patología y progreso del paciente (Stadter, 1996).

Una nueva generación de terapeutas desarrollaron nuevas técnicas de psicoterapia breve: Horowitz, Strupp y Binder. Horowitz y sus colegas en el “*Langley Porter Psychiatric Institute of the University of California*” (Horowitz, 1986, 1991, 1984, citado por Stadter, 1996), desarrollaron un método ecléctico de psicoterapia breve que se inicia

con doce sesiones. Fue diseñado para pacientes que sufren de ataques agudos de tensión, como la muerte de un ser querido o cualquier pérdida importante (Stadter, 1996)

Strupp y Binder, desarrollaron un método que se apoya en la relación terapéutica, basado en la teoría de las relaciones interpersonales. Su modelo fue desarrollado en la Universidad de Vanderbilt en Nashville y establece hacer un seguimiento cuidadoso del progreso del paciente, la exploración de sus conflictos y el uso de la relación terapéutica como estrategia técnica (Stadter, 1996).

## **1.2 Definición de la Psicoterapia Breve Psicodinámica**

La “*American Psychological Association*” (2006), define la psicoterapia breve psicodinámica como el conjunto de enfoques de psicoterapias psicodinámicas con tiempo limitado. La misma tiene como objetivo aumentar en el paciente el conocimiento de sí mismo y la comprensión de la influencia de su pasado en la conducta actual. En este tipo de terapia se identifica un tema de importancia particular como el centro focal del tratamiento, creando de esta manera una estructura y una meta establecida para las sesiones. En vez de permitirle al paciente que asocie libremente y que discuta temas no relacionados uno con otro, como ocurre en prácticas psicoanalíticas tradicionales, el terapeuta de la terapia psicodinámica breve está supuesto a estar relativamente activo en mantener la sesión enfocada en el tema principal. El número de sesiones varía de un enfoque a otro, pero se considera que la psicoterapia psicodinámica breve no debe exceder de entre 20 y 25 sesiones.

Limitar el foco del tratamiento involucra reducir la atención a la solución de dificultades o problemas específicos e identificables. Esta perspectiva terapéutica se caracteriza por comprender partes del individuo, de manera que sea posible tratar su crisis en un tiempo breve (Manaster, 1989).

## 2. PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA BREVE CON ENFOQUE EN LAS RELACIONES OBJETALES

La técnica de las Relaciones Objetales se puede definir como la teoría psicoanalítica desarrollada en Gran Bretaña por Klein, Fairbairn, Winnicott y otros. Establece la necesidad de relacionarse como la fuerza principal motivadora de la conducta humana. Se centra en procesos particulares como el apego, separación, identificación proyectiva, entre otros (Scharff y Scharff, 2005)

En 1996 Michael Stadter publica su libro "*Object Relations Brief Psychotherapy*" en donde explica su método de trabajo utilizando la psicoterapia breve con el enfoque de la teoría psicoanalítica de las Relaciones Objetales.

El objetivo de esta técnica es buscar mejorar con la terapia el conflicto con los Objetos. La estrategia consiste en encontrar un tema principal para trabajar utilizando una variedad de técnicas que incluyen los siguientes conceptos definidos por Scharff y Scharff (2005):

- **Kohut:**
  - a. "*Self*" y los Objetos Internos: Se refiere a toda la personalidad que se desarrolla a través del ciclo de vida. Comprende el concepto del Yo, Objetos internos y Objetos y partes del Yo ligados entre sí por los afectos.
  
- **Klein:**
  - a. Identificación proyectiva: Impulsos, partes del "*self*", productos corporales, ideas, etc., que se proyectan en la fantasía sobre un Objeto. La identificación proyectiva es la base de las Relaciones Objetales narcisistas, no de estados narcisistas ni de una estructura narcisista interna. La identificación proyectiva aparece en un continuo que va desde ser la base de la empatía hasta procesos más patológicos (Klein, 1934).

- **Identificación Introyectiva:** El Yo contiene una sociedad de Objetos internos y potencialmente puede identificarse con cualquiera de ellos, dando como resultado una alteración del Yo y lo convierte en algo similar al Objeto. A este proceso se le llama identificación Introyectiva (Hinshelwood, 1991).
- **Winnicott:**
  - a. **Sostén:** Se refiere no sólo a cargar físicamente al bebé, sino también a los recursos ambientales. Este ambiente de sostén protege al bebé de la ansiedad de aniquilamiento resultante de las intrusiones ambientales y le permite al infante tener la experiencia de sentir que “continúa siendo”. En la terapia se ofrece un ambiente seguro y no amenazador que permitirá la libre exploración del “self” sin la intromisión de ansiedades intensas.
  - b. **Madre ambiental:** Función mediante la cual la madre organiza el contexto para el desarrollo y crecimiento del bebé. La madre ambiental sostiene al bebé, ofrece las condiciones para que esté bien alimentado, vestido, con buena temperatura y cuida de las necesidades físicas y emocionales del ambiente del bebé, sosteniendo su experiencia de “seguir siendo”.
  - c. **Madre Objetal:** Relación directa ofrecida por la madre dentro del marco ambiental. La madre se convierte en el Objeto de amor del bebé, de su odio, interés y deseo. Ambas partes de la madre, ambiental y objetal, están representadas en la relación terapéutica.
- **Bion:**
  - a. **Contención:** Mecanismo central mediante el cual el terapeuta o la madre metabolizan los estados emocionales intensos que desorganizan al bebé o al paciente, neutralizándolos. Esto promueve la integración y el desarrollo de las relaciones de Objeto parcial hacia relaciones más integradas de Objetos completos. Las proyecciones del paciente son aceptadas e integradas bajo una perspectiva empática. Este proceso de contener las proyecciones y de transformar

el contenido destructivo hacia un lenguaje coherente, es una de las funciones principales de la terapia.

- b. Función Alpha: de acuerdo con Bion los elementos alpha pueden ser pensados, se absorben en los sentidos en forma preverbal, en forma de sueños, palabras, expresiones de sentimientos y diálogos. La función alpha es el proceso mediante el cual se realiza la transformación de pensamientos que no pueden pensarse (elementos Beta) en ideas que pueden ser pensadas.

- **Scharff y Scharff:**

- a. Transferencia focalizada: Se refiere a la proyección de una parte específica del “*self*” libidinal o antilibidinal, excitante o rechazante del paciente hacia el terapeuta.
- b. Transferencia contextual: Está dirigida hacia el sostén psicológico y a los recursos de seguridad que el terapeuta ofrece al paciente.

## **2.1 Fases de la Psicoterapia Breve con el Enfoque en las Relaciones Objetales**

### **Fase Inicial**

La psicoterapia comienza con la elección del paciente adecuado. De acuerdo con Stadter, la mayoría de las personas se pueden beneficiar por el tratamiento. Sin embargo, hay que tener en cuenta que no es tan extensa ni promueve el desarrollo en la misma forma que las terapias a largo plazo. Si bien la psicoterapia breve ofrece una mejoría en los síntomas, este resultado difiere de los cambios en la personalidad o en la profundidad de la consciencia del “*self*” que se logra en terapias a largo plazo.

Stadter señala que el paciente puede beneficiarse de una psicoterapia breve si cumple con los siguientes criterios:

- Si el paciente puede obtener beneficios de la psicoterapia.

- Si se puede establecer un foco claro de trabajo.
- Si el paciente puede desarrollar rápidamente una relación de colaboración positiva con el terapeuta.
- Si el paciente puede tolerar la frustración de un tratamiento corto.
- Si el paciente responde en forma positiva a las interpretaciones tentativas o a las intervenciones durante las sesiones de evaluación.
- Si el paciente se puede beneficiar del curso breve y discontinuo de la terapia.

El siguiente paso es establecer el foco de trabajo. Este es el aspecto de la psicoterapia breve que más la distingue de las terapias a largo plazo. Stadter trata de establecer dos focos de trabajo. El primero es el foco sintomático, que dirige el trabajo hacia la aflicción del paciente y a los temas, en la vida presente del paciente, que están provocando el malestar. El segundo es el foco dinámico con el que se selecciona una parte de la estructura psicodinámica subyacente. Usualmente ambos focos se relacionan y parte del trabajo del terapeuta es comprender la conexión entre ambos. Para que cualquiera de los focos sea apropiado para el tratamiento deberán poseer dos elementos. Primero, el foco deberá ser lo suficientemente limitado para que se logren ganancias dentro de las restricciones del trabajo breve y, segundo, deberá atraer la motivación y curiosidad del paciente en forma suficiente para que esté dispuesto a trabajar en él. Ambos, terapeuta y paciente, deberán tener otras metas adicionales a la mejoría de síntomas y del funcionamiento: mayor fortaleza y madurez de la auto-estima, mayor consciencia del “*self*” y de los otros y, quizás, un cambio significativo en el carácter. Algunos ejemplos de foco de trabajo son: pérdidas, desarrollo no sincronizado, conflicto interpersonal, presentación sintomática, desorden de personalidad, etc.

Otro aspecto importante de la fase inicial es cómo establecer el foco de trabajo. El terapeuta no deberá iniciar el proceso con ideas preconcebidas de lo que deberá ser el foco, sino que deberá encarar el tema dentro de un proceso de descubrimiento mutuo, poniendo como prioridad más importante las características especiales del paciente.

Ayuda al proceso de selección, el tomar la historia del paciente específicamente en los aspectos de la impresión que tiene de sus padres, otros miembros de la familia de origen y de figuras importantes en su vida que contribuyeron a la estructura de su personalidad. También es importante tomar la historia de patrones recurrentes en sus relaciones interpersonales; sus niveles de funcionamiento positivos y negativos en el pasado; sus experiencias previas en psicoterapia; la historia de disturbios psicológicos en su familia y de las conductas contraproducentes, psicóticas, de ideación suicida o regresivas. Para establecer el foco de trabajo también es importante establecer el nivel actual de funcionamiento en las áreas de trabajo, escuela, amistades, relaciones íntimas y de cualquier otra interacción interpersonal. Es importante también explorar la relación con el terapeuta, qué tipo de respuesta evoca en el terapeuta; qué comprensión tiene el paciente de sus dificultades, cómo las comprende y qué enfatiza de ellas. Stadter sugiere que una de las formas de evaluar si el foco es el apropiado o no, es presentárselo en forma tentativa al paciente y estudiar su respuesta, si le hace sentido o no, si le causa interés y curiosidad o si se muestra muy resistente y defensivo. Si la meta de la psicoterapia breve es la de desarrollar un foco dinámico con un paciente en particular, en esta fase podría ser de utilidad aplicar pruebas psicológicas, especialmente de tipo proyectivas.

En esta fase inicial también es importante desarrollar una alianza de trabajo en la que el terapeuta deberá trabajar desde una postura de empatía, de sensibilidad y no crítica, comprendiendo las preocupaciones del paciente e interactuando con él de una forma que transmita respeto, competencia y compasión. Stadter señala algunos puntos que pueden facilitar el desarrollo de una alianza de trabajo:

- Estar consciente de la reacción contratransferencial usual de impaciencia. El terapeuta deberá tener cuidado de no empujar el proceso más allá del ritmo que el paciente pueda tolerar.
- Dirigir la atención al dolor del paciente y a la perspectiva que tiene de su dolor. Cuando el paciente comprende que el foco está dirigido a hacerle frente a su dolor y sufrimiento, este foco sirve para promover la alianza terapéutica, ya que el paciente comprende que está siendo tomado en cuenta en forma seria.

- Utilizar un proceso de descubrimiento compartido a la hora de tomar la historia. El acto de hablar de la historia tiene en sí un efecto terapéutico. Stadter sugiere que se le pida al paciente que haga un boceto de la personalidad de personas importantes en su vida.
- El establecer en forma cooperativa el foco. Es importante que entre paciente y terapeuta establezcan lo que se puede lograr en forma realista. Con pacientes que no han tenido experiencia previa en psicoterapia este procedimiento suele resultar en una experiencia de contención y sostén que hace que vea la terapia como un proceso menos vago y sin forma.
- Conocer al paciente a través de las reacciones transferenciales y contratransferenciales. La mayor parte del trabajo en la psicoterapia breve con el enfoque de las Relaciones Objetales se realiza alrededor de la transferencia del paciente al terapeuta y a través del análisis, que el terapeuta hace, sobre sus propias reacciones contratransferenciales. Los primeros contactos con el paciente le ofrecen al terapeuta información importante sobre éste, lo cual ayuda a solidificar la alianza del paciente.

### **Fase Intermedia I**

En esta fase se utilizan los conocimientos adquiridos durante la fase inicial como herramientas para promover el cambio y el desarrollo. Se mantiene el foco y se realizan interpretaciones basadas en la transferencia. Estas interpretaciones transferenciales se logran manteniendo una forma de pensar dinámica, presentando las interpretaciones en forma tentativa, en forma especulativa, haciendo énfasis en la observación de patrones repetitivos, utilizando la contratransferencia para comprender e interpretar la transferencia, tratando de no imponer la interpretación, aceptando que la transferencia puede persistir y que no siempre se logra, utilizando la contratransferencia cuando no es posible interpretar la transferencia para comprender y ayudar al paciente.

La mayoría de los terapeutas dinámicos piensan que la interpretación en general y la interpretación de la transferencia representan el nivel más alto de intervención terapéutica. Sin embargo, estas interpretaciones deberán ofrecerse en el momento adecuado cuando el paciente esté listo para recibirlas. Esto puede ser un problema en las psicoterapias breves debido a la limitación del tiempo y a la contratransferencia de impaciencia que aparece. Stadter sugiere que se utilice un método integrado, basado en la matriz de la transferencia-contratransferencia para interpretar las experiencias pasadas y presentes, tanto dentro, como fuera de la terapia.

Stadter ofrece algunas sugerencias relacionadas con las interpretaciones de transferencia:

- El terapeuta que utiliza la Psicoterapia Breve con el enfoque de las Relaciones Objetales intenta trabajar desde una postura empática que ofrezca un balance entre la atención a la aflicción sintomática del paciente y a su configuración dinámica. El pensar dinámicamente se refiere a una actitud o capacidad receptiva más que a una intervención abierta.
- El terapeuta deberá ofrecer interpretaciones tentativas para ver si el paciente puede beneficiarse de ellas.
- Las interpretaciones deberán ofrecerse en forma especulativa. Stadter sugiere que las interpretaciones no deberán implicar certeza. De esta manera el paciente puede jugar con el comentario y modificarlo, retarlo o desecharlo.
- Enfatizar la observación simple de patrones repetitivos. La meta original de la interpretación transferencial es de traer a la consciencia del paciente los patrones de sus interacciones con el terapeuta. El paciente podrá entonces darse cuenta de algún patrón que utiliza para relacionarse con alguna persona y de sus efectos.
- Se utiliza la contratransferencia para comprender e interpretar la transferencia. Este es un punto importante en las terapias de las Relaciones Objetales y se refiere al mérito del terapeuta para respetar y observar sus propias reacciones contratransferenciales como fuente invaluable de información sobre el paciente.

El terapeuta siente internamente la presión del paciente para convertirlo en algún Objeto del pasado y se resiste a dicha presión ejercida mediante la identificación proyectiva, que lleva a la repetición.

- Evitar caer en una fuerte actividad interpretativa. El terapeuta deberá observar en forma cuidadosa el efecto que causen las interpretaciones en el paciente y en la alianza terapéutica. Stadter señala que es menos importante estar en lo correcto que mantener una alianza de trabajo efectiva, al nivel que el paciente pueda aceptar. El terapeuta deberá lograr un balance entre esforzarse por alcanzar el nivel más profundo y a la vez mantener una armonía empática.
- Aceptar que la transferencia podrá ser persistente y que no se podrá interpretar. En ocasiones el paciente no es capaz de utilizar las interpretaciones transferenciales o las interpretaciones en general. El terapeuta deberá respetar la fuerza de la resistencia y deberá trabajar de otra forma, utilizando interpretaciones correctivas, existenciales o interpretaciones en acción.
- Si el terapeuta no puede interpretar la transferencia, deberá utilizar la contratransferencia para comprender mejor al paciente e influenciarlo. Esta postura le permite al terapeuta ser más efectivo y empático. El terapeuta trabaja en forma más efectiva, no porque esté haciendo algo diferente, sino porque está siendo diferente.

### **Fase Intermedia II**

Stadter señala una fase intermedia II en la psicoterapia breve, en la que se explora el uso de otras técnicas no psicodinámicas y se comienza la preparación del paciente para la terminación. Él considera que incorporar, en la forma adecuada, otras técnicas de psicoterapia, puede ofrecer beneficios tales como: una mejoría rápida de los síntomas; cooperar con el desarrollo de la alianza terapéutica al darse cuenta el paciente de los beneficios que esta aporta; una ruta más rápida hacia el inconsciente; demostrar el uso de material que pueda ser de utilidad a la psicoterapia como, por ejemplo: tareas, asignación

de roles, ensayo de formas de comportamiento. Si el terapeuta trabaja desde una perspectiva de Relaciones Objetales, podrá determinar si estas técnicas son de utilidad o no para el paciente. Si toma la decisión de utilizarlas, la psicoterapia adquiere un elemento correctivo. Es muy importante entonces, que el terapeuta explore a cabalidad su contratransferencia para comprender el significado de esta decisión. En ocasiones, lo que el paciente necesita es que el terapeuta pueda tolerar y simplemente experimentar los sentimientos que se evocan, más que tratar de resolverlos. Stadter recomienda que en una psicoterapia breve de las Relaciones Objetales, la consideración de utilizar otras técnicas este basada dentro de una relación que respete la individualidad y profundidad del paciente.

El tema de la terminación es crucial en una psicoterapia breve y no deberá dejarse para la etapa final del tratamiento. Deberá considerarse como un elemento que afecta la psicoterapia desde su inicio y es importante revisarla en diversas ocasiones. Si bien el terapeuta no debe presionar al paciente a pensar en la terminación, deberá protegerse de una resistencia común, tanto en pacientes como en terapeutas, a confrontar y analizar las pérdidas y la terminación. Definitivamente, en la fase intermedia de la terapia breve, el terapeuta deberá considerar que la terminación se acerca y pensar cuál es la mejor forma de ayudar al paciente a trabajarla. Una vez que se pasa el punto medio de una terapia breve, Stadter recomienda que el terapeuta esté atento a las manifestaciones de temas de terminación y en la forma de traerlas a la atención del paciente.

### **Fase Final**

Michael Stadter señala que, desde la perspectiva de las Relaciones Objetales el núcleo de la experiencia humana está ubicado en las relaciones y la eventual e inevitable terminación de estas. Por esta razón, el manejar y elaborar la experiencia de terminación de la psicoterapia es una tarea crucial, tanto de vida como en el tratamiento. La resistencia universal a confrontar estos temas se replica en la etapa final de la terapia breve. Stadter señala seis metas para la terminación de la terapia:

- Consolidar las ganancias adquiridas durante el tratamiento.
- Explorar y elaborar la experiencia de pérdida y terminación.
- Decirle “adiós” al paciente con quien el terapeuta se ha relacionado en forma intensiva, aunque breve.
- Discutir los obstáculos para mantener o favorecer el progreso y la forma en la cual el paciente pueda manejarlos.
- Fortalecer la internalización del proceso terapéutico.
- En ocasiones, explorar las condiciones para el posible retorno del paciente a la terapia y facilitar dicho proceso.

Stadter dice que la terminación se puede ver afectada por distintos factores que serán descritos a continuación.

La terminación de la terapia es una experiencia mutua para el terapeuta y paciente y, dentro del encuadre de las Relaciones Objetales, el terapeuta deberá explorar el impacto de la terminación, no sólo en el paciente, sino también en sí mismo. El proceso de terminación y las respuestas transferenciales y contratransferenciales estarán influenciadas por el motivo por el cual termina el tratamiento. La situación ideal es aquella en la cual la terminación se da porque se han logrado las metas escogidas por ambos.

Existen factores externos a la relación paciente – terapeuta, como por ejemplo los límites de tiempo impuesto por instituciones que pagan por el tratamiento de algunas personas. Cuando la terapia termina debido a factores externos, ocurre una tendencia en el paciente o / y en el terapeuta de caer en una modalidad esquizo-paranoide, haciendo una escisión entre la terapia buena y la entidad externa mala. Si esto no se maneja bien, el tema central en esta fase final de la terapia ocurre alrededor de las protestas, el odio y las fantasías de que todo estaría bien si sólo se pudiera continuar. El paciente también podría

ver al terapeuta como débil por ser incapaz de cambiar la situación. La culpa del terapeuta y sus temas narcisistas pueden ser estimulados por esta situación.

La terminación también puede estar relacionada con factores del paciente como son: la falta de motivación del paciente, su temor a la intimidad y dependencia, por recursos económicos limitados o por mudanzas. En este sentido, como es el paciente quien se va, la terminación es más fácil que cuando se debe a factores externos. Pero en ocasiones, la respuesta transferencial del paciente es de sentirse abandonado y el terapeuta deberá estar alerta ante esta posibilidad. Conocer la historia del paciente sensibiliza al terapeuta a la probabilidad que ocurra esta u otra reacción similar. Cuando el paciente abandona la terapia debido a su temor a la intimidad, usualmente ofrece razones “reales” para abandonar la terapia. Aun así, el terapeuta deberá invitar al paciente a que por lo menos considere las razones dinámicas detrás de esta decisión. Otras razones para que el paciente termine la terapia pueden estar relacionadas a respuestas del paciente a la misma terapia, como estar enfurecido o desilusionado con el terapeuta.

Por otro lado, la terminación se puede ver afectada por factores relacionados con el terapeuta, esto incluye la terminación por el modelo u orientación del terapeuta; la finalización de una asignación de práctica profesional; cambio de trabajo del terapeuta, o mudanza, enfermedad o muerte del mismo. Es mejor si el terapeuta tiene conocimiento de alguna de estas situaciones y si puede trabajarlas con el paciente de manera que al terminar la terapia el paciente esté avisado. Las reacciones comunes de los pacientes que tienen que terminar debido a razones del terapeuta son de rabia y dolor, se sienten abandonados o inadecuados para mantener el interés del terapeuta. Las reacciones contratransferenciales usuales son de culpa por abandonar al paciente, darle mucho al paciente antes de abandonar la terapia, fantasías grandiosas de lo que se pudo lograr y rabia con el paciente por hacerle tan difícil la terminación. Si el terapeuta y el paciente examinaron su relación periódicamente durante el tratamiento, la atención a estas reacciones transferenciales puede ser extraordinariamente productiva. A menudo, la fase de terminación provoca un recorrido final de los mismos temas que constituyeron la transferencia, de manera que este final podría ser una última oportunidad para volver a trabajarlos.

En ocasiones el paciente no expresa ninguna reacción a la terminación. Stadter sugiere, utilizando el concepto de Winnicott, que el terapeuta pudo estar funcionando como un Objeto transicional y que el paciente ha madurado lo suficiente durante la terapia, tal que puede separarse del terapeuta sin un sentimiento intenso de pérdida. Esto se debe a que el paciente tiene al terapeuta vivo en su mente como un Objeto nuevo. La terminación de una psicoterapia breve es un momento difícil y de tensión para los terapeutas, y muchos se resisten a ella. Los terapeutas manejan la dificultad de la terminación de una psicoterapia breve de diversas formas defensivas. Una estrategia es no hacer psicoterapias breves, otra es hacer una terapia superficial de apoyo o simplemente negar el grado de apego que se desarrolla con el paciente.

### **3. OTROS MODELOS DE INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS UTILIZADAS PARA EL TRATAMIENTO DEL ACOSO Y LA VIOLENCIA ESCOLAR**

En contraste con la información existente sobre la terapia de víctimas de distintos tipos de agresiones, se ha escrito poco sobre el tratamiento con niños y adolescentes que han sido víctimas de “bullying” y agresiones de sus pares. Sin embargo, éstos son algunos de los pacientes más traumatizados que se ven en la práctica clínica, pues a diferencia de otras situaciones de violencia que se dan en un tiempo limitado, como un abuso sexual, un asalto o ser víctima de un robo, el acoso y la violencia escolar suele ser crónica y continua, y el estudiante debe ir a la escuela todos los días, por lo que no tiene escapatoria (Miller, 2008). Entre las terapias utilizadas para tratar el acoso y la violencia escolar podemos mencionar las siguientes:

#### **3.1 Terapia Breve Enfocada en la Solución**

Esta es una terapia de apoyo grupal que se utiliza para cambiar los patrones de conducta de “bullying”. La misma evita exponer a los niños a un proceso de interrogación que puede ser contraproducente para la víctima y tampoco se utiliza el término “bullying”. El terapeuta sólo se basa en tres preguntas principales:

- ¿Quiénes son tus amigos?
- ¿Con quién tienes dificultad?
- ¿Quién más está a tu alrededor cuando tienes dificultades en la escuela?

Luego de responder estas preguntas, se conforma el grupo de apoyo, conformado con 5 a 8 niños incluyendo a los que fueron señalados por la víctima y sin la participación de la misma. La tarea del grupo es pensar en cómo pueden ayudar a la víctima para “ser feliz en la escuela” sin dar razones de por qué no es feliz. Mediante el reforzamiento positivo se va alentando a los niños a ayudar a su compañero dentro de la escuela. El terapeuta no les pide que hagan promesas, ni que se hagan amigos del niño, sólo que sigan las ideas que han dado para ayudarlo. Paralelamente el niño va recibiendo una terapia individual. Semanalmente se va midiendo el progreso hasta que el terapeuta lo considere necesario. La efectividad de este método ha sido probada (Young, 2009).

### **3.2 Intervención Cognitivo–conductual para Trauma en las Escuelas (CBITS)**

Esta es una intervención de grupo que tiene como objetivo desarrollar habilidades para reducir los síntomas de estrés post–traumático, depresión y ansiedad general, en los niños que se han visto expuestos a traumas. Esta es una técnica cognitivo–conductual en la cual los niños aprenden habilidades para relajarse, sobrellevar pensamientos perturbadores, solucionar problemas sociales, y cómo procesar recuerdos traumáticos y el sufrimiento. Esta técnica se apoya en el uso de dibujos y en hablar de forma individual y grupal. Entre las sesiones, los niños deben completar tareas y participar en actividades que refuercen las habilidades aprendidas y las puedan aplicar a situaciones de la vida real. La CBITS está dirigida a niños entre V y IX grado, y también incluye sesiones de educación para los padres y maestros. El programa de esta terapia consiste en diez sesiones de grupo una vez por semana, con una cantidad de seis a ocho niños por grupo. Estas sesiones pueden ser llevadas a cabo en la escuela o en una clínica de salud mental. Adicionalmente, cada individuo recibe de una a tres sesiones de terapia individual, sus padres asisten a dos sesiones educativas y los maestros a una (Jaycox, 2006).

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN**

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la convención sobre los derechos del niño de las Naciones Unidas en el año 1989, se estableció en el artículo 19, lo siguiente:

“Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo”.

“Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial”.

Nuestro país, Panamá, como estado parte de las Naciones Unidas está en la obligación de velar por el cumplimiento de estos derechos. Cuando se habla de violencia y acoso en general, ya sea violencia intrafamiliar, acoso sexual, abuso físico, etc., se toma con mucha seriedad, ya que viola la integridad de la persona. Sin embargo, cuando observamos en los colegios bromas pesadas, insultos, golpes, chismes, exclusión social, empujones y otras conductas agresivas entre los estudiantes, en la mayoría de los casos se toman como las conductas normales entre niños y niñas que aún no saben controlarse y comportarse de manera adecuada. Se asume que los que sufren estas conductas van a sobrevivir. No se suele pensar en las consecuencias de estas conductas sobre los chicos que las reciben, consecuencias tan serias que los pueden llevar a problemas de ansiedad, baja autoestima, autodesprecio, depresión y hasta la muerte.

Cuando se habla de acoso y violencia escolar muchos padres piensan que esta situación no afecta la escuela de sus hijos, pero las estadísticas dicen lo contrario. En una encuesta realizada en los Estados Unidos a niños entre VI y X grado, 13% de los estudiantes reportaron haber victimizado a otros, un 11% haber sido víctimas y un 6% reportó haber estado en ambas situaciones, como víctima y victimario de acoso y violencia escolar. Según la encuesta realizada a padres y niños en Estados Unidos en el año 2001, por la *Kaiser Family Foundation* y *Nickelodeon*, el 74% de los niños entre 8 y 11 años aseguraron que en sus escuelas ocurren conductas de acoso y violencia escolar y que el 85% de las veces nadie interviene para detener el conflicto. El 86% de los niños entre 12 y 15 años reportaron que son molestados o acosados en la escuela, lo cual significa que, este problema tiene mayor prevalencia que el fumar, consumo de alcohol, drogas y sexo entre los niños de estas edades (Carpenter, 2009).

El Informe Cisneros X, realizado con una muestra de 24,990 alumnos de toda España, indicó que el porcentaje de niños que refieren haber sido víctimas de acoso y violencia escolar tienen un riesgo 5 veces mayor de ideación suicida recurrente y que las conductas de violencia psicológica basadas en la burla y la exclusión social son las que más incrementan el riesgo de suicidio y los niveles de ansiedad grave. El porcentaje de niños que refieren haber sido víctimas de acoso y violencia escolar presentan indicadores de ansiedad grave hasta 4 veces mayor. Esta investigación también demostró que el 10% de las conductas de acoso y violencia escolar son agresiones, el 90% está relacionado a violencia psicológica, la cual es más difícil de detectar y controlar y es la más dañina (Piñuel y Oñate, 1997).

En Panamá, es nuestro deber tomar acción y buscar soluciones para los niños y niñas que son víctimas de acoso y violencia escolar. Tenemos la responsabilidad como sociedad de protegerlos del acoso y la violencia, aunque provengan de otros niños. Esta investigación buscar explorar una opción para ayudar a los niños y niñas víctimas de acoso y violencia escolar. Por esto se plantea la siguiente pregunta de investigación:

**¿Los(as) pacientes diagnosticados(as) como víctimas de acoso y violencia escolar, que participen de la psicoterapia breve individual con el enfoque en las Relaciones Objetales, disminuirán el Índice Global de Acoso y la Intensidad del Acoso?**

## **2. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN**

### **2.3 Hipótesis Principal**

Los(as) pacientes diagnosticados(as) como víctimas de acoso y violencia escolar que reciban Psicoterapia Breve individual con el enfoque en las Relaciones Objetales, reportarán una disminución en el Índice Global de Acoso y en la Intensidad del Acoso, una vez culminado el tratamiento.

### **2.4 Hipótesis Secundaria**

Los(as) pacientes diagnosticados(as) como víctimas de acoso y violencia escolar que reciban Psicoterapia Breve individual con el enfoque en las Relaciones Objetales, reportarán una disminución en las escalas clínicas de ansiedad, distimia, disminución de la autoestima, autoimagen negativa y autodesprecio, una vez culminado el tratamiento.

### **2.3 Hipótesis estadística**

Hipótesis para la variable Índice Global de Acoso

H<sub>0</sub>:  $\bar{X}$  (IGA) G. Exp. A.  $\leq$   $\bar{X}$  (IGA) G. Exp. D.

H<sub>1</sub>:  $\bar{X}$  (IGA) G. Exp. A.  $>$   $\bar{X}$  (IGA) G. Exp. D.

$H_0: \bar{X} \text{ (IGA) G. Cont. A.} > \bar{X} \text{ (IGA) G. Cont. D.}$

$H_1: \bar{X} \text{ (IGA) G. Cont. A.} \leq \bar{X} \text{ (IGA) G. Cont. D.}$

En donde:

$\bar{X} \text{ (IGA)}$  = Media de Índice Global de Acoso.

G. Exp. A. = Grupo experimental antes del tratamiento.

G. Exp. D. = Grupo experimental después del tratamiento.

G. Cont. A. = Grupo control antes del tratamiento.

G. Cont. D. = Grupo control después del tratamiento.

Hipótesis para la variable Intensidad del Acoso

$H_0: \bar{X} \text{ (InA) G. Exp. A.} \leq \bar{X} \text{ (InA) G. Exp. D.}$

$H_1: \bar{X} \text{ (InA) G. Exp. A.} > \bar{X} \text{ (InA) G. Exp. D.}$

$H_0: \bar{X} \text{ (InA) G. Cont. A.} > \bar{X} \text{ (InA) G. Cont. D.}$

$H_1: \bar{X} \text{ (InA) G. Cont. A.} \leq \bar{X} \text{ (InA) G. Cont. D.}$

En donde:

$\bar{X} \text{ (InA)}$  = Media de Intensidad del Acoso

G. Exp. A. = Grupo experimental antes del tratamiento.

G. Exp. D. = Grupo experimental después del tratamiento.

G. Cont. A. = Grupo control antes del tratamiento.

G. Cont. D. = Grupo control después del tratamiento.

### **3. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN**

#### **3.1 Objetivos Generales:**

- Describir las características presentes en preadolescentes de 11 – 13 años que sean víctimas de acoso y violencia escolar.
- Diseñar una intervención Psicoterapéutica Breve con enfoque en las Relaciones Objetales para niños y niñas entre 11 – 13 años que sean víctimas de acoso y violencia escolar.
- Evaluar la efectividad de la Psicoterapia Breve con enfoque en las Relaciones Objetales en niños y niñas que son víctimas de acoso y violencia escolar.
- Comprobar si la psicoterapia breve con enfoque en las Relaciones Objetales ayuda a mejorar los síntomas o sólo algunos de ellos de los niños y niñas víctimas de acoso y violencia escolar.

#### **3.2 Objetivos Específicos:**

- Mostrar las consecuencias psicológicas en los niños que son víctimas de acoso y violencia escolar.
- Mejorar las dimensiones globales de las víctimas de acoso y violencia escolar que son el Índice Global de Acoso y la Intensidad del Acoso.
- Disminuir la exposición a conductas como son: el hostigamiento, la intimidación, amenazas, coacciones, bloqueo social, exclusión social, manipulación social, agresiones.
- Mejorar los siguientes síntomas psicológicos: ansiedad, distimia, disminución de la autoestima, autoimagen negativa y autodesprecio.
- Comprobar estadísticamente la efectividad del modelo psicoterapéutico empleado.

#### 4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación se realizó con un **diseño cuasi experimental con pre-test, post-test y grupo en espera y estudio de caso**. Consistió de un grupo experimental y un grupo control o grupo en espera. Inicialmente se aplicó la pre-prueba a todos los sujetos y luego aquellos sujetos que obtuvieron un puntaje positivo se asignaron al azar a los grupos. Un grupo recibió el tratamiento psicoterapéutico y el otro no, que pasó a ser el grupo en espera, para recibir el tratamiento una vez finalizada la investigación, por consideración ética. Por último, se le aplicó simultáneamente la post-prueba a ambos grupos (Hernández, S. y otros, 1991).

Según Hernández, S. y otros (1991), el diseño que se utilizó se puede describir de la siguiente manera:

**RG<sub>1</sub>    O<sub>1</sub> X   O<sub>2</sub>**

**RG<sub>2</sub>    O<sub>3</sub> --   O<sub>4</sub>**

Donde:

**R** es la asignación al azar o aleatoria

**G<sub>1</sub>** es el grupo experimental

**O<sub>1</sub>** es la aplicación de la pre-prueba al grupo experimental

**X** es el tratamiento

**O<sub>2</sub>** es la aplicación de la post-prueba después del tratamiento al grupo experimental

**G<sub>2</sub>** es el grupo en lista de espera

**O<sub>3</sub>** es la aplicación de la pre-prueba al grupo en lista de espera

-- Ausencia de tratamiento

O<sub>4</sub> es la aplicación de la post-prueba al grupo en lista de espera que no fue sometido a tratamiento

## **5. VARIABLES DE INVESTIGACIÓN**

### **5.1 Variable Independiente**

- **Definición Conceptual de la Variable Independiente:**

#### **Psicoterapia Breve Individual con Enfoque en las Relaciones Objetales:**

Intervención terapéutica desarrollada por Michael Stadter (1996), que combina técnicas prácticas con la profundidad de las teorías psicodinámicas. Se realiza en un rango de una a cuarenta sesiones, o sea que está diseñada para un período limitado de tiempo. Se divide en una fase inicial, fase intermedia I, fase intermedia II y la fase final. La misma trabaja dentro de los límites de un foco sintomático y un foco dinámico (Stadter, 1996).

- **Definición Operacional de la Variable Independiente**

#### **Psicoterapia Breve Individual con Enfoque en las Relaciones Objetales:**

El tratamiento dirigido a los pacientes consistió en una Psicoterapia Psicodinámica Breve individual, con un tiempo de 50 minutos una vez por semana, para un total de doce sesiones.

#### **Fases de la Terapia:**

Primeramente se realizó una entrevista inicial con los padres, en la cual se recogió la historia del paciente y se habló de la percepción de los padres del problema de sus hijos. Se buscó la existencia de síntomas que fuesen consecuencia del acoso y la violencia escolar. En esta sesión los padres firmaron el consentimiento informado para la participación en la investigación. También se

ofreció a los padres una sesión después del tratamiento para dar recomendaciones sobre el manejo con sus hijos. Las fases de la terapia individual con los pacientes fueron las siguientes:

- **Fase Inicial:**

Sesión I con el/la paciente: Esta fue la primera sesión con el/la paciente donde se estableció el contacto inicial y se le explicaron los lineamientos de la terapia y la duración de la misma. En esta sesión se recabó la historia y los síntomas desde el punto de vista del/la paciente y se estableció el foco tentativo de la terapia. El foco sintomático estaba relacionado con el acoso y la violencia escolar. El foco dinámico se vería en las sesiones siguientes. También se inició el establecimiento de la alianza terapéutica, iniciando por reconocer su descontento si estaban acudiendo obligados por sus padres a la terapia.

- **Fase Intermedia I y II:**

Sesión II a XI: En esta Fase Intermedia se inició el trabajo terapéutico en el foco sintomático y se determinó el foco dinámico, procurando hacer conexiones entre ambos. Los pacientes hablaron de sus experiencias como víctimas del acoso y la violencia escolar; esta parte específica requirió de mucha contención. Se ayudó a los pacientes a entender las proyecciones que recibían de sus compañeros y su valencia para identificarse con las mismas. Fue importante ponerlos en contacto con sus sentimientos de agresión y su dificultad para poner límites a las que venían de afuera. Se exploraron las fantasías existentes de lo que ocurriría si ponían límites a la agresión del otro. Como herramientas se utilizaron la transferencia y la contratransferencia, y también se ayudó al paciente con indicaciones más directivas para lidiar con las conductas de acoso y violencia escolar, siempre promoviendo el cambio en el paciente. Durante todas estas sesiones se procuró limitarse al foco establecido y a mantener la empatía a lo largo de todo el tratamiento. Al inicio de todas las sesiones se mencionó en cuál

número de sesión nos encontrábamos, para introducir la aproximación de la finalización del tratamiento. En las últimas sesiones de esta fase se trabajó el cierre y la separación.

- **Fase Final:**

Sesión XII: se realizó el cierre de la terapia mediante la elaboración de los logros en la terapia y las metas que los pacientes debían seguir trabajando. En esta sesión se realizó la aplicación del post-test.

## **5.2 Variables Dependientes**

### **Variables Principales:**

- **Definición Conceptual de las Variables Dependientes:**

Las variables dependientes fueron definidas por Piñuel y Oñate (2006) de la siguiente manera:

**Índice Global de Acoso (M):** escala que mide la intensidad de las conductas de acoso y hostigamiento mediante la frecuencia con que el niño señala que ocurren. Toma en cuenta aquellas conductas cuya frecuencia no es elevada, pero cuya concatenación en el tiempo conlleva los mismos efectos del acoso.

**Intensidad del Acoso (I):** es un indicador de gravedad global que permite establecer la intensidad con la que el niño percibe la situación de acoso.

### **Variables Secundarias:**

**Ansiedad (Ans):** Anticipación aprehensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. (DSM-IV-TR, 2003)

**Distimia (Dis):** La distimia se caracteriza por una perturbación del humor que se manifiesta con una disminución del tono afectivo, tristeza, desesperanza y un estado de ánimo depresivo. La escala Distimia evalúa uno de los trastornos más frecuentes en el estado emocional de los niños y adolescentes afectados por cuadros de acoso y violencia escolar.

**Disminución de la Autoestima (Aut):** disminución de la valoración que el niño tiene de sí mismo debido a humillaciones, insultos, sobrenombres devaluantes, agresiones o exclusión.

**Autoimagen Negativa (Neg):** percepción negativa que tiene el niño de sí mismo, por causa de las humillaciones, las vejaciones y las acusaciones sistemáticas contra él. El niño acepta e internaliza una visión negativa de sí mismo aceptando que es merecedor del acoso.

**Autodesprecio (Adp):** actitud de desprecio u odio hacia sí mismo que suele señalar la alerta acerca de posibles conductas autolíticas. Es especialmente un indicador de alerta en los casos más graves y con mayor riesgo de suicidio.

- **Definición Operacional de las Variables Dependientes**

Las variables dependientes van a ser medidas a través de la prueba Acoso y Violencia Escolar (AVE) por Piñuel y Oñate (2006) y son definidas de la siguiente manera:

**Variables Principales:**

**Índice Global de Acoso (M):** Individuo que obtuvo una puntuación igual o por arriba de 61 en la dimensión global de las escalas de acoso y violencia escolar llamada Índice Global de Acoso.

**Intensidad del Acoso (I):** Individuo que obtuvo una puntuación igual o por arriba de 61 en la dimensión global de las escalas de acoso y violencia escolar llamada Intensidad del Acoso.

**Variables Secundarias:**

**Ansiedad (Ans):** Individuo que obtuvo una puntuación igual o por arriba de 61 en la escala clínica llamada Ansiedad.

**Distimia (Dis):** Individuo que obtuvo una puntuación igual o por arriba de 61 en la escala clínica llamada Distimia.

**Disminución de la Autoestima (Aut):** Individuo que obtuvo una puntuación igual o por arriba de 61 en la escala clínica llamada Disminución de la Autoestima.

**Autoimagen Negativa (Neg):** Individuo que obtuvo una puntuación igual o por arriba de 61 en la escala clínica llamada Autoimagen Negativa.

**Autodesprecio (Adp):** Individuo que obtuvo una puntuación igual o por arriba de 61 en la escala clínica llamada Autodesprecio.

## **6. POBLACIÓN Y MUESTRA**

**6.1 Población:** Esta investigación se realizó con niños y niñas panameños, entre 11 y 13 años, diagnosticados como víctimas de acoso y violencia escolar, residentes en la ciudad de Panamá y que están asistiendo a una escuela privada de la localidad.

**6.2 Muestra:** Se seleccionaron intencionalmente todos los sujetos que obtuvieron una puntuación igual o por arriba del percentil 61 en el Índice Global de Acoso e Intensidad del acoso. A través del muestreo aleatorio simple se asignaron los sujetos

de la población seleccionada a los grupos experimental y grupo control en lista de espera, resultando una muestra no paramétrica.

### **6.3 Criterios de Inclusión:**

- Tener entre 11 y 13 años de edad.
- Ser identificados como víctimas de acoso y violencia escolar al puntuar positivo en el Índice Global de Acoso y en la Intensidad del Acoso en la evaluación.
- Que el acudiente haya firmado la nota de consentimiento informado (ver anexo N° 3).
- Que no presenten un trastorno psicológico diagnosticado.
- Que no estén recibiendo atención psicológica o psiquiátrica por ésta u otra condición.
- Que posean una inteligencia normal.

### **6.4 Criterios de Exclusión:**

- Que el acudiente no haya firmado la nota de consentimiento informado.
- Abandonar el programa antes de culminarlo.
- Dejar de asistir a 3 de las sesiones de psicoterapia.
- Mostrar conductas agresivas o desafiantes con la investigadora.

## **7. TÉCNICAS DE MEDICIÓN E INSTRUMENTOS**

### **7.1 AVE (Acoso y Violencia Escolar):**

El AVE es una herramienta para la evaluación de la violencia y el acoso psicológico y físico recibido en el entorno escolar y de sus daños asociados. Fue desarrollada por Iñaki Piñuel y Zabala y Araceli Oñate Cantero con TEA Ediciones en el año 2006, con base en los trabajos del equipo de investigación Cisneros del Instituto de Innovación Educativa y Desarrollo Directivo. Su aplicación es de tipo individual o colectiva en un ámbito de II grado de la escuela Primaria a II año de la escuela Secundaria. La prueba se compone de dos partes: la primera parte consta de 50 preguntas en las que el niño evalúa la frecuencia con que se practican contra él diferentes conductas de hostigamiento psicológico. El niño debe evaluar la frecuencia en función de tres

categorías: nunca, pocas veces o muchas veces. En la segunda parte de la prueba se le pide que señale la existencia de síntomas psicológicos y psicosomáticos mediante 44 afirmaciones que evalúan los daños psicológicos que corresponden con las definiciones que el Manual Diagnóstico DSM-IV proporciona sobre los cuadros que cursan habitualmente con las situaciones de acoso psicológico.

Entonces, mediante un cuestionario de autoinforme de 94 elementos se obtienen 22 indicadores: 2 índices globales (Índice Global de Acoso e Intensidad del Acoso), 8 indicadores del acoso y la violencia escolar que el niño percibe en su entorno escolar y en las relaciones entre iguales (Hostigamiento, Intimidación, Amenazas, Coacciones, Bloqueo Social, Exclusión Social, Manipulación Social y Agresiones), 4 factores globales de acoso (Hostigamiento, Intimidación, Exclusión y Agresiones) y 8 escalas clínicas (Ansiedad, Estrés postraumático, Distimia, Disminución de la Autoestima, “Flashbacks”, Somatización, Autoimagen Negativa y Autodesprecio). También posee una Escala de Control (Contradicciones). La corrección de la prueba se realiza mediante una clave en línea por internet. Para las puntuaciones individuales, se utiliza un sistema de indicación crítica que clasifica el acoso escolar en 4 categorías diagnósticas:

- SC: Acoso sin constatar
- C: Acoso constatado
- CC: Acoso bien constatado
- CCC: Acoso muy constatado

La indicación crítica queda establecida a partir del nivel equivalente al percentil 61. Hasta el percentil 60 incluido se considera Acoso sin constatar o que la puntuación obtenida por el niño en la escala es irrelevante. El primer nivel crítico (C) es equivalente al intervalo percentil 61 – 80, el segundo nivel (CC) al intervalo percentil 81 – 95 y el tercer nivel crítico (CCC) es equivalente al intervalo percentil 96 – 99. De esta forma, la prueba AVE permite discriminar entre niveles normales o graves en cuanto a las conductas de acoso percibidas por el niño. Esta prueba contiene una escala de validez y confiabilidad conocida (Piñuel y Oñate 2006).

## **7.2 La Entrevista Clínica a los Padres**

Según Arminda Aberastury (1984), en la entrevista inicial con los padres se deben recopilar datos básicos como son:

- El motivo de consulta: los padres deben hablar de lo que no anda bien con el niño.
- La historia del niño: esto incluye desde el embarazo hasta la actualidad. Tomando en cuenta su desarrollo en las distintas etapas, alimentación desde la lactancia, hábitos de sueño, capacidad de separación, control de esfínteres, enfermedades, operaciones o traumas, escolarización, relaciones sociales, sexualidad, entre otras.
- Cómo se desarrolla en su vida diaria, un domingo o feriado, y el día de su cumpleaños|. Estas reconstrucciones nos orientaran sobre las experiencias básicas de dependencia e independencia, libertad o coacción externas, inestabilidad o estabilidad en las normas educativas. Sabremos si las exigencias son adecuadas o no a la edad, las formas de castigo y premio, entre otros puntos importantes.
- Cómo es la relación de los padres entre ellos, con sus hijos y con el medio familiar inmediato: es importante tener clara la relación afectiva que tienen los padres con el niño, la relación de la pareja y con los demás miembros de la familia entre ellos y con el niño.

## **7.3 Entrevista Individual con el Niño para Conocer el Estado Mental:**

El objetivo de la entrevista con el niño es conocer la definición del problema desde su punto de vista y determinar su estado mental. Según Hersen y Thomas (2007) los elementos que se deben tomar en cuenta a la hora de evaluar el Estado Mental del niño son:

- Apariencia: observar cómo luce físicamente y cómo está vestido/a.
- Actitud y comportamiento: esto involucra observar la actitud hacia los acompañantes y hacia el terapeuta. Se debe anotar también si está ansioso, retraído, distraído, inhibido o apático.

- Estado emocional: esto incluye el afecto del niño y su estado de ánimo. El afecto se refiere a como él o ella expresa sus sentimientos, y el estado de ánimo se refiere a la manera subjetiva de experimentar una emoción.
- Relaciones sociales: se evalúa la conducta social con el terapeuta y el contacto visual que establece.
- Comportamiento motor: esto incluye la observación de la motricidad fina y gruesa, así como también movimientos involuntarios como tics, estereotipias, etc.
- Comunicación y lenguaje: se debe observar el lenguaje expresivo y receptivo.
- Cognición: esta evaluación se puede realizar de manera informal a través de la observación, prestando atención a características como son la capacidad de atención, concentración, orientación, memoria, contenido del pensamiento (incluye intereses, miedos, deseos, obsesiones, etc.), proceso del pensamiento y capacidad de juicio e “*insight*”.

## 8. LIMITACIONES

- Debido a la ausencia de instrumentos de evaluación con baremos latinoamericanos, se utilizó en la presente investigación la prueba AVE de Acoso y Violencia Escolar, la cual posee baremos para la población española.
- Dado que no es posible tener una muestra representativa, los resultados de esta investigación serán referidos exclusivamente al conjunto de niños y niñas que participaron del presente estudio, sin pretender una generalización.

## 9. PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICO

Para el análisis de los resultados obtenidos de la prueba AVE, aplicada al grupo experimental y al grupo control en lista de espera, se utilizó la “t de Student”, diferencia de medias para muestras pequeñas de igual tamaño. Se estableció un nivel de confianza de alfa 0.05 para las pruebas de hipótesis. Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa XLSTAT –2011.

**CAPÍTULO IV**  
**RESULTADOS Y ANÁLISIS**

Para esta investigación se evaluaron 103 sujetos de VI y VII grado de una escuela privada en la ciudad de Panamá, por medio de la aplicación de la prueba AVE. Se detectaron 14 estudiantes, los cuales obtuvieron puntajes que los clasificaban en las categorías de acoso bien constatado (CC) o acoso muy constatado (CCC) para las variables Índice Global de Acoso e Intensidad del Acoso, lo cual indica que un 13% de los estudiantes evaluados son víctimas de acoso y violencia escolar. De esta muestra fueron descartados cuatro sujetos por no cumplir con los criterios de inclusión. Los diez estudiantes que sí cumplieron con todos los criterios fueron asignados al azar al grupo experimental y grupo control en lista de espera. Al grupo experimental se le aplicó el tratamiento de Psicoterapia Breve con enfoque en las Relaciones Objetales y luego del mismo se reevaluó la muestra con el post – test.

El capítulo a continuación inicia con el análisis de los datos sociodemográficos de los sujetos. Luego presentamos los resultados del grupo control y del grupo experimental de las dos variables principales, Índice Global de Acoso e Intensidad del Acoso, en las cuales se compara el pre – test y el post – test de ambos grupos.

Como un aporte adicional dentro de esta investigación se incluyeron, como variables secundarias, las escalas Ansiedad, Distimia, Disminución de Autoestima, Autoimagen Negativa y Autodesprecio, las cuales aparecen dentro de la prueba AVE, ya que era interesante observar si la terapia surtía algún efecto estadísticamente significativo sobre las mismas. Estas variables secundarias no formaron parte de los criterios de inclusión.

Por último en este capítulo se encuentran la discusión de los resultados, las conclusiones y las recomendaciones para esta investigación.

## 1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

### 1.1 Heterogeneidad y homogeneidad de los sujetos

La muestra de esta investigación fue homogénea, ya que todos son víctimas de acoso y violencia escolar, debido a que puntuaron positivos en la prueba AVE para las escalas Índice Global de Acoso e Intensidad del Acoso. Igualmente todos los sujetos asisten a la misma escuela. La muestra es heterogénea ya que están entre los 11 y 13 años de edad, pueden ser del sexo femenino o masculino y cursan el VI o VII grado. (Ver tablas N°3 y N°4)

**Tabla N° 3**

#### **GRUPO EXPERIMENTAL**

SUJETO	1	2	3	4	5
EDAD/AÑOS	11	13	12	12	13
SEXO	M	F	F	F	F
GRADO	VI	VII	VII	VII	VII

Fuente María E Chamorro, 2011

La tabla N° 3 muestra los cinco sujetos del grupo experimental. En cuanto a la edad, el 20% tienen 11 años, 40% 12 años y el otro 40% 13 años. El 80% son del sexo femenino y 20% el sexo masculino. El 20% cursa el VI grado y 80% cursa el VII grado. O sea que la mayor población de este grupo son mujeres de 12 y 13 años que cursan el VII grado.

**Tabla N° 4**

**GRUPO CONTROL**

SUJETO	1	2	3	4	5
EDAD/AÑOS	12	11	12	11	13
SEXO	F	F	F	F	M
GRADO	VI	VI	VI	VI	VII

Fuente María E Chamorro, 2011

La tabla N° 4 muestra los cinco sujetos del grupo control. En cuanto a la edad, el 40% tiene 11 años, 40% 12 años y el otro 20% 13 años. El 80% son del sexo femenino y 20% el sexo masculino. El 80% cursa el VI grado y 20% cursa el VII grado. O sea que la mayor población de este grupo son mujeres entre 11 y 12 años que cursan el VI grado.

## 2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS

### 2.1 Variables Principales

#### Índice Global de Acoso / Grupo Experimental

**Tabla N° 5**

Comparación entre el pre – test y el post – test del grupo experimental de la escala Índice Global de Acoso.

Sujeto	1	2	3	4	5
Pre – test	62	32	17	53	40
Post – test	9	36	11	28	17

Fuente María E. Chamorro, 2011

#### Hipótesis:

**Ho:** No existe una diferencia significativa entre las medias del pre – test y el post – test del grupo experimental en la variable Índice Global de Acoso.

**H1:** Existe diferencia significativa entre las medias del pre – test y el post – test del grupo experimental en la variable Índice Global de Acoso.

**Nivel de significación:**  $\alpha = 0.05$

**Tabla N° 6**

**Estadísticas descriptivas:** Comparación Índice Global de Acoso Pre – test/Post – test del grupo experimental.

	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Pre – Test	5	17.00	62.00	40.80	17.62
Post - test	5	9.00	36.00	20.20	11.52

Fuente María E. Chamorro, 2011

**Cálculo estadístico de la prueba:**

Prueba t para dos muestras apareadas / Prueba unilateral a la derecha:

---

Diferencia	20.600
t (Valor observado)	2.117
t (Valor crítico)	2.132
GDL	4
p-valor (unilateral)	0.051
Alfa	0.05

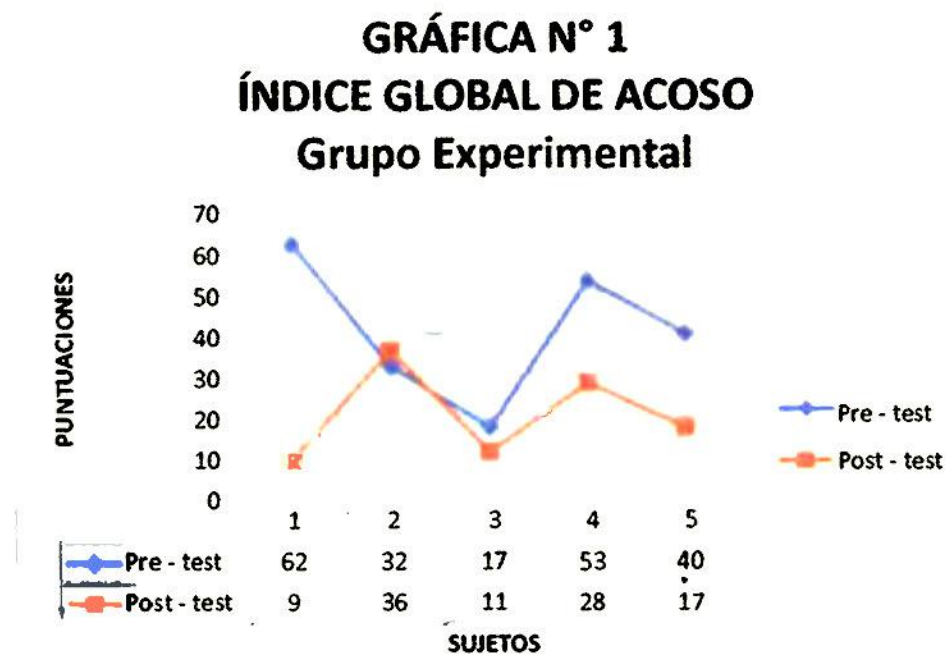
---

**Decisión:** Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación  $\alpha=0.05$ , no se puede rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ). El riesgo de rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ) cuando es verdadera es de 5.08%.

**Conclusión:** con un nivel de significación de 5%, los puntajes obtenidos en la escala Índice Global de Acoso del grupo experimental no presentan una variación estadísticamente significativa. Por lo tanto no ha sido posible comprobar la efectividad del tratamiento.

### Gráfica N° 1

Comparación entre el pre - test y el post - test del grupo experimental de la escala Índice Global de Acoso



Fuente: María E. Chamorro, 2011

La gráfica muestra que, a pesar de que las pruebas estadísticas no prueban la hipótesis, existe una tendencia a la disminución. Cuatro de los cinco sujetos mostraron un puntaje menor en el post - test luego de la aplicación del tratamiento y sólo un sujeto un puntaje mayor.

## Índice Global de Acoso / Grupo Control

**Tabla N° 7**

Comparación entre el pre – test y el post – test del grupo control de la escala Índice Global de Acoso.

Sujeto	1	2	3	4	5
Pre – test	45	47	24	21	53
Post – test	29	40	18	20	11

Fuente. María E. Chamorro, 2011

### Hipótesis:

**H<sub>0</sub>:** No existe una diferencia significativa entre las medias del pre – test y el post – test del grupo control en la variable Índice Global de Acoso.

**H<sub>1</sub>:** Existe diferencia significativa entre las medias del pre – test y el post – test del grupo control en la variable Índice Global de Acoso.

**Nivel de significación:**  $\alpha = 0.05$

**Tabla N° 8**

**Estadísticas descriptivas:** Comparación Índice Global de Acoso pre – test/post – test del grupo control.

	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Pre - test	5	21.00	53.00	38.00	14.49
Post - test	5	11.00	40.00	23.60	11.19

Fuente María E Chamorro, 2011

**Cálculo estadístico de la prueba:**

Prueba t para dos muestras apareadas / Prueba bilateral:

---

Diferencia	14.400
t (Valor observado)	1.969
t (Valor crítico)	2.776
GDL	4
p-valor (bilateral)	0.120
Alfa	0.05

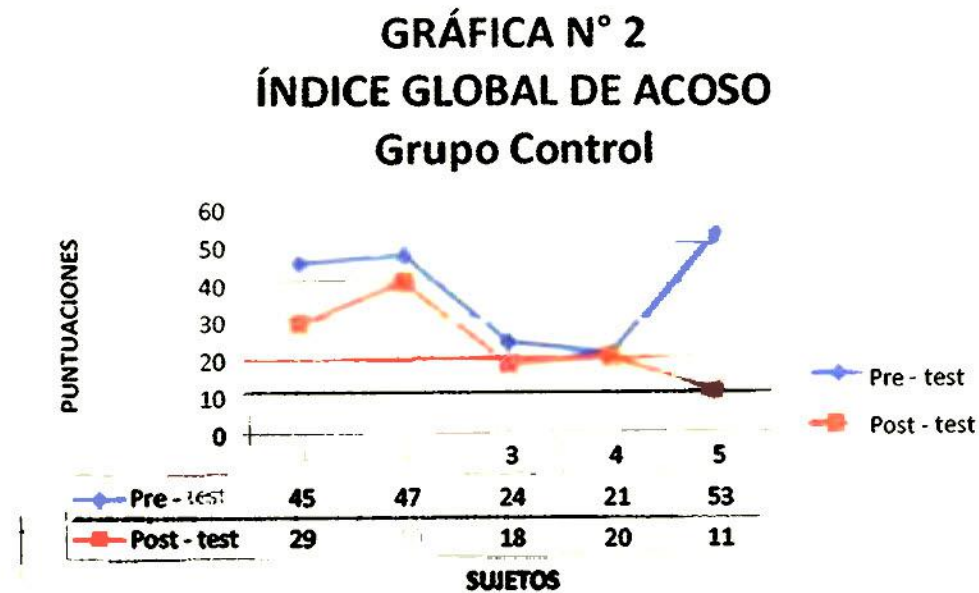
---

**Decisión:** Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación  $\alpha=0.05$ , no se puede rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ). El riesgo de rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ) cuando es verdadera es de 12.02%.

**Conclusión:** con un nivel de significación de 5%, los puntajes obtenidos en la escala Índice Global de Acoso del grupo control no presentan una variación estadísticamente significativa.

## Gráfica N° 2

Comparación entre el pre - test y el post - test del grupo control de la escala Índice Global de Acoso.



Fuente: María E. Chamorro, 2011

La gráfica muestra que cuatro de los cinco sujetos del grupo control mostraron una leve disminución en el post - test y uno de ellos mostró una gran disminución.

### Intensidad del Acoso / Grupo Experimental

**Tabla N° 9**

Comparación entre el pre – test y el post – test del grupo experimental de la escala Intensidad del Acoso.

Sujeto	1	2	3	4	5
Pre – test	21	2	2	18	10
Post – test	1	8	0	6	1

Fuente María E. Chamorro, 2011

#### **Hipótesis:**

**Ho:** No existe una diferencia significativa entre las medias del pre – test y el post – test del grupo experimental en la variable Intensidad del Acoso.

**H<sub>1</sub>:** Existe diferencia significativa entre las medias del pre – test y el post – test del grupo experimental en la variable Intensidad del Acoso.

**Nivel de significación:**  $\alpha = 0.05$

**Tabla N° 10**

**Estadísticas descriptivas:** Comparación Intensidad del Acoso pre – test/ post – test del grupo experimental.

	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Pre - test	5	2.00	21.00	10.60	8.82
Post – test	5	0.00	8.00	3.20	3.56

Fuente María E. Chamorro, 2011

**Cálculo estadístico de la prueba:**

Prueba t para dos muestras apareadas / Prueba unilateral a la derecha:

---

Diferencia	7.400
t (Valor observado)	1.673
t (Valor crítico)	2.132
GDL	4
p-valor (unilateral)	0.085
alfa	0.05

---

**Decisión:** Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación  $\alpha=0.05$ , no se puede rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ). El riesgo de rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ) cuando es verdadera es de 8.48%.

**Conclusión:** con un nivel de significación de 5%, los puntajes obtenidos en la escala Intensidad del Acoso del grupo experimental no presentan una variación estadísticamente significativa. Por lo tanto no ha sido posible comprobar la efectividad del tratamiento.

### Gráfica N° 3

Comparación entre el pre - test y el post - test del grupo experimental de la escala Intensidad del Acoso.

### GRÁFICA N° 3 INTENSIDAD DEL ACOSO Grupo Experimental



Fuente: María E. Chamorro, 2011

La gráfica muestra que, a pesar de que las pruebas estadísticas no prueban la hipótesis, existe una tendencia a la disminución. Cuatro de los cinco sujetos mostraron un puntaje menor en el post - test luego de la aplicación del tratamiento y sólo un sujeto un puntaje mayor.

### Intensidad del Acoso / Grupo Control

**Tabla N° 11**

Comparación entre el pre – test y el post – test del grupo control de la escala Intensidad del Acoso.

Sujeto	1	2	3	4	5
Pre – test	9	9	2	2	23
Post – test	4	6	2	3	5

Fuente María E. Chamorro, 2011

### Hipótesis:

**Ho:** No existe una diferencia significativa entre las medias del pre – test y el post – test del grupo control en la variable Intensidad del Acoso.

**H1:** Existe diferencia significativa entre las medias del pre – test y el post – test del grupo control en la variable Intensidad del Acoso.

**Nivel de significación:**  $\alpha = 0.05$

**Tabla N° 12**

**Estadísticas descriptivas:** Comparación Intensidad del Acoso pre – test/post – test del grupo control.

	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Pre - test	5	2.00	23.00	9.00	8.57
Post - test	5	2.00	6.00	4.00	1.58

Fuente María E. Chamorro, 2011

**Cálculo estadístico de la prueba:**

Prueba t para dos muestras apareadas / Prueba bilateral:

---

Diferencia	5.000
t (Valor observado)	1.462
t (Valor crítico)	2.776
GDL	4
p-valor (bilateral)	0.218
alfa	0.05

---

**Decisión:** Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación  $\alpha=0.05$ , no se puede rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ). El riesgo de rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ) cuando es verdadera es de 21.76%.

**Conclusión:** con un nivel de significación de 5%, los puntajes obtenidos en la escala Intensidad del Acoso del grupo control no presentan una variación estadísticamente significativa.

#### Gráfica N° 4

Comparación entre el pre -test y el post - test del grupo control de la escala Intensidad del Acoso.



Fuente: María E. Chamorro, 2011

La gráfica muestra que tres de los cinco sujetos del grupo control mostraron una leve disminución en el post - test, uno de ellos mostró una gran disminución y el otro no modificó su puntuación.

## 2.2 Variables Secundarias

### Ansiedad / Grupo Experimental

**Tabla N° 13**

Comparación entre el pre – test y el post – test del grupo experimental de la escala Ansiedad.

Sujeto	1	2	3	4	5
Pre – test	8	7	0	7	7
Post – test	7	6	1	4	4

Fuente: María E. Chamorro, 2011

### Hipótesis:

**Ho** No existe una diferencia significativa entre las medias del pre – test y el post – test del grupo experimental en la variable Ansiedad.

**H1:** Existe diferencia significativa entre las medias del pre – test y el post – test del grupo experimental en la variable Ansiedad.

**Nivel de significación:**  $\alpha = 0.05$

**Tabla N° 14**

**Estadísticas descriptivas:** Comparación Ansiedad Pre – test/Post – test del grupo experimental.

	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Pre - test	5	0.00	8.00	5.80	3.27
Post - test	5	1.00	7.00	4.40	2.30

Fuente: María E. Chamorro, 2011

**Cálculo estadístico de la prueba:**

Prueba t para dos muestras apareadas / Prueba unilateral a la derecha:

---

Diferencia	1.400
t (Valor observado)	1.871
t (Valor crítico)	2.132
GDL	4
p-valor (unilateral)	0.067
alfa	0.05

---

**Decisión:** Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación  $\alpha=0.05$ , no se puede rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ). El riesgo de rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ) cuando es verdadera es de 6.74%.

**Conclusión:** con un nivel de significación de 5%, los puntajes obtenidos en la escala Ansiedad del grupo experimental no presentan una variación estadísticamente significativa. Por lo tanto no ha sido posible comprobar la efectividad del tratamiento.

### Gráfica N° 5

Comparación entre el pre -test y el post - test del grupo experimental de la escala Ansiedad.



Fuente: María E. Chamorro, 2011

La gráfica muestra que, a pesar de que las pruebas estadísticas no prueban la hipótesis, existe una tendencia a la disminución. Cuatro de los cinco sujetos mostraron un puntaje menor en el post - test luego de la aplicación del tratamiento y sólo un sujeto un puntaje mayor.

## Ansiedad / Grupo Control

**Tabla N° 15**

Comparación entre el pre – test y el post – test del grupo control de la escala Ansiedad.

Sujeto	1	2	3	4	5
Pre – test	9	4	3	9	5
Post – test	6	8	3	8	2

Fuente: María E. Chamorro, 2011

### Hipótesis:

**Ho:** No existe una diferencia significativa entre las medias del pre – test y el post – test del grupo control en la variable Ansiedad.

**H1:** Existe diferencia significativa entre las medias del pre – test y el post – test del grupo control en la variable Ansiedad.

**Nivel de significación:**  $\alpha = 0.05$

**Tabla N° 16**

**Estadísticas descriptivas:** Comparación Ansiedad Pre – test/Post – test del grupo control.

	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Pre - test	5	3.00	9.00	6.00	2.82
Post - test	5	2.00	8.00	5.40	2.79

Fuente: María E. Chamorro, 2011

**Cálculo estadístico de la prueba:**

Prueba t para dos muestras apareadas / Prueba bilateral:

---

Diferencia	0.600
t (Valor observado)	0.466
t (Valor crítico)	2.776
GDL	4
p-valor (bilateral)	0.666
alfa	0.05

---

**Decisión:** Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación  $\alpha=0.05$ , no se puede rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ). El riesgo de rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ) cuando es verdadera es de 66.57%.

**Conclusión:** con un nivel de significación de 5%, los puntajes obtenidos en la escala Ansiedad del grupo control no presentan una variación estadísticamente significativa.

### Gráfica N° 6

Comparación entre el pre –test y el post – test del grupo control de la escala Ansiedad.



Fuente: María E. Chamorro, 2011

La gráfica muestra que tres de los cinco sujetos del grupo control mostraron una leve disminución en el post – test, uno de ellos mostró una gran disminución y el otro no modificó su puntuación.

### Distimia / Grupo Experimental

**Tabla N° 17**

Comparación entre el pre – test y el post – test del grupo experimental de la escala Distimia.

Sujeto	1	2	3	4	5
Pre – test	8	4	0	8	9
Post – test	0	3	0	7	5

Fuente: María E. Chamorro, 2011

#### **Hipótesis:**

**Ho:** No existe una diferencia significativa entre las medias del pre – test y el post – test del grupo experimental en la variable Distimia.

**H<sub>1</sub>:** Existe diferencia significativa entre las medias del pre – test y el post – test del grupo experimental en la variable Distimia.

**Nivel de significación:**  $\alpha = 0.05$

**Tabla N° 18**

**Estadísticas descriptivas:** Comparación Distimia Pre – test/Post – test del grupo experimental.

	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Pre - test	5	0.00	9.00	5.80	3.76
Post - test	5	0.00	7.00	3.00	3.08

Fuente: María E. Chamorro, 2011

**Cálculo estadístico de la prueba:**

Prueba t para dos muestras apareadas / Prueba unilateral a la derecha:

Diferencia	2.800
t (Valor observado)	1.914
t (Valor crítico)	2.132
GDL	4
p-valor (unilateral)	0.064
alfa	0.05

---

**Decisión:** Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación  $\alpha=0.05$ , no se puede rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ). El riesgo de rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ) cuando es verdadera es de 6.41%.

**Conclusión:** con un nivel de significación de 5%, los puntajes obtenidos en la escala Distimia del grupo experimental no presentan una variación estadísticamente significativa. Por lo tanto no ha sido posible comprobar la efectividad del tratamiento.

## Gráfica N° 7

Comparación entre el pre -test y el post - test del grupo experimental de la escala Distimia.



Fuente: María E. Chamorro, 2011

La gráfica muestra que, a pesar de que las pruebas estadísticas no prueban la hipótesis, existe una tendencia a la disminución. Cuatro de los cinco sujetos mostraron un puntaje menor en el post - test luego de la aplicación del tratamiento y sólo un sujeto no modificó su puntuación.

## Distimia / Grupo Control

**Tabla N° 19**

Comparación entre el pre – test y el post – test del grupo control de la escala Distimia.

Sujeto	1	2	3	4	5
Pre – test	7	4	4	8	8
Post – test	9	11	3	6	1

Fuente María E. Chamorro, 2011

### Hipótesis:

**Ho:** No existe una diferencia significativa entre las medias del pre – test y el post – test del grupo control en la variable Distimia.

**H1:** Existe diferencia significativa entre las medias del pre – test y el post – test del grupo control en la variable Distimia.

**Nivel de significación:**  $\alpha = 0.05$

**Tabla N° 20**

**Estadísticas descriptivas:** Comparación Distimia Pre – test/Post – test del grupo control.

	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Pre - test	5	4.00	8.00	6.20	2.04
Post - test	5	1.00	11.00	6.00	4.12

Fuente. María E. Chamorro, 2011

**Cálculo estadístico de la prueba:**

Prueba t para dos muestras apareadas / Prueba bilateral:

---

Diferencia	0.200
t (Valor observado)	0.087
t (Valor crítico)	2.776
GDL	4
p-valor (bilateral)	0.935
alfa	0.05

---

**Decisión:** Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación  $\alpha=0.05$ , no se puede rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ). El riesgo de rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ) cuando es verdadera es de 93.52%.

**Conclusión:** con un nivel de significación de 5%, los puntajes obtenidos en la escala Distimia del grupo control no presentan una variación estadísticamente significativa.

### Gráfica N° 8

Comparación entre el pre –test y el post – test del grupo control de la escala Distimia.



Fuente: María E. Chamorro, 2011

La gráfica muestra que dos de los cinco sujetos del grupo control mostraron una leve disminución en el post test, uno de ellos mostró una gran disminución y dos de ellos aumentaron su puntuación.

### Disminución de Autoestima / Grupo Experimental

**Tabla N° 21**

Comparación entre el pre – test y el post – test del grupo experimental de la escala Disminución de Autoestima.

Sujeto	1	2	3	4	5
Pre – test	6	2	0	4	4
Post – test	0	2	0	5	3

Fuente María E Chamorro, 2011

#### Hipótesis:

**Ho:** No existe una diferencia significativa entre las medias del pre – test y el post – test del grupo experimental en la variable Disminución de Autoestima.

**H1:** Existe diferencia significativa entre las medias del pre – test y el post – test del grupo experimental en la variable Disminución de autoestima.

**Nivel de significación:**  $\alpha = 0.05$

**Tabla N° 22**

**Estadísticas descriptivas:** Comparación Disminución de Autoestima Pre – test/Post – test del grupo experimental.

	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Pre - test	5	0.00	6.00	3.20	2.28
Post - test	5	0.00	5.00	2.00	2.12

Fuente: María E Chamorro, 2011

**Cálculo estadístico de la prueba:**

Prueba t para dos muestras apareadas / Prueba unilateral a la derecha:

---

Diferencia	1.200
t (Valor observado)	0.967
t (Valor crítico)	2.132
GDL	4
p-valor (unilateral)	0.194
alfa	0.05

---

**Decisión:** Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación  $\alpha=0.05$ , no se puede rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ). El riesgo de rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ) cuando es verdadera es de 19.42%.

**Conclusión:** con un nivel de significación de 5%, los puntajes obtenidos en la escala Disminución de Autoestima del grupo experimental no presentan una variación estadísticamente significativa. Por lo tanto no ha sido posible comprobar la efectividad del tratamiento.

### Gráfica N° 9

Comparación entre el pre -test y el post - test del grupo experimental de la escala Disminución de Autoestima.



Fuente: María E. Chamorro, 2011

La gráfica muestra que dos de los cinco sujetos mostraron una disminución en sus puntajes, dos se mantuvieron iguales y sólo uno aumentó.

### Disminución de Autoestima / Grupo Control

**Tabla N° 23**

Comparación entre el pre – test y el post – test del grupo control de la escala Disminución de Autoestima.

Sujeto	1	2	3	4	5
Pre – test	5	1	2	7	10
Post – test	10	9	1	8	4

Fuente: María E Chamorro, 2011

#### **Hipótesis:**

**Ho:** No existe una diferencia significativa entre las medias del pre – test y el post– test del grupo control en la variable Disminución de Autoestima.

**H1:** Existe diferencia significativa entre las medias del pre– test y el post– test del grupo control en la variable Disminución de Autoestima.

**Nivel de significación:**  $\alpha = 0.05$

**Tabla N° 24**

**Estadísticas descriptivas:** Comparación Disminución de Autoestima Pre – test/Post – test del grupo control.

	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Pre - test	5	1.00	10.00	5.00	3.67
Post - test	5	1.00	10.00	6.40	3.78

Fuente: María E Chamorro, 2011

**Cálculo estadístico de la prueba:**

Prueba t para dos muestras apareadas / Prueba bilateral:

---

Diferencia	-1.400
t (Valor observado)	-0.578
t (Valor crítico)	2.776
GDL	4
p-valor (bilateral)	0.594
alfa	0.05

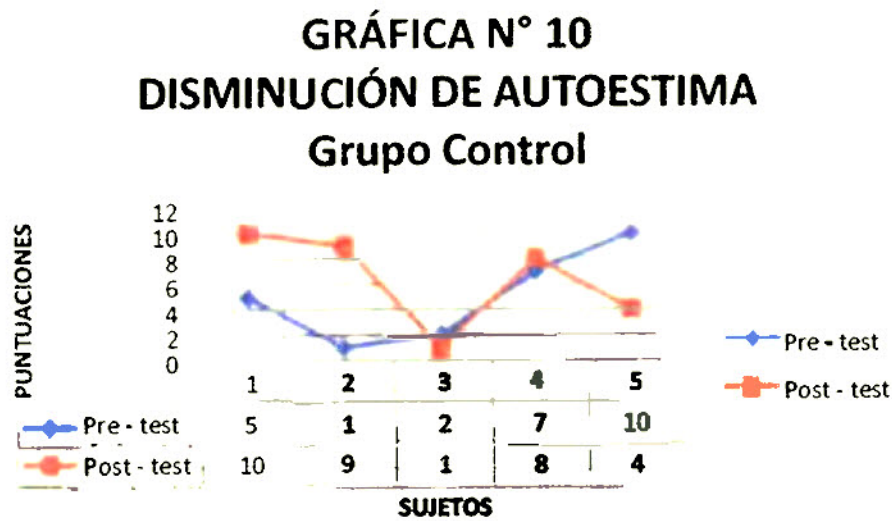
---

**Decisión:** Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación  $\alpha=0.05$ , no se puede rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ). El riesgo de rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ) cuando es verdadera es de 59.40%.

**Conclusión:** con un nivel de significación de 5%, los puntajes obtenidos en la escala Disminución de Autoestima del grupo control no presentan una variación estadísticamente significativa.

### Gráfica N° 10

Comparación entre el pre -test y el post - test del grupo control de la escala Disminución de Autoestima.



Fuente: María E. Chamorro, 2011

La gráfica muestra que dos de los cinco sujetos del grupo control mostraron un aumento en sus puntajes en el post - test y dos de ellos mostraron una disminución.

### Autoimagen Negativa / Grupo Experimental

**Tabla N° 25**

Comparación entre el pre – test y el post – test del grupo experimental de la escala Autoimagen Negativa.

Sujeto	1	2	3	4	5
Pre – test	5	3	0	4	5
Post – test	0	2	0	4	2

Fuente María E. Chamorro, 2011

#### Hipótesis:

**Ho:** No existe una diferencia significativa entre las medias del pre – test y el post – test del grupo experimental en la variable Autoimagen Negativa.

**H1:** Existe diferencia significativa entre las medias del pre – test y el post – test del grupo experimental en la variable Autoimagen Negativa.

**Nivel de significación:**  $\alpha = 0.05$

**Tabla N° 26**

**Estadísticas descriptivas:** Comparación Autoimagen Negativa Pre – test/Post – test del grupo experimental.

Variable	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Pre - test	5	0.00	5.00	3.40	2.07
Post - test	5	0.00	4.00	1.60	1.67

Fuente María E. Chamorro, 2011

**Cálculo estadístico de la prueba:**

Prueba t para dos muestras apareadas / Prueba unilateral a la derecha:

---

Diferencia	1.800
t (Valor observado)	1.857
t (Valor crítico)	2.132
GDL	4
p-valor (unilateral)	0.068
alfa	0.05

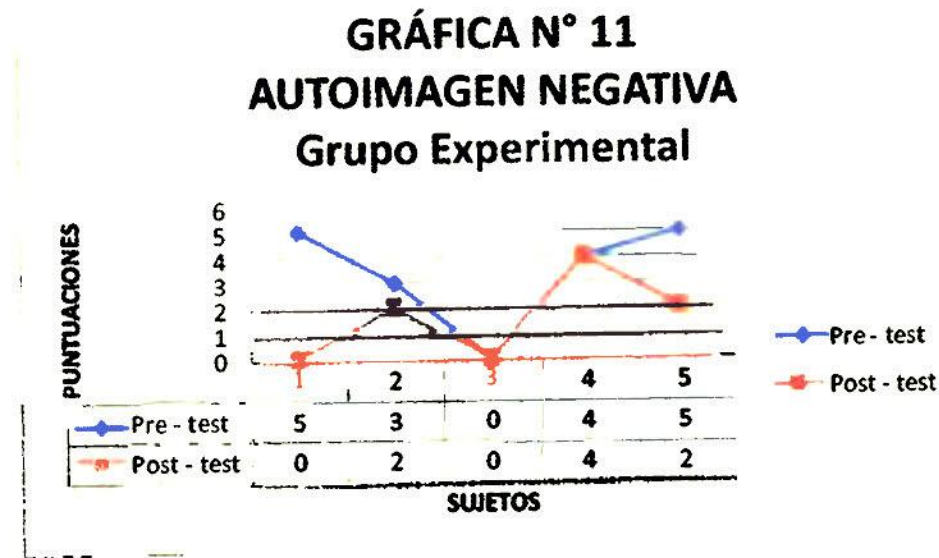
---

**Decisión:** Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación  $\alpha=0.05$ , no se puede rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ). El riesgo de rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ) cuando es verdadera es de 6.85%.

**Conclusión:** con un nivel de significación de 5%, los puntajes obtenidos en la escala Autoimagen Negativa del grupo experimental no presentan una variación estadísticamente significativa. Por lo tanto no ha sido posible comprobar la efectividad del tratamiento.

### Gráfica N° 11

Comparación entre el pre -test y el post - test del grupo experimental de la escala Autoimagen Negativa.



Fuente: María E. Chamorro, 2011

La gráfica muestra que, a pesar de que las pruebas estadísticas no prueban la hipótesis, existe una tendencia a la disminución. Tres de los cinco sujetos mostraron un puntaje menor en el post - test luego de la aplicación del tratamiento y dos de ellos no modificaron su puntuación.

### Autoimagen Negativa / Grupo Control

**Tabla N° 27**

Comparación entre el pre – test y el post – test del grupo control de la escala Autoimagen Negativa.

Sujeto	1	2	3	4	5
Pre – test	4	2	3	7	7
Post – test	8	8	2	6	3

Fuente. María E. Chamorro, 2011

#### **Hipótesis:**

**Ho:** No existe una diferencia significativa entre las medias del pre – test y el post – test del grupo control en la variable Autoimagen Negativa.

**H1:** Existe diferencia significativa entre las medias del pre – test y el post – test del grupo control en la variable Autoimagen Negativa.

**Nivel de significación:**  $\alpha = 0.05$

**Tabla N° 28**

**Estadísticas descriptivas:** Comparación Autoimagen Negativa Pre – test/Post – test del grupo control.

	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Pre - test	5	2.00	7.00	4.60	2.30
Post - test	5	2.00	8.00	5.40	2.79

Fuente: María E. Chamorro, 2011

**Cálculo estadístico de la prueba:**

Prueba t para dos muestras apareadas / Prueba bilateral:

---

Diferencia	-0.800
t (Valor observado)	-0.438
t (Valor crítico)	2.776
GDL	4
p-valor (bilateral)	0.684
alfa	0.05

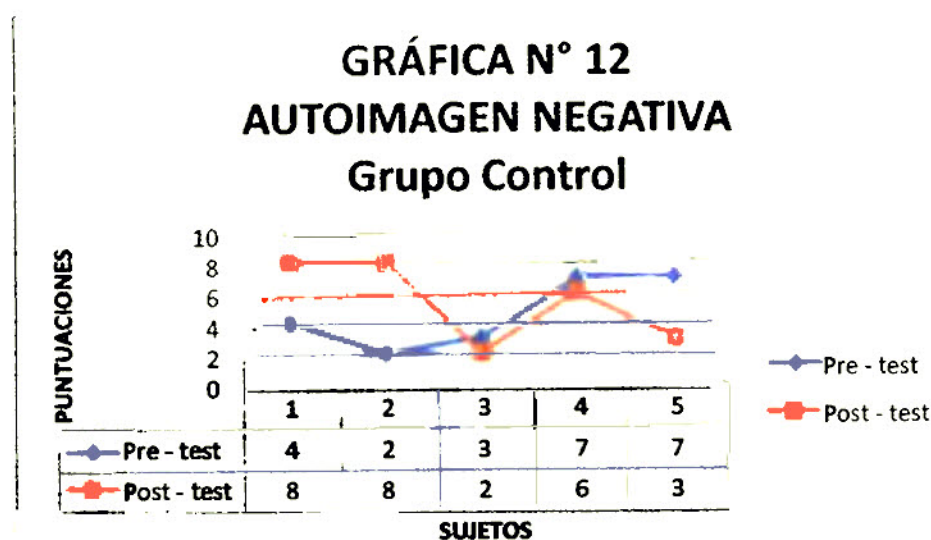
---

**Decisión:** Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación  $\alpha=0.05$ , no se puede rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ). El riesgo de rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ) cuando es verdadera es de 68.42%.

**Conclusión:** con un nivel de significación de 5%, los puntajes obtenidos en la escala Autoimagen Negativa del grupo control no presentan una variación estadísticamente significativa.

### Gráfica N° 12

Comparación entre el pre –test y el post – test del grupo control de la escala Autoimagen Negativa.



Fuente: María E. Chamorro, 2011

La gráfica muestra que dos de los cinco sujetos del grupo control mostraron un aumento en sus puntajes en el post test y tres de ellos mostraron una disminución.

## Autodesprecio / Grupo Experimental

**Tabla N° 29**

Comparación entre el pre – test y el post – test del grupo experimental de la escala Autodesprecio.

Sujeto	1	2	3	4	5
Pre – test	7	2	0	7	8
Post – test	0	2	0	6	4

Fuente María E. Chamorro, 2011

### Hipótesis:

**Ho:** No existe una diferencia significativa entre las medias del pre – test y el post – test del grupo experimental en la variable Autodesprecio.

**H1:** Existe diferencia significativa entre las medias del pre – test y el post – test del grupo experimental en la variable Autodesprecio.

**Nivel de significación:**  $\alpha = 0.05$

**Tabla N° 30**

**Estadísticas descriptivas:** Comparación Autodesprecio Pre – test/Post – test del grupo experimental.

	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Pre - test	5	0.00	8.00	4.80	3.56
Post - test	5	0.00	6.00	2.40	2.60

Fuente María E. Chamorro, 2011

**Cálculo estadístico de la prueba:**

Prueba t para dos muestras apareadas / Prueba unilateral a la derecha:

---

Diferencia	2.400
t (Valor observado)	1.760
t (Valor crítico)	2.132
GDL	4
p-valor (unilateral)	0.077
alfa	0.05

---

**Decisión:** Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación  $\alpha=0.05$ , no se puede rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ). El riesgo de rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ) cuando es verdadera es de 7.66%.

**Conclusión:** con un nivel de significación de 5%, los puntajes obtenidos en la escala Autodesprecio del grupo experimental no presentan una variación estadísticamente significativa. Por lo tanto no ha sido posible comprobar la efectividad del tratamiento.

### Gráfica N° 13

Comparación entre el pre -test y el post - test del grupo experimental de la escala Autodesprecio.



Fuente: María E. Chamorro, 2011

La gráfica muestra que, a pesar de que las pruebas estadísticas no prueban la hipótesis, existe una tendencia a la disminución. Tres de los cinco sujetos mostraron un puntaje menor en el post - test luego de la aplicación del tratamiento y dos de ellos no modificaron su puntuación.

### Autodesprecio / Grupo Control

**Tabla N°31**

Comparación entre el pre – test y el post – test del grupo control de la escala Autodesprecio.

Sujeto	1	2	3	4	5
Pre – test	5	3	3	7	4
Post – test	6	8	3	5	1

Fuente María E. Chamorro, 2011

### Hipótesis:

**Ho:** No existe una diferencia significativa entre las medias del pre – test y el post – test del grupo control en la variable Autodesprecio.

**H<sub>1</sub>:** Existe diferencia significativa entre las medias del pre – test y el post – test del grupo control en la variable Autodesprecio.

**Nivel de significación:**  $\alpha = 0.05$

**Tabla N° 32**

**Estadísticas descriptivas:** Comparación Autodesprecio Pre – test/Post – test del grupo control.

Variable	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Pre - test	5	3.00	7.00	4.40	1.67
Post - test	5	1.00	8.00	4.60	2.70

Fuente: María E. Chamorro, 2011

**Cálculo estadístico de la prueba:**

Prueba t para dos muestras apareadas / Prueba bilateral:

---

Diferencia	-0.200
t (Valor observado)	-0.144
t (Valor crítico)	2.776
GDL	4
p-valor (bilateral)	0.893
alfa	0.05

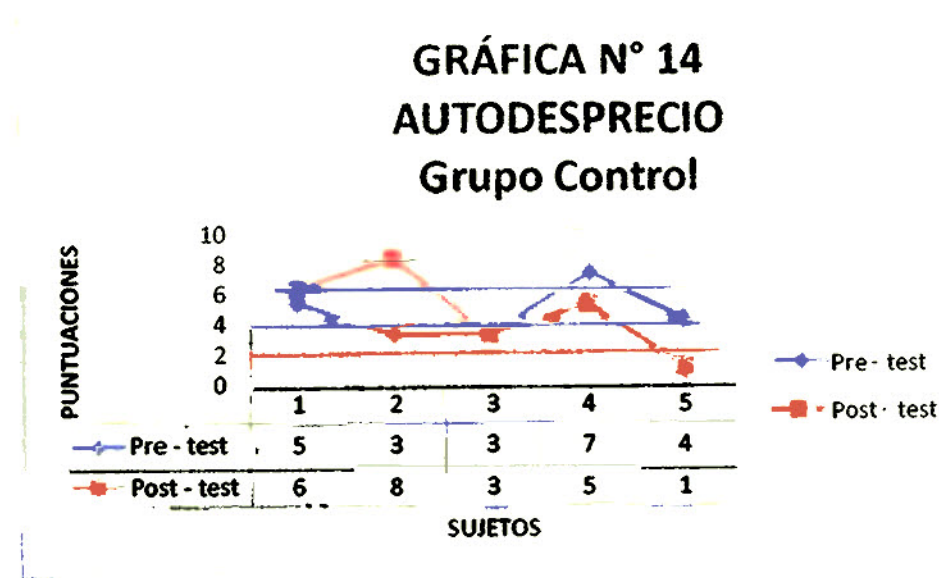
---

**Decisión:** Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación  $\alpha=0.05$ , no se puede rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ). El riesgo de rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ) cuando es verdadera es de 89.28%.

**Conclusión:** con un nivel de significación de 5%, los puntajes obtenidos en la escala Autodesprecio del grupo control no presentan una variación estadísticamente significativa.

### Gráfica N° 14

Comparación entre el pre -test y el post - test del grupo control de la escala Autodesprecio.



Fuente: María E. Chamorro, 2011

La gráfica muestra que cuatro de los cinco sujetos del grupo control mostraron un aumento en el post - test y uno de ellos no modificó su puntuación.

### **3. DISCUSIÓN**

#### **3.1 Los Resultados Estadísticos**

##### **Grupo Experimental**

En el análisis estadístico presentado en el apartado anterior, pudimos observar que no se probó la prueba de hipótesis para las variables principales Índice Global de Acoso e Intensidad del Acoso. Tampoco se probó la prueba de hipótesis para las variables secundarias Ansiedad, Distimia, Disminución de Autoestima, Autoimagen Negativa y Autodesprecio. El grupo experimental no mostró cambios estadísticamente significativos que demuestren la efectividad del tratamiento. Sin embargo, en el grupo experimental, cuatro de los cinco sujetos mostraron una tendencia a la disminución, la cual fue evidente y consistente.

Posibles razones por las cuales no se probó la prueba de hipótesis:

- d. Para la atención de los pacientes que son víctimas de acoso y violencia escolar es necesaria una terapia más prolongada que la terapia breve de 12 sesiones, ya que se produjeron cambios pero no los suficientes para que sean estadísticamente significativos.
- e. Uno de los cinco pacientes del grupo experimental aumentó, los demás disminuyeron sus síntomas de acoso y violencia escolar. El sujeto que aumentó sus resultados en el post – test causó un impacto significativo a la hora de calcular la efectividad del tratamiento.
- f. Al observar la tendencia a la disminución en los puntajes del grupo experimental presentados en el apartado anterior, podemos suponer que si la muestra hubiese sido mayor, se hubiese podido comprobar la efectividad del tratamiento. En términos estadísticos esto significa aumentar la potencia de la prueba. Con una muestra pequeña es más difícil que los resultados sean estadísticamente significativos.

- g. La prueba t de student para diferencia de medias de grupos pequeños puede haber sido muy potente para detectar los cambios en los pacientes.
- h. Es difícil demostrar algunos cambios cualitativos de manera cuantitativa.
- i. Realizar una intervención no solo con la víctima sino también con el victimario, ya sea que la escuela detenga su conducta y/o que reciba una terapia.

En el grupo experimental sólo el sujeto #2 mostró un aumento en las escalas Índice Global de Acoso e Intensidad del Acoso. El mismo sujeto no mostró aumento en las escalas clínicas de ansiedad, distimia, disminución de autoestima, autoimagen negativa y autodesprecio. La razón posible por la cual éste fue el único sujeto que mostró un aumento en las dos variables principales podría ser:

- Al iniciar la terapia el sujeto #2 aseguraba no ser víctima de acoso y violencia escolar y que desconocía la razón por la cual sus resultados habían arrojado lo contrario. Durante las sesiones de terapia breve este paciente fue abandonando sus defensas de negación y pudo pensar las muchas ocasiones en que había sido víctima de sus compañeros (as). Durante la aplicación del post – test este paciente se encontraba más consciente de todas las experiencias vividas de victimización.
- El punto anterior implicaría que los resultados diagnósticos dependen de cuán consciente está la persona de los síntomas de acoso y violencia escolar al momento de la evaluación.

Otro punto importante que queremos destacar es que el 80% de la muestra fue del sexo femenino. Esto puede ser debido a que las agresiones de las mujeres son menos detectables y más difíciles de controlar, ya que según vimos en el marco teórico los varones tienden más a agresiones físicas y las niñas a agresiones más pasivas. Posiblemente la escuela tiene mayor control para detener las conductas agresivas físicas ya que son más evidentes e identificables que las agresiones pasivas. Según las investigaciones presentadas, las niñas tienden a las agresiones pasivas. En este estudio las

niñas sufrían de exclusión social, devaluaciones, chismes y en muchos de los casos parecían ataques motivados por la envidia.

### **Grupo Control**

Como mencionamos anteriormente hubo una tendencia a la disminución en el grupo experimental, pero también pudimos observar una tendencia a la disminución en el grupo control. Sin embargo, las disminuciones en los puntajes del grupo control fueron más leves y menos consistentes que en el grupo experimental. Esta disminución en el grupo control se atribuye a lo siguiente:

- La escuela quedó en estado de alerta cuando se realizó la evaluación de los estudiantes y un 13% salieron positivos como víctimas de acoso y violencia escolar. Este resultado los llevó a programar intervenciones tales como charlas sobre el tema. Asimismo, colocaron buzones para realizar denuncias anónimas de bullying. Pensamos que estas intervenciones causaron alteraciones en la investigación, pero las mismas son justificadas, ya que es importante que las escuelas tomen medidas para controlar el acoso y la violencia escolar.
- Hay una posibilidad de que los resultados de la prueba AVE se vean influenciados por el estado anímico del sujeto al momento de la evaluación.

Debido a los cambios presentados por el grupo control, que se atribuyen a la intervención de la escuela, se piensa que una terapia individual a la víctima no es suficiente para erradicar el problema, también es necesaria una intervención en la escuela y con el niño que victimiza a sus compañeros.

A diferencia del grupo experimental, donde todos los sujetos presentaron mejorías en las variables secundarias, en el grupo control dos de los sujetos presentaron un aumento en los síntomas de ansiedad, distimia, disminución de autoestima, autoimagen negativa y autodesprecio. Los cambios más estables en el grupo experimental y más erráticos en el grupo control pueden ser debidos a que el grupo experimental recibió el tratamiento y el grupo control no. Aunque los cambios no hayan sido estadísticamente

significativos, este comportamiento podría sugerir que el tratamiento surtió algún tipo de efecto positivo sobre el grupo experimental.

### **3.2 El Tratamiento**

El tratamiento realizado fue una Psicoterapia Breve con enfoque en las Relaciones Objetales. La misma consistió en una sesión de entrevista a los padres y 12 sesiones individuales con cada uno de los cinco sujetos del grupo experimental.

Al realizar el contacto inicial, tres de los padres no tenían conocimiento de que sus hijos tuviesen un problema de acoso y violencia escolar. Los otros dos estaban conscientes de la existencia del problema y agradecidos por la ayuda. De estos dos, que conocían el problema de sus hijos, uno sentía que la escuela los había apoyado y el otro, que la escuela no había respondido adecuadamente. Pero en ambos casos los padres pensaban que sus hijos eran en parte culpables por el acoso, por no saber defenderse adecuadamente. Las razones por las cuales los padres no tienen conocimiento de que sus hijos están siendo víctimas de acoso y violencia escolar pueden ser que los chicos no acostumbran buscar ayuda de los adultos y porque piensan que estas conductas deben ser toleradas.

Al inicio del tratamiento todos los sujetos manifestaron resistencia a la terapia ya que estaban obligados por sus padres a recibir el tratamiento. A medida que se estableció una alianza terapéutica, las defensas bajaron y se hizo posible el trabajo terapéutico.

Luego de la aplicación de la Terapia Breve con énfasis en las Relaciones Objetales, cuatro de los cinco pacientes mostraron mejorías aunque no fueran estadísticamente significativas. Durante la intervención terapéutica se pudo observar que el acoso y la violencia escolar pueden causar daños profundos a nivel emocional y en la estructura de la persona. Más aún en la edad de estos chicos, que están en la pre-adolescencia, empezando a buscar una identidad y en donde la aceptación así como la contención (en términos de Bion) de los pares es muy importante. Por esta razón pienso que en casos específicos es necesaria una terapia a largo plazo.

Las edades de los sujetos eran entre 11 y 13 años de edad. Para estas edades una psicoterapia breve parece ser el tipo de intervención adecuada, ya que saber que tienen un tiempo limitado disminuye la resistencia al tratamiento y los ayuda a trabajar de manera focalizada.

Se pudo observar que cada niño se veía afectado de manera diferente por los ataques de sus compañeros. Sin embargo, debido a la edad de desarrollo en la que se encuentran, fue evidente que muchos tienen una mayor valencia para recibir los ataques relacionados con el cuerpo, como por ejemplo “débilucho”, “palitroque”, “ballena”, etc. Igualmente con ataques relacionados con la identidad sexual, como “gay”, “cueco”, “zorra”, etc.

En todos los casos los pacientes tenían un Objeto persecutor internalizado, el cual era identificado afuera en el victimario, perpetuando así una dinámica sadomasoquista. El trabajar con este Objeto interno, ayudó a que la mayoría de los pacientes se hicieran conscientes de su proyección y no continuaran enganchados en la dinámica con el victimario.

Se observó que todas las familias tenían dificultad con el manejo de la agresión. Ya sea, al no poder expresar su agresión porque era minimizada o que se expresaba la agresión de una manera incontrolada. En algunos casos las conductas de acoso y violencia se iniciaban en la casa.

En los estudios realizados para la intervención en el acoso y la violencia escolar se sugiere como ideal un tratamiento integral, que involucre un proyecto de prevención e intervención escolar, la atención individual de la víctima y el victimario y la atención familiar en casos específicos. Yo estoy de acuerdo con esta propuesta. Esta investigación buscaba ofrecer como opción de terapia individual la Psicoterapia Breve con enfoque en las Relaciones Objetales. Debido a la tendencia a la disminución de los puntajes en el post - test que presentaron cuatro de los cinco sujetos del grupo experimental mantengo mi posición en cuanto al enfoque terapéutico, pero puede ser necesaria una intervención terapéutica más prolongada e integrar las demás intervenciones. Este problema está relacionado directamente con el tipo de diseño de investigación que se utilizó.

## **4. CONCLUSIONES**

### **4.1 La Investigación:**

- En la población evaluada, de niños y niñas entre 11 y 13 años de edad de una escuela privada de la ciudad de Panamá, el 13% de los niños son víctimas de acoso y violencia escolar.
- La escuela no veía el acoso y la violencia escolar como un problema y se sorprendieron al encontrar un 13% de estudiantes positivos. Esto los puso en estado de alerta y los llevó a tomar medidas de prevención como dar charlas y poner buzones para denunciar estudiantes, lo cual influyó en los resultados de la investigación marcando un cambio en el grupo control. Este tipo de intervenciones se salieron del control del investigador.
- Las víctimas de acoso y violencia escolar en esta investigación fueron en su mayoría del sexo femenino.
- El 90% de los niños del grupo control y experimental presentó síntomas de ansiedad, distimia, disminución de autoestima, autoimagen negativa y autodesprecio.
- La aplicación del tratamiento de una Terapia Breve de 12 sesiones con enfoque en las Relaciones Objetales no funcionó para arrojar resultados estadísticamente significativos.
- A pesar de que los resultados no fueron estadísticamente significativos se mostró una clara tendencia a la disminución en los puntajes del grupo experimental.
- El 80% de los pacientes reportó una mejoría cualitativa al final del tratamiento.
- El grupo experimental presentó una clara tendencia a la disminución en los síntomas de ansiedad, distimia, disminución de autoestima, autoimagen negativa y autodesprecio. A diferencia del grupo control que se comportó de manera irregular en los resultados, donde algunos presentaron mejoría, otros no presentaron cambios y otros aumentaron los síntomas.

- En tres de los cinco casos los padres no tenían conocimientos de que sus hijos eran víctimas de acoso y violencia escolar.
- Debido a que la investigación fue realizada con sujetos de un nivel socioeconómico medio alto, podemos concluir que el acoso y la violencia escolar no es exclusivo de un nivel socioeconómico bajo ni de niños que están rodeados de violencia en su ambiente social.
- Es necesaria la intervención terapéutica con los niños víctimas de acoso y violencia escolar, pero no es suficiente con atender solamente a la víctima. También lo es el atender al victimario y realizar intervenciones en la escuela.

#### **4.2 La Intervención Clínica:**

- En tres de los cinco casos la contratransferencia sentida estaba relacionada con sentimientos de debilidad y la necesidad de no hacerle daño al paciente.
- En la terapia es de importancia explorar los sentimientos de agresión del paciente y su capacidad para expresar de los mismos.
- Cuando hay agresiones en casa, de cualquier miembro de la familia, los niños tienen más riesgo de verse involucrados en conductas de acoso y violencia escolar, ya sea como víctimas o victimarios.
- Cuando hay agresiones en casa, específicamente de los padres, las consecuencias emocionales pueden ser más serias y los daños psicológicos son más profundos, ya que el Objeto primario internalizado es un agresor y luego es encontrado e identificado nuevamente en el mundo exterior, en los compañeros. En estos casos la víctima tiene agresores internos y externos, dejándola en una posición devaluada y con menor capacidad de movimiento y de cambio. Estos casos necesitan una terapia a largo plazo y una terapia familiar.

- En el 80% de los casos los padres no permitían una expresión sana de sentimientos de agresión. Entiéndase por agresión sana el poder defenderse de los ataques de sus hermanos o manifestar que están bravos con sus padres.
- El 80% de los padres no lograba contener (en términos de Bion) la rabia de sus hijos hacia ellos. La falta de contención de los padres, incapacita a los hijos para lidiar de una manera adecuada con la agresión de sus compañeros.
- El 60% de las figuras maternas eran castrantes con las figuras masculinas de la casa.
- A través de los pacientes se pudo percibir que los niños que son victimarios también están necesitados de una intervención terapéutica.
- La falta de intervención de la escuela ante ciertas conductas de acoso y violencia escolar, aumenta en los pacientes los sentimientos de desprotección y desesperanza.
- En las experiencias de victimización narradas por los pacientes se pudo percibir que los profesores también caen en conductas de acoso y violencia escolar hacia los estudiantes.
- Los victimarios en el caso del paciente varón realizaban más agresiones físicas y verbales. En los casos de las niñas las agresiones eran más de exclusión social, burlas, ataques envidiosos y devaluaciones.
- En el acoso y la violencia escolar, las víctimas y los victimarios tiene dinámicas sadomasoquistas, las cuales se deben trabajar en la terapia.
- En todos los pacientes se observaron sentimientos de devaluación y dificultad para poner límites a las agresiones.
- A través de la intervención terapéutica se pudo percibir en los pacientes un aumento en la fortaleza yoica, que los ayudó a empezar a poner límites de una manera adecuada a sus agresores.

## **5. RECOMENDACIONES**

### **5.1 La Investigación:**

- Aumentar el tamaño de la muestra y la potencia de la prueba. Debido a que hubo una tendencia a la disminución en los resultados del grupo experimental, al aumentar el tamaño de la muestra existe la posibilidad de que la hipótesis estadística sea aprobada.
- Aumentar el número de sesiones de la terapia breve a 25 sesiones. Esto ayudaría a profundizar más en el foco de la terapia, aumentando los resultados que ya se estaban reflejando en el estudio como una tendencia a la disminución.
- Prevenir una intervención de la escuela durante la investigación como medida para controlar las variables.
- Realizar una intervención complementaria, donde aparte de la Terapia Breve individual con énfasis en Relaciones Objetales, también se realice una intervención en la escuela. La misma puede ser mediante charlas de concientización y un trabajo en equipo, de los maestros y estudiantes, para detectar y prevenir las conductas de acoso y violencia escolar en la escuela.
- Realizar la investigación con una prueba estandarizada para la población panameña, ya que esta fue una limitación para el estudio realizado.

### **5.2 La Intervención Clínica:**

- Estar conscientes que hay pacientes que necesitan una intervención a largo plazo, ya que los daños psicológicos del acoso y la violencia escolar pueden llegar hasta niveles tan profundos como poner en riesgo la vida del paciente.
- Tener presente que un trastorno de ansiedad, depresión, problemas escolares, baja autoestima, ideaciones suicidas, entre otros, pueden ser consecuencias de acoso y violencia escolar.

- Tener claras las reacciones contratransferenciales que puedan llevar al terapeuta a aliarse con la victimización del paciente o a caer en conductas de acoso, al pensar que la víctima se merece lo que le hacen su compañeros.
- Ayudar al paciente a explorar sus Objetos persecutores internos, para poder poner límites a los que están afuera, en el victimario.
- Trabajar la fortaleza yoica de los pacientes, ya que la falta de la misma fue una característica consistente entre ellos.
- Concientizar al paciente de su valencia para recibir las proyecciones de los agresores.

### 5.3 Las Escuelas:

Me parece apropiado utilizar los modelos de atención sugeridos por la Organización Mundial de la Salud para categorizar mis recomendaciones.

#### Atención Primaria (Prevención)

- Estar conscientes de que este es un problema existente en todas las escuelas.
- Realizar un programa de concientización sobre el tema para los estudiantes y maestros. Como el "*Olweus Bullying Prevention Program*".
- Tener políticas de acción y consecuencias para los estudiantes que sean victimarios.

#### Atención Secundaria (Identificación)

- Buscar detectar a las víctimas y saber cómo brindarles protección.
- Poder detectar a los victimarios y brindarles la ayuda necesaria, ya que ellos también tienen un problema.
- Mantener vías de comunicación abiertas con los estudiantes para que se puedan acercar a pedir ayuda.

#### Atención Terciaria (Tratamiento)

- Políticas de la escuela para referir, a través de formularios de identificación, tanto a la víctima como al victimario.
- Lista de profesionales que trabajarán con la escuela para las referencias, etc.
- Duración y metas del tratamiento, sea grupal o individual.

#### 5.4 Los Padres de Familia:

- Mantener una buena comunicación con sus hijos, ya que muchos padres no saben que su niño está siendo víctima de acoso y violencia escolar hasta que ya está bastante avanzado y le ha causado daños serios.
- Permitir en casa una expresión sana de la rabia dentro de los límites del respeto. Muchos padres no permiten que sus hijos se puedan poner bravos con ellos y reaccionan minimizando el sentimiento o respondiendo con agresión. Esto a la larga lleva a que los hijos no sepan lidiar con sus propios sentimientos de rabia y los de los demás. Por esto es tan importante que los padres puedan contener estos sentimientos de agresión.
- Brindar la ayuda y la protección adecuada a sus hijos si están siendo víctimas de acoso y violencia escolar, por medio de una intervención en la escuela, buscando ayuda psicológica, cooperando como familia para saber cómo están aportando al problema.

#### 5.5 Otras Investigaciones en el Tema:

- Estandarizar una prueba de acoso y violencia escolar para contar con baremos panameños.
- Estudiar la prevalencia del acoso y la violencia escolar en Panamá.

- Realizar estudios de intervención tanto de la víctima como del victimario y de la efectividad de los programas de intervención en las escuelas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, A. (1984). Teoría y Técnica del Psicoanálisis de Niños. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- American Psychological Association, (2006). APA Dictionary of Psychology. Washington: American Psychological Association.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2003) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR). México: Ed. Manual Moderno.
- Breuer, J. y Freud, S. (1895). Studies on hysteria. UK: Penguin Books.
- Budman, S. y Gurman, A., (1988). Theory and Practice of Brief Therapy. New York: Guilford.
- Caprez, E. (2005). Real Life Issues: Bullying. Gran Bretaña: Trotman and Company, Ltd.
- Carlson, J. y Sperry, L. (2000). Brief Therapy with Individuals and Couples. Arizona: Zeig, Tucker and Theisen, Inc. Publishers.
- Carpenter, D. y Ferguson, C. (2009). The Everything Parent's Guide to Dealing with Bullies. Estados Unidos: F + W Media, Inc.
- Fernández, I. (2001). Prevención de la violencia y resolución de conflictos. Madrid: Narcea.
- Freud, A. (1936). The Ego and the Mechanisms of Defense. New York: International Universities Press.
- García, S. y Ramos, L. (2000). Medios de comunicación y violencia. México D.F.: Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Glenn, J. (1992). Child Analysis and Therapy. New Jersey: Jason Aronson.
- Guerra de Alcántara, M. (2009) . Prevenir el Bullying desde la familia. México: Minos III Milenio Editores.

- Hernandez, R., Fernández, C y Baptista, P (1991). Metodología de la Investigación. México: Editorial M<sup>c</sup>Graw Hill.
- Hersen, M. y Thomas, J. (2007) Handbook of Clinical Interviewing with Children. United States of America: Sage Publications, Inc.
- Hinshelwood, R. (1991) A Dictionary of Kleinian Thought, Free Association Books London: Free Association Books
- Jaycox, L. (2006) How Schools can help students recover from traumatic experiences: A tool kit for supporting long– term recovery. California: RAND Corporation.
- Klein, M. (1934). Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos. En: Contribución al psicoanálisis. Vol.II. Obras completas de Melanie Klein. Buenos Aires: Paidós.
- Mann, J. (1973). Time – limited psychotherapy. Cambridge: Harvard University Press.
- Miller, L. (2008) Counseling crime victims: practical strategies for mental health professionals. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Olwens, D. (1998) Conductas de acoso y amenaza entre escolares. Madrid: Ediciones Morata.
- Olweus, D. (2002). Bullying at School: what we know and what we can do. Oxford, UK: Blackwell Publishers, Ltd.
- Piñuel, I. y Oñate, A. (2006). AVE Acoso y Violencia Escolar. Madrid: TEA Ediciones, S. A.
- Scaer, R. (2007) The Body bears the Burden: Trauma, Dissociation and Disease. Londres: Routledge.
- Scharff, D. y Scharff, J. (2005). The Primer of Object Relations Therapy. New Jersey: Jason Aronson Books.

- Sifneos, P. (1972). *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge: Harvard University Press.
- Stadter, M. (1996). *Object Relations Brief Therapy. The Therapeutic Relationship in Short-Term Work*. New Jersey: Jason Aronson Books.
- Stewart, H. (1996). *Michael Balint: object relations pure and applied*. London: Routledge.
- Tanner, J.M. (1962). *Growth at Adolescence*. Oxford: Blackwell.
- Tasman, A., Kay, J., Liberman, J., First, M. y Maj, M. (2011) *Psychiatry*. New Jersey: Wiley.
- Young, S. (2009). *Solution – focused Schools: Anti – Bullying and Beyond*. London: BT Press.

## **JOURNALS**

- Bitter, J. y Nicoll, W. (2004). Relational strategies: two approaches to Adlerian Brief Therapy. *Journal of Individual Psychology*, 60(1), 42-66.
- Blos, P. (1965). The initial stage of male adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child* 20: 145 –164.
- Geleerd, E. (1957). Some aspects of psychoanalytic technique in adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child*. 12:236 – 283.
- Manaster, G. (1989). Clinical issues in Brief Psychotherapy: a summary and conclusion. *Individual Psychology: The Journal of Adlerian Theory, Research & Practice*, 45(1/2), 243-248
- Waddell, M. (2002). The Psychodynamics of Bullying. *Free Associations*, 9: 189– 210.

## **FUENTES ELECTRÓNICAS**

Departamento de Estadística de la dirección Nacional de Planeamiento Educativo del Ministerio de Educación de la República de Panamá (2009). Extraído el 25 de agosto de 2011 de la World Wide Web:

[www.contraloria.gob.pa/inec/aplicaciones/EDUCACION/2009.htm](http://www.contraloria.gob.pa/inec/aplicaciones/EDUCACION/2009.htm)

Olweus, D. (2010). Olweus Bullying Prevention Program. **Hazelden Foundation**.

Extraído el 19 de agosto de 2011 de la World Wide Web: <http://www.olweus.org>

Piñuel, I. y Oñate, A (2007). Informe Cisneros X “Acoso y Violencia Escolar en España”.

Instituto de Innovación Educativa y Desarrollo Directivo. Extraído el 12 de octubre de

2011 de la World Wide Web: <http://www.fapacne.com/publicaciones/acoso-escolar/acoso-escolar.pdf>

Organización de la Naciones Unidas, (1989). Convención sobre los Derechos del Niño.

Artículo 19 Extraído el 24 de septiembre 2011 de la World Wide Web:

<http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>

Van Der Kolk, B., Pynos, R. (2009). Proposal to Include a Developmental Trauma

Disorder Diagnosis for Children and Adolescents in DSM-V. Extraído el 30 de agosto de 2011 de la World Wide Web:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856709630689>

## **TESIS**

Cawson, P., Wattam, C., Brooker, S. and Kelly, G. (2000) Child maltreatment in the United Kingdom: a study of the prevalence of child abuse and neglect. London: NSPCC.

Paredes, M., Álvarez, C., Lega, L. y Vernon, A. (2006) Estudio exploratorio sobre el fenómeno del “Bullying” en la ciudad de Cali, Colombia.

## **ANEXOS**

## ANEXO N° 1

Panamá, 13 de septiembre de 2010

ESCUELA  
DIRECTOR  
Ciudad de Panamá

Estimado DIRECTOR:

Reciba un cordial saludo. Me dirijo a ustedes como colegio ya que a raíz de mi experiencia en la clínica psicológica me surge la preocupación de abordar el tema de Violencia y Acoso Escolar, mejor conocido como Bullying. Para mi tesis de maestría en Psicología Clínica quiero desarrollar una investigación que consiste en lo siguiente:

- La aplicación de la prueba AVE Acoso y Violencia escolar de la editorial TEA, para la evaluación de la violencia y el acoso psicológico y físico recibido en el entorno escolar y de sus daños asociados. La aplicación de la prueba tiene una duración de 25 a 30 minutos a estudiantes entre 11 y 13 años de edad.
- Una vez diagnosticados se dividirán al azar en un grupo experimental (el que recibe tratamiento) y un grupo control (que no recibe el tratamiento). El grupo experimental recibirá una terapia breve gratuita de 12 sesiones. Por motivos éticos los estudiantes en el grupo control también tendrán la misma oportunidad de recibir la terapia breve una vez finalizada la investigación.
- Luego de aplicar el tratamiento se aplicará nuevamente la prueba AVE a los estudiantes de ambos grupos. Se hará un análisis de los datos y se ofrecerá un informe de los resultados a la escuela. Tanto el manejo de los resultados como la información de los estudiantes será realizado en forma individual y estrictamente confidencial.

Sabiendo el cuidado y el interés de esta institución por el bienestar de sus estudiantes y los beneficios que se podrían obtener de dicha investigación, quisiera solicitarles autorización para la aplicación de la prueba en los salones que correspondan a estas edades.

Quedo a la espera de su respuesta y agradeciendo de antemano su atención,

Mgtr. Marien Chamorro de Varela  
Psicóloga

Royal Center, Grupo Integra Piso 11. Tel. 260 – 2060, Cel. 6618 – 3979. Email:  
[marien@varela.cc](mailto:marien@varela.cc)

## ANEXO N° 2

Jueves 18 de noviembre de 2010

Estimados padres de familia

Actualmente todos los colegios se encuentran con la nueva problemática del “bullying”, definido como “un continuado y deliberado maltrato verbal y modal que recibe un niño por parte de otro u otros, que se comportan con él cruelmente y atentan contra su dignidad”. El “bullying” incluye el hostigamiento, la intimidación, amenazas, coacciones, exclusión o manipulación social y agresiones. Esta situación no distingue razas, ni estratos sociales, ya que es parte de las posibles conductas negativas entre niños de estas edades.

Nosotros en ESCUELA, preocupados por estar a la vanguardia en tratar los problemas de actualidad, elegimos trabajar en conjunto con la Psicóloga Marien Chamorro de Varela, quien se encuentra realizando una investigación sobre el tema. Como parte de este proyecto realizamos un sondeo en los sextos y séptimos grados, para detectar a los niños que están siendo afectados por “bullying”. Esperábamos encontrar aproximadamente un 24% de niños afectados, pero afortunadamente la estadística en nuestra escuela es de 14%. Es importante aclarar que muchas de las conductas a las que se enfrentan los niños, no son los típicos golpes o insultos, sino conductas más pasivas pero que también afectan. Las que sería imposible detectar sin realizar este tipo de sondeos.

Para ofrecer una solución a los niños que están siendo afectados, la Mgtr. Chamorro le ofrece una intervención de 12 sesiones, donde les dará herramientas para fortalecer su autoestima y aprender a manejar la situación de una manera adecuada. Ya que muchas veces este problema está relacionado con la perspectiva del niño que se ve afectado. Estas 12 sesiones serán gratuitas, por ser parte de su proyecto de investigación, lo cual es una oportunidad única para nosotros como colegio y el bienestar de nuestros estudiantes que es nuestra prioridad.

El día viernes 19 de noviembre la Mgtr. Chamorro estará contactando a los padres de los niños que salieron positivos para ofrecerles el tratamiento. La información de los niños es manejada de manera confidencial, al igual que todo lo que se trabaje será exclusivamente entre la familia y la psicóloga Chamorro.

Con el deseo de darles el mejor servicio y poder hacer frente de manera adecuada a los problemas que afectan a nuestros niños en la actualidad. Quedo de usted,

Atentamente,

### ANEXO N° 3

#### Consentimiento Informado

Mediante la presente nota, autorizo la participación de mi hijo/a \_\_\_\_\_ en el estudio que será realizado por la psicóloga Marien Chamorro CIP 1680.

Es de mi conocimiento que este estudio busca medir la efectividad de la intervención terapéutica, en la que se darán al paciente herramientas para lidiar con las conductas de "bullying" a las que se ve expuesto/a en su ambiente escolar.

La intervención terapéutica consta de 12 sesiones gratuitas, con derecho a abandonar el tratamiento sin penalización alguna.

La identidad de los participantes y sus familias será mantenida confidencialmente, sin embargo, la información cuantitativa y los resultados serán utilizados para el informe de la investigación.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o acudiente

## ANEXO N° 4

### Caso N° 1

**Nombre Ficticio:** Miguel  
**Edad:** 11 años  
**Escolaridad:** VI grado

Para proteger al paciente, su historia clínica reposa de manera confidencial en los archivos del investigador. Esta medida fue utilizada ya que la muestra de esta investigación es pequeña y tanto el colegio como los estudiantes tenían conocimiento sobre la investigación.

### Estado Mental:

- **Apariencia:** aseado y vestido nítidamente. Es delgado y de estatura normal.
- **Actitud y comportamiento:** se muestra un poco inhibido y ansioso. Es cooperador.
- **Estado emocional:** Al hablar de las situaciones de la escuela se pone bravo, triste y se le humedecen los ojos, pero el resto del tiempo permanece emocionalmente tranquilo.
- **Relaciones sociales:** hace contacto visual conmigo y responde si se le pregunta, pero le cuesta hablar espontáneamente.
- **Comportamiento motor:** es un poco inquieto.
- **Comunicación y lenguaje:** lenguaje y comunicación adecuados para su edad.
- **Cognición:** buen nivel cognitivo.

### Diagnóstico Multiaxial:

- **Eje I:** Z03.2 Ningún diagnóstico [V71.09]
- **Eje II:** Z03.2 Ningún diagnóstico [V71.09]
- **Eje III:** Ninguno.
- **Eje IV:** conflictos con los compañeros de clase (víctima de AVE), conflictos con los hermanos.
- **Eje V:** EEAG 65

### Resultados del pre-test y el post-test del sujeto N° 1

<b>Variable</b>	<b>Pre – test</b>	<b>Post– test</b>
<b>Índice Global de Acoso</b>	<b>62</b>	<b>9</b>
<b>Intensidad del Acoso</b>	<b>21</b>	<b>1</b>
<b>Ansiedad</b>	<b>8</b>	<b>7</b>
<b>Distimia</b>	<b>8</b>	<b>0</b>
<b>Disminución de Autoestima</b>	<b>6</b>	<b>0</b>
<b>Autoimagen Negativa</b>	<b>5</b>	<b>0</b>
<b>Autodesprecio</b>	<b>7</b>	<b>0</b>

Fuente: María E. Chamorro, 2011

## ANEXO N° 5

### Caso N° 2

**Nombre Ficticio:** Laura  
**Edad:** 13 años  
**Escolaridad:** VII grado

Para proteger al paciente, su historia clínica reposa de manera confidencial en los archivos del investigador. Esta medida fue utilizada ya que la muestra de esta investigación es pequeña y tanto el colegio como los estudiantes tenían conocimiento sobre la investigación.

### **Entrevista individual con el niño para conocer el Estado Mental:**

- **Apariencia:** está bien vestida y arreglada. Su desarrollo sexual es evidente. Es de contextura gruesa.
- **Actitud y comportamiento:** se muestra cooperadora pero tensa. Se sienta toda la sesión en el borde del sillón, sin poder relajarse.
- **Estado emocional:** le cuesta conectarse con lo que siente y en su estado de ánimo parece estar muy seria. Cuando habla de situaciones en la escuela se disgusta.
- **Relaciones sociales:** hace contacto visual conmigo, pero se muestra tímida.
- **Comportamiento motor:** es pausada y tranquila.
- **Comunicación y lenguaje:** comunicación y lenguaje adecuados para su edad.
- **Cognición:** buen nivel cognitivo.

### **Diagnóstico Multiaxial:**

- **Eje I:** Z03.2 Ningún diagnóstico [V71.09]
- **Eje II:** Z03.2 Ningún diagnóstico [V71.09]
- **Eje III:** Ninguno.
- **Eje IV:** conflictos con los compañeros de clase (víctima de AVE).
- **Eje V:** EEAG 70

### Resultados del pre-test y el post-test del sujeto N° 2

<b>Variable</b>	<b>Pre – test</b>	<b>Post – test</b>
<b>Índice Global de Acoso</b>	<b>32</b>	<b>36*</b>
<b>Intensidad del Acoso</b>	<b>2</b>	<b>8*</b>
<b>Ansiedad</b>	<b>6</b>	<b>6</b>
<b>Distimia</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>Disminución de Autoestima</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Autoimagen Negativa</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Autodesprecio</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

Fuente: María E. Chamorro, 2011

## ANEXO N° 6

### Caso N° 3

**Nombre Ficticio:** Elena  
**Edad:** 12 años  
**Escolaridad:** VII grado

Para proteger al paciente, su historia clínica reposa de manera confidencial en los archivos del investigador. Esta medida fue utilizada ya que la muestra de esta investigación es pequeña y tanto el colegio como los estudiantes tenían conocimiento sobre la investigación.

#### Estado Mental:

- **Apariencia:** es pequeña y delgada. Viene arreglada y bien vestida.
- **Actitud y comportamiento:** tiene una actitud alegre y complaciente. Le da un poco de pena conmigo.
- **Estado emocional:** tiene mucha capacidad para expresar sus sentimientos. Parece una niña alegre.
- **Relaciones sociales:** establece contacto visual y tiene mucha disposición para trabajar conmigo.
- **Comportamiento motor:** dentro de la normalidad.
- **Comunicación y lenguaje:** buena capacidad de expresión y comprensión.
- **Cognición:** buen nivel cognitivo.

#### Diagnóstico Multiaxial:

- **Eje I:** Z03.2 Ningún diagnóstico [V71.09]
- **Eje II:** Z03.2 Ningún diagnóstico [V71.09]
- **Eje III:** Ninguno.
- **Eje IV:** conflictos con los compañeros de clase (víctima de AVE), peleas entre los padres, disciplina inadecuada.
- **Eje V:** EEAG 79

### Resultados del pre-test y el post-test del sujeto N° 3

Variable	Pre – test	Post – test
Índice Global de Acoso	17	11
Intensidad del Acoso	2	0
Ansiedad	0	1*
Distimia	0	0
Disminución de Autoestima	0	0
Autoimagen Negativa	0	0
Autodesprecio	0	0

Fuente: María E. Chamorro, 2011

## ANEXO N° 7

### Caso N° 4

**Nombre Ficticio:** Irene  
**Edad:** 12 años  
**Escolaridad:** VII grado

Para proteger al paciente, su historia clínica reposa de manera confidencial en los archivos del investigador. Esta medida fue utilizada ya que la muestra de esta investigación es pequeña y tanto el colegio como los estudiantes tenían conocimiento sobre la investigación.

### **Entrevista individual con el niño para conocer el Estado Mental:**

- **Apariencia:** es alta, muy delgada y está jorobada. Su vestimenta parece para una niña de menor estatura, ya que los pantalones le quedan cortos.
- **Actitud y comportamiento:** se muestra retraída, inhibida y ansiosa. Hay ausencia de espontaneidad.
- **Estado emocional:** le cuesta expresar lo que siente. Al contar sobre las situaciones de la escuela llora mucho, parece estar deprimida.
- **Relaciones sociales:** interacción limitada y hace muy poco contacto visual.
- **Comportamiento motor:** dentro de la normalidad.
- **Comunicación y lenguaje:** su lenguaje es adecuado para su edad, pero habla poco y en un tono muy bajo. Le cuesta iniciar conversación.
- **Cognición:** buen nivel cognitivo.

### **Diagnóstico Multiaxial:**

- **Eje I:** F34.1 Trastorno distímico. Inicio temprano [300.4]
- **Eje II:** Z03.2 Ningún diagnóstico [V71.09]
- **Eje III:** Ninguno.
- **Eje IV:** conflictos con los compañeros de clase (víctima de AVE), disciplina inadecuada, sobreprotección de los padres.

**Eje V: EEAG 52**

**Resultados del pre-test y el post-test del sujeto N° 4**

<b>Variable</b>	<b>Pre – test</b>	<b>Post – test</b>
<b>Índice Global de Acoso</b>	<b>53</b>	<b>28</b>
<b>Intensidad del Acoso</b>	<b>18</b>	<b>6</b>
<b>Ansiedad</b>	<b>7</b>	<b>4</b>
<b>Distimia</b>	<b>8</b>	<b>7</b>
<b>Disminución de Autoestima</b>	<b>4</b>	<b>5*</b>
<b>Autoimagen Negativa</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
<b>Autodesprecio</b>	<b>7</b>	<b>6</b>

Fuente: María E. Chamorro, 2011

## ANEXO N° 8

### Caso N° 5

**Nombre Ficticio:** Karla  
**Edad:** 13 años  
**Escolaridad:** VII grado

Para proteger al paciente, su historia clínica reposa de manera confidencial en los archivos del investigador. Esta medida fue utilizada ya que la muestra de esta investigación es pequeña y tanto el colegio como los estudiantes tenían conocimiento sobre la investigación.

#### **Entrevista individual con el niño para conocer el Estado Mental:**

- **Apariencia:** es delgada, de estatura normal y esta vestida adecuadamente para su edad.
- **Actitud y comportamiento:** tiene mucha disposición y apertura. Se ve un poco ansiosa.
- **Estado emocional:** es muy expresiva en cuanto a sus sentimientos y se muestra muy afectada cuando habla de los problemas de los demás.
- **Relaciones sociales:** hace contacto visual, es extrovertida y sociable.
- **Comportamiento motor:** normal.
- **Comunicación y lenguaje:** muy expresiva. Lenguaje adecuado para su edad.
- **Cognición:** buen nivel cognitivo.

#### **Diagnóstico Multiaxial:**

- **Eje I:** Z03.2 Ningún diagnóstico [V71.09]
- **Eje II:** Z03.2 Ningún diagnóstico [V71.09]
- **Eje III:** Ninguno.
- **Eje IV:** conflictos con los compañeros de clase (víctima de AVE), conflictos con el hermano.
- **Eje V:** EFAG 69

### Resultados del pre-test y el post-test del sujeto N° 5

Variable	Pre – test	Post – test
Índice Global de Acoso	40	17
Intensidad del Acoso	10	1
Ansiedad	7	4
Distimia	9	5
Disminución de Autoestima	4	3
Autoimagen Negativa	5	2
Autodesprecio	8	4

Fuente: María E. Chamorro, 2011

