



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA**



**EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
PSICÓLOGA CLÍNICA**

**PROBLEMA:
ACOSO ESCOLAR Y SU AFECTACIÓN EN LAS RELACIONES SOCIALES DE
UN JOVEN DE 14 AÑOS DEL CANTÓN BABA**

**AUTOR:
MACIAS PINELA AMADA ANTONELA**

**TUTOR:
BRAVO FAITONG FELIX AGUSTIN**

BABAHOYO – 2023



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA



AGRADECIMIENTO

Hace 290 semanas inicié en la universidad incursionando en una carrera para la cual me sentía temerosa puesto que había dejado de creer en mí misma, sin embargo conté en todo momento con el apoyo de mis padres María Pinela y Amado Macias quienes me exigían cada día que debía mejorar y no detenerme hasta llegar a la meta; mi esposo Ignacio Muñoz quien no me detuvo en ningún paso que daba y me impulsaba a continuar te amo mi amor; mi hija Valentina Muñoz Macias quien tuvo que sacrificar parte de sus recuerdos de la infancia puesto que los pasaba en clases, le toco ver muchas veces a su madre pasar estresada, desvelarse mientras terminaba las tareas. Durante mi formación luego de convertirme en madre recibí un llamado de atención el cual cambio mi vida me prometí a mí misma jamás dejar que me vieran como una estudiante con menor capacidad por ser madre y me asegure de dar mi máximo en ambos roles que yo misma elegí desempeñar, aunque era la madre que llegaba corriendo a la escuela con su hija porque se le hacía tarde y la estudiante que llegaba muchas veces atrasadas a la Universidad busque cumplir con las tareas de mi hija y rendir en mis clases; a mi suegra Laura Cedeño quien me ayudó mucho durante la pandemia para que pueda estudiar y logré concentrarme cuando la vida de todos cambio e incluso la salud mental de muchos se deterioraba logre seguir adelante; mi hermana Ginger Macias; también quiero agradecer a mi mejor amigo Luis Zamora quien fue la primer persona que estuvo asesorándome para continuar mis estudios incluso quien me ayudó a elegir la carrera haciéndome reconocer las habilidades que yo no creía tener; mis tíos Adolfo Murillo y Luisa Fajardo quienes me apoyaron en mis estudios cuando encontré un obstáculo que me desmotivaba a continuar; mis mejores amigos de la carrera Carlos Recalde, Genesis Indio, Odalis Guevara y César Monar quienes caminaron a mi lado durante la carrera y se convirtieron en una parte más de mi familia.

Amada Antonela Macias Pinela



RESUMEN

El bullying es un tema que se ha venido presentado desde tiempo atrás logrando pasar desapercibido porque la sociedad lo consideraba como algo normal de darse en las instituciones educativas para crear lazos de amistad y formar el carácter, sin embargo, esto conlleva a vivir con problemas en la salud mental que fueron causados y se los trato a tiempo.

Es por esta razón que el presente estudio de caso está orientado a tratar el acoso escolar y su incidencia en las relaciones sociales de un joven de 14 años. El cual me permitió llegar a un diagnóstico, mediante el uso de diferentes técnicas como lo es la observación clínica, entrevista semiestructurada y utilizar herramientas como la guía de observación y la historia clínica, entre otras. En conclusión, se logra analizar la incidencia del acoso en la relación social del paciente, permitiendo dar un diagnóstico presuntivo en base a los criterios del DSM-5 y el CIE-10; trastorno de ansiedad social (fobia social) 300.23, para lo cual se recomienda un plan terapéutico con enfoque cognitivo conductual dentro del cual se utilizaron diferentes tipos de técnicas para reducir las sintomatologías y modificar los pensamientos.

Palabras Claves: Acoso escolar, Relaciones sociales, Ansiedad social.



ABSTRACT

Bullying is a topic that has been presented for some time, managing to go unnoticed because society considered it as something normal to occur in educational institutions to create bonds of friendship and build character, however, this leads to living with problems in mental health that were caused and treated on time.

It is for this reason that this case study is aimed at dealing with bullying and its incidence in the social relations of a 14-year-old boy. Which allowed me to reach a diagnosis, through the use of different techniques such as clinical observation, semi-structured interview and use tools such as the observation guide and clinical history, among others. In conclusion, it was possible to analyze the incidence of bullying in the patient's social relationship, allowing a presumptive diagnosis based on the DSM-5 and ICD-10 criteria; social anxiety disorder (social phobia) 300.23, for which a therapeutic plan with a cognitive behavioral approach is recommended, within which different types of techniques were used to reduce symptoms and modify thoughts.

Keywords: Bullying, Social relations, Social anxiety.



ÍNDICE GENERAL

DOCUMENTO PROBATORIO.....	¡Error! Marcador no definido.
RESUMEN.....	ii
ABSTRACT.....	iv
INTRODUCCIÓN.....	2
DESARROLLO.....	2
JUSTIFICACION.....	2
OBJETIVO.....	2
SUSTENTOS TEORICO.....	3
TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	11
RESULTADOS OBTENIDOS.....	13
SITUACIONES DETECTADAS.....	15
SOLUCIONES PLANTEADAS.....	17
CONCLUSIÓN.....	19
BIBLIOGRAFÍA.....	v



TABLAS DE CONTENIDO

Tabla 1 Cuadro psicopatológico: acoso escolar y su incidencia en las relaciones sociales
-----15

*Tabla 2 Plan terapéutico del tema: Acoso escolar y su incidencia en las relaciones
sociales de un joven de 14 años*-----17

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso está orientado a comprobar como el acoso escolar incide en las relaciones sociales de un joven de 14 años del cantón Baba; el estudio se apega a la línea de investigación referente a la prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento psicoterapéutico en el ámbito clínico; y a su vez se apoya con la sub-línea de psicoterapias individuales y/o grupales para favorecer la salud mental del paciente.

El acoso escolar es un tema de mucho interés de estudio debido a que las repercusiones afectan de manera significativa el desarrollo psicosocial de quienes lo sufren, esto se ve reflejado en la dificultad que presenta el paciente en sus relaciones sociales y en su estado afectivo. En el estudio de caso se va a definir como la interacción social de una persona que ha sido víctima de acoso escolar se ha visto afectada.

El trabajo se lleva a cabo a través de un proceso psicoterapéutico ambientado hacia el tratamiento de las dificultades que el paciente presenta en las relaciones sociales, esta problemática será abordada desde las terapias cognitivo conductuales, las cuales han demostrado tener una gran eficacia para modificar problemas relacionados con los pensamientos automáticos, sentimientos y el comportamiento negativo.

La investigación ejecutada para el estudio de caso se apoyó en los aportes bibliográficos de diferentes autores en la cual se basó el sustento teórico y a su vez se apoyó en instrumentos como: la entrevista clínica, la historia clínica, las pruebas psicológicas, estas herramientas permitieron recabar la información necesaria referente al paciente para la estructuración de un plan psicoterapéutico.

Es de suma importancia destacar que el presente estudio consta de la siguiente estructura: Introducción; Desarrollo, donde se desglosaran temas como la Justificación Sustentos teóricos , Las técnicas aplicadas para la recolección de la información del estudio de caso, Resultados obtenidos, Conclusiones, donde se incluye las recomendaciones; Bibliografía, en este apartado se podrá evidenciar las fuentes que se utilizaron en el sustento teórico; y los anexos, donde se evidencia la seriedad del trabajo y la prueba que el trabajo se realizó con el paciente.

DESARROLLO

JUSTIFICACION

El presente estudio de caso con temática “Acoso escolar y su afectación en las relaciones sociales de un joven de 14 años del cantón Baba”, es generador de interés debido a que es un asunto muy común a producirse dentro de la comunidad escolar, que no distingue clases sociales, edades o razas y que además afecta significativamente la salud psíquica de quienes se encuentran expuestos a un ambiente de acoso, entre sus síntomas principales se encuentran problemas como dificultad para concentrarse y el aislamiento social sin embargo las consecuencias mayor es que a pesar que se genera en la adolescencia deja las secuelas que marcan la vida hasta inclusive el desarrollo del adulto.

El acoso escolar es una forma de violencia donde no hay igualdad debido a que implica un desequilibrio de poder, ya sea por razones físicas, emocionales, intelectuales o de habilidades sociales, se entiende que se presenta como la acción de molestar, ofender e inclusive agredir a una persona. La falta de aceptación es la primera causa de exclusión social y de aislamiento del niño debido a que se siente intimidado, quienes son víctimas de acoso escolar en la mayoría de los casos buscan la forma de la deserción escolar o presentan temor al momento de interactuar en la Institución.

Este estudio tiene gran trascendencia para las posteriores investigaciones que estén relacionadas con esta temática se sugiere que la información presentada pueda ser utilizada en un futuro tratamiento, mientras que el beneficiario directo es el paciente debido a que obtendrá un completo proceso psicoterapéutico que abarca desde la intervención psicológica, el psicodiagnóstico y el tratamiento de esta manera se favorecerá al desarrollo interpersonal del adolescente y también se busca la concientización en el centro educativo para la creación de un ambiente de compañerismo y respeto.

Se consideró la factibilidad y viabilidad del presente estudio debido a que se contó con la participación activa del paciente y que permitió la aplicación de técnicas psicoterapéuticas y dio paso a la obtención de los resultados obtenidos, por cuanto en todo momento se contó con los requisitos solicitados y argumentos establecidos para su desarrollo.

OBJETIVO

Determinar la incidencia del acoso escolar en las relaciones sociales de un joven de 14 años del cantón Baba.

SUSTENTOS TEORICO

Acoso Escolar

El psicólogo Dan Olweus (1978) como se citó en (Cañas-Pardo, 2018), expuso por primera vez la terminología que hoy en día hemos escuchado de manera reiterada, el bullying o acoso escolar, a lo que él definió como un proceso de intimidación que realiza un niño hacia otro que no tiene posibilidad de defenderse. Este proceso involucra una conducta de acoso que se puede presentar de forma física o psicológica en contra del estudiante que se elige como víctima de ataques secuenciales.

La escuela aparte de ser vista como un lugar donde se esparce el conocimiento para el alumnado, es también considerado el segundo hogar al que asiste un sujeto alrededor de seis horas como mínimo donde se relacionara con grupos en edades casi similares, es un lugar que recrea un ambiente de comunidad y que además está adecuado para impulsar la creación de vínculos y relaciones sociales, con grupos que no comparten relación consanguínea y a su vez se podrá dar paso al desarrollo de habilidades tales como las de buena convivencia, solidaridad, comunicación, trabajo en equipos, aceptación de diferencias y aptitudes para la resolución pacífica de conflictos.

La United Nations Educational (UNESCO, 2019), menciona en su artículo titulado Behind the numbers: Ending school violence and bullying que “casi uno de cada tres estudiantes (32%) ha sido intimidado por sus compañeros en la escuela al menos una vez en el último mes y una proporción similar se ha visto afectada por la violencia física” (Parr. 3), lo que ha llevado a creación de la campaña “Safe to Learn” movidos con el objetivo de crear un ambiente que proporcione seguridad para los estudiantes en centros educativos y no teman ser ellos mismos.

Como parte del acoso escolar se puede presentar dos tipos de víctimas como son: la víctima y la víctima acosadora, la primera es entendida como la “víctima típica” a quien es burlada y agredida en las instituciones educativas por un sujeto o grupos de personas de forma recurrente, este tipo de víctimas tendría una tendencia a generar altos niveles de ansiedad por lo que a la hora de relacionarse reaccionarían con miedo, llanto y conductas evasivas para evitar situaciones que ellos perciban como amenazadoras para su seguridad y en un segundo tipo de víctima se encuentra la “víctima acosadora” esta persona presentaría niveles elevados en ansiedad acompañados con depresión y baja autoestima debido a que estaría siendo maltratada en una gran medida por su victimario y su mecanismo para sobrellevar su situación lo haría proyectarse desahogándose con otro sujeto por la frustración que tiene e incluso suelen identificarse con su victimario, este tipo de personas muestran una

personalidad diferente a la mencionada anteriormente debido a que ellos presentan aptitudes impulsivas, irritables, dificultades para la autorregulación y una carencia en sus habilidades sociales.

Según los autores Collell y Escudé (2002) como se citó en (Cañas-Pardo, 2018), dividían por categorías las formas en las que se puede presentar el acoso, esto involucra la perturbación en forma física, verbal, social y psicológico.

Tipos De Acoso Escolar

El Acoso Escolar Físico

La característica principal o método de acción es mediante acciones que involucren el uso de la fuerza corporal valiéndose de; patadas, golpes, cachetadas, empujones, pellizcos, etc, buscando generar intimidación y reconocimiento de la superioridad que tiene el sujeto o también conocido como “buller” que perpetúa el apto mediante la generación de dolor, incomodidad o limitación de libertad. Para los autores Cano y Vargas (2018) mencionan que existen dos formas de que se puede llevar a cabo el apto de acoso, tales como: daños en la víctima; estos son ejecutados directamente hacia la persona con acciones como golpes, empujones, patadas causando heridas físicas o los daños en sus propiedades y su entorno esto es con el fin de privar a la víctima de objetos personales mediante subtracciones, desaparición o destrozo de objetos personales. En sus estudios demuestran que el acoso escolar físico se presenta con más frecuencia en el niño cuando se está atravesando la primaria en lugar de la secundaria; y suele presentarse más entre hombres que mujeres, otro hallazgo encontrado es que no se observan diferencias de frecuencia entre estratos socioeconómicos, con esto nos deja por entendido que la clase social no tiene distinción y que no se trata de falta de cultura.

El Acoso Escolar Verbal

Este tipo de acoso se da por medio de palabras que dirigidas con el objetivo de; ofender, humillar, denigrar, excluir, generar burla, mediante sobrenombres peyorativos, imitaciones en forma de burla con las expresiones verbales de la víctima, expresiones sexualmente dañosas y la insistencia frecuente de recordarle a la víctima sus errores cometidos en el pasado.

El Acoso Escolar Social

La finalidad de este tipo de acoso es ocasionar daño en las relaciones sociales del sujeto con terceros, valiéndose de estrategias para burlarse, denigrar, incitar a el rechazo, este se caracteriza porque pretender aislar o separar a la víctima del grupo, excluyéndola del

resto de alumnos y se presenta con; el rechazo social, la marginación hacia la víctima o la difusión de rumores con intenciones de dañar la integridad.

El Acoso Escolar Psicológico

Esta forma de acoso se manifiesta por diversas modalidades que involucran humillar a la víctima con el fin de hacerla sentir que se encuentra en una condición de inferioridad, destruyendo su autoestima y avivar la sensación de temor, soledad e inseguridad.

El acoso escolar es una problemática que se genera en las instituciones educativas y que cada vez se presenta con consecuencias mucho mayores en diferentes áreas del mundo, generando efectos negativos que alteren la sociedad que se ha creado en la institución educativa de manera que perjudican las relaciones sociales de los profesores y alumnos, desmoralizan y desmotivan laboralmente a los docentes y genera un clima escolar negativo (menor interés por aprender por parte de los alumnos), donde deja claro que ser víctima o victimario no es cuestión de cultura o clase social, esto es algo que pasa por desapercibido en algunos lugares debido al poco conocimiento de la afectación que esto va causando daños en el sujeto para su futuro debido a que es minimizado por ser considerado como “bromas y juegos que forjaran el carácter”

Las consecuencias a corto plazo que se presentaría en una persona que es víctima de acoso escolar de forma temprana, según los autores Oñate y Piñuel (2006) como se citó en De la Plaza y González, (2019) pueden ser síntomas de depresión, ansiedad, estrés, miedo, retraimiento social, soledad, aumento de la timidez (dificultades para entablar relaciones), obsesiones, conductas recurrentes, problemas con las habilidades sociales, bajo rendimiento académico, baja autoestima, tener una autoimagen negativa de sí mismos, mostrar sentimientos de ira y agresión, frustración, culpa, debilidad emocional, trastornos del sueño (pesadillas, terrores nocturnos), ausentismo estudiantil, somatización (dolor de estómago, dolor de cabeza), daño físico (como resultado del acoso físico), ideación suicida y riesgo de suicidio.

En la víctima de acoso ciertos síntomas se pueden reconocer al estar frente a un caso real de acoso los sujetos suelen comportarse con comportamientos como: conducta de evitación frente a situaciones que involucren de la participación activa con otros como las que incluyen ir al centro educativo e incluso recurrir al retraimiento, pensamientos o conductas ansiosas, declaraciones verbales negativas sobre sí mismo, problemas actuales para concentrarse y mantenerse enfocado en las tareas escolares, situaciones emocionales, sentimientos inesperados de soledad, desesperanza, problemas para dormir, pérdida de

interés en las actividades favoritas con falta de energía y dolor en el abdomen o la cabeza, en particular aparecen antes irse a la escuela.

Las consecuencias a largo plazo se harán notables a partir de la adolescencia o adultez de manera que marcaron la vida de la víctima estudios muestran que el acoso infantil se asocia con una peor salud mental en la edad adulta, las víctimas tienen mayor riesgo de ansiedad y estrés, depresión, riesgo de autolesiones, suicidio, mayor probabilidad de desarrollar un trastorno límite de la personalidad, trastornos psicóticos, somatización en la edad adulta (dolores de cabeza), y riesgo de fumar, etc. (Vanderbilt y Augustyn, 2010, como se cita en De la Plaza y González, (2019).

Factores De Riesgo

Intrapersonales

Este engloba todas aquellas características que permitan que la persona sea percibida como diferente a su grupo, aumentando la probabilidad convertirse en víctima del acoso, por tener diferencias como: obesidad, discapacidad física, limitaciones en su lenguaje, discapacidad intelectual, color de tez, orientación sexual, forma de vestir o comportarse.

Entorno Familiar.

Cerezo (2015) como se citó en De la Plaza y González, (2019), en su artículo “determinó que las víctimas típicas vendrían de un ambiente de sobreprotección y control familiar, existiendo una escasa independencia, lo cual dificultaría el hacer frente al acoso” (pág. 105), debido que al estar el niño en un hogar así donde se ejerce una relación de autoritarismo por parte de sus mayores generaría en el niño miedo por enfrentar a los demás al no compartir sus deseos, generando una baja autoestima en el sujeto.

Entorno Comunitario.

Una sociedad que ha evolucionado con ideas de intolerancia como el racismo, la homofobia, el sexismo, las reacciones pro-abuso, etc. es un caldo de cultivo para situaciones de bullying (Swearer, 2011; Cañas Pardo, 2017, como se citó en, De la Plaza y González, (2019). El autor indica que para un sujeto que se desarrolla dentro de una sociedad que tiene pensamientos rígidos e inflexibles, donde debe vestir y no comportarse en contra de lo que “la norma de la sociedad” establece, caso contrario será visto como un blanco para ser víctima de acoso.

Relaciones Sociales

Para Weber (2001), quien definía la interacción social como el acontecimiento y el comportamiento de varios individuos dentro de un contexto, cuyo significado se determina mutuamente por las relaciones con otros miembros de su entorno (Kalberg, 2013). Al

momento de establecer las relaciones pueden ser muy variadas como las relaciones de lucha, amorosas, amistad, laborales, trueque entre vendedor y comprador, las sexuales, etc.

Tipos de relaciones humanas según las autoras Tapia Castillo y López Portil, (2015)

Relaciones Primarias: Se presenta con un carácter más íntimo llegando a involucrar la mayor parte de la personalidad del sujeto, este tipo de relaciones requieren de más tiempo y tener más contacto con las personas, favoreciendo que los lazos sean más estrechos de afiliación.

Relaciones Secundarias: Son superficiales y no involucran amistades cercanas entre individuos, están moldeados por las funciones que desempeñan es decir son relaciones como la que crea entre un doctor y su paciente o de un vendedor y el cliente que adquiere el servicio, por lo tanto, aparecen con mayor frecuencia.

En el contexto social las personas que han sido victimizadas durante su época de preparación académica han presentado dificultades para establecer relaciones sociales como es creando o manteniendo relaciones ya sean de tipo amistosas, en busca de establecerse con una pareja para una relación amorosa, de esta manera el individuo ira presentando aptitudes de retraimiento, introversión, escasa capacidad comunicativa. Las acciones repetitivas de hostigamiento, maltratos y burlas a las que estaría expuesto un estudiante por parte de sus compañeros o docentes darían una mayor predisposición de vulnerabilidad para generar un trastorno de ansiedad social debido que este percibirá como amenaza todo aquello que se relacione con el contexto exterior y vuelva a revictimizarlo.

Los sujetos que han sido expuestos acoso escolar presentan en su personalidad ser tímidos, evitan saludar e interactuar con los demás sujetos de su alrededor, pero esto es debido a la ansiedad que le produce el estar con otros por lo que puede ser percibido por como una persona poco sociable o que es maleducado/a. La vida social es el eje principal de interacción de ser humano y al verse este afectado, las personas comienzan a sentir frustración por el miedo que mantienen de ser juzgados o criticados por los demás de su entorno.

Ansiedad Social

La American Psychological Association (Apa, 2013) como se citó en (Caballo y otros, 2018) define la ansiedad social como miedos intensos en una o más situaciones sociales en las que la persona es sometida a una evaluación adecuada por parte de los demás, es decir, desconfianza de ser visto y evaluado por los demás, en especial demostrar síntomas de ansiedad al realizar un trabajo en particular en presencia de otros, lo cual sería vergonzoso para él sujeto.

Se caracteriza por presentar un miedo o ansiedad intensa, que se manifiesta de forma persistente y que muestra ser desproporcionada ante una o más situaciones de carácter social como pueden ser tener una conversación con otros, miedo a ser observado comiendo o bebiendo e incluso hacer algo en frente de otras personas, como pueden ser en situaciones donde deba dar un discurso esto es debido a que el individuo tiene miedo de ser evaluado y se preocupara por su manera de comportarse para evitar ser evaluados negativamente por otros, en el DSM-5 se habla que este trastorno se presenta también en niños, pero que la ansiedad es excesiva y no solamente se puede presentar con adultos.

Ballesteros y Labrador, (2018) como se citó en (Caballo y otros, 2018) destacó que la fobia social suele aparecer en la adolescencia, con una prevalencia en España entre el 8 y el 12% entre los jóvenes, sin embargo las cifras no solo afectarían a los países latinoamericano, si no que también incluye de manera global en diferentes países, al momento de tratar con esta clases de pacientes se debe capacitar al profesional los sujetos con fobia social pueden rehuir el tratamiento debido a la idea de que hablar abiertamente sobre sí mismos puede provocar el temor a ser evaluados, los pacientes con ansiedad social pueden considerar que sus problemas no tienen solución, que su personalidad es tímida y no serán capaces de cambiar, los sujetos con fobia social pueden buscar tratamiento para cualquier otro de afectación que sientan como el problema central como es la depresión, el alcoholismo y el abuso de otras sustancias psicoactivas en lugar de hacerlo por un TAS.

Según Gonzales (2000) como se citó en (Cajachahua Huiza, 2019), mencionan que a los adolescentes les preocupa que sus síntomas de ansiedad, como sonrojarse, manos y dedos temblorosos, sudoración, etc. Sea un impedimento para poder encajar y relacionarse con los demás, sin embargo, cuando estos se encuentran en un ambiente que ellos perciben como un lugar donde se los está juzgando constantemente, les genera ansiedad que se manifiesta con síntomas físicos que son evidentes, a lo que se generaría más ansiedad por querer ocultar esos signos.

El modelo de Barlow (2001) Como se citó en (Cajachahua Huiza, 2019), según él autor propone las personas son vulnerables al juicio y al rechazo social. Una persona debe ser psicológica y biológicamente sensible a la perspectiva para que en un futuro se pueda dar paso al desarrollo del trastorno de ansiedad social, lo que no les sucede a todos a los individuos, aunque hayan sido participes de la misma experiencia.

Según Inglés, et all, (2005) como se citó en (Delgado y otros, 2018) mencionan que la evidencia empírica coincide en afirmar que la baja extraversión y el alto neuroticismo o inestabilidad emocional están asociados con la ansiedad social, entendiéndose que el

neuroticismo consiste en la tendencia a experimentar emociones negativas que incluye en el individuo a mayor susceptibilidad a presentar malestar psicológico y, a su vez presentar ideas irracionales, menos control de impulsos y estrategias de afrontamiento ante el estrés.

La terapia conductual

El desarrollo histórico de la terapia conductual es dividido en tres generaciones según el autor O' Donohue, (1998) como se citó en (Tapia C & López, 2015):

El primero de ellos basa su uso en el paradigma estímulo-respuesta y trata de dar cuenta de la resolución de problemas clínicamente relevantes con base en los principios generales del aprendizaje para la modificación de la conducta y en los hallazgos de la investigación de laboratorio.

La segunda se inicia como un intento de superación y se introdujeron conceptos mediacionales en las relaciones entre los estímulos - respuestas y el nivel de análisis del aprendizaje predominante.

La tercera etapa de esta generación se basa en las nuevas investigaciones del aprendizaje para entender y tratar los problemas clínicos como en el condicionamiento clásico.

Al inicio se realizaron experimentos con animales sin embargo de obtener resultados que eran insuficientes debido a la diferencia que existía al momento de abordar situaciones que son problemáticas de aprendizaje para el ser humano y de los animales, se encontró que el origen de esta diferencia era la propiedad del lenguaje y así se empezó a evidenciar la importancia de los procesos del aprendizaje en los seres humanos requerían una especificación de cómo el individuo percibe los estímulos y de lo que significaba esa percepción.

Entonces, comienzan a darle el protagonismo a la cognición porque resulta ser significativamente más importante en la terapia para producir en un individuo la modificación de conducta, la mayoría de las técnicas cognitivas se concentran en cómo un individuo que percibe e interpreta de los eventos externos como situaciones que se producen en el diario vivir en lugar de ver el impacto directo de sus circunstancias ambientales (Tapia C & López, 2015)

El estudio de la psicología comienza a enfocarse en temas que no se consideraban científicos. El interés de incorporar factores cognitivos en el análisis científico del comportamiento es un reflejo de un cambio en la opinión pública en la explicación de una variedad de fenómenos relacionados con la percepción, el lenguaje, la memoria y el

pensamiento, y esto ha despertado el interés por incorporar los factores cognitivos a la explicación científica de comportamiento. (Tapia C & López, 2015)

Postura teórica

El sustento teórico que motiva el desarrollo de este estudio caso, previo a la obtención del título de psicología clínica, se apoya sobre la base teórica del tema, donde se logra constatar que el acoso escolar o también conocido como bullying es un tipo de violencia que se origina en los centros educativos y se puede presentar de diversas formas como lo es un maltrato por medio verbal, físico, psicológico o social, por propiciado por parte de uno o más estudiantes en contra de otro.

Este tema es algo con lo que la mayoría de los miembros de la sociedad en el pasado tuvieron que lidiar durante su desarrollo formativo y actualmente viven con el recuerdo amargo o incluso para algunos que viven con las secuelas de haber sido una víctima que guardo silencio para no ser juzgado, actualmente mediante estudios se sabe que las víctimas de acoso escolar presentan dificultades para relacionarse de manera: amistosa, familiar, amorosa o profesional

Este tipo de acoso puede fomentar en las victimas el desarrollo de una fobia social manifestándose con conductas evitativas en conjunto con la presencia de síntomas físicos como sudoración, titubeo, tics nervioso en el rostro o temblor en las manos cuando se encuentre frente a actividades que involucren tener que relacionarse socialmente con otros, porque viven con el recelo ante la idea de ser observado, evaluados por las otras personas y que se burlen de ellos porque tienen según su percepción alguna característica que los diferencia.

La terapia cognitivo conductual que fue propuesta por el psicólogo Aaron Beck es un tratamiento psicológico, que se apoya de la investigación científica, su aplicación es factible para trabajar con los pensamientos negativos, comportamientos negativos y desadaptativos como lo son trastornos de depresión, ansiedad, conductas disruptivas, estrés postraumático, etc.

TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Observación directa

La presente técnica se incorpora desde que el paciente ingresa a la consulta debido a que proporciona la posibilidad de obtener información para registrar de manera descriptiva la conducta que mantiene el paciente en diferentes áreas, como son: la conducta, expresión del lenguaje verbal y no verbal para corroborar que exista un compromiso por parte del paciente con la evaluación psicológica. (Anexo 1)

Entrevista semiestructurada

La entrevista que se utiliza en el presente estudio de caso se la utiliza con la finalidad de detectar los rasgos, signos y síntomas latentes en el paciente adolescente, además que permite un modelo flexible para llevar la conversación mientras se busca indagar en la información personal del paciente se estaría estableciendo el rapport de manera que es el primer paso para crear una alianza terapéutica. (Anexo 2) (Anexo 3)

Historia Clínica

Se utiliza esta técnica como parte fundamental para realizar la recolección de datos del paciente del presente estudio de caso, se dio inicio registrando desde el motivo de consulta porque sirve de recordatorio para futuras sesiones y también en el caso de ser necesario derivar a otro especialista, en este documento se le pide al paciente completa honestidad al momento de propiciar la información y en caso de no recordar o desconocer a pedir ayuda a un familiar porque se necesitará tener información de temas importantes como la información personal del paciente, la historia del cuadro psicopatológico actual que presenta el paciente, la dinámica familiar, los antecedentes psicopatológicos familiares; la importancia se debe al hecho que sirve de apoyo para generar una hipótesis de un posible diagnóstico, la anamnesis del paciente; para averiguar cómo fue el proceso del individuo desde su proceso de gestación, indagación de los procesos cognitivos del paciente, el cuadro sindrómico de signos y síntomas, los factores predisponentes, factores precipitantes, evolución de la enfermedad y el diagnóstico estructural. (Anexo 4)

Test psicométricos

Escala de ansiedad de Hamilton

El autor es Max Hamilton (1960), la elección de esta escala heteroaplicada que evalúa en el individuo aquellos aspectos físicos, psíquicos y conductas propias de la ansiedad también para determinar la intensidad con la que el paciente ingresa durante la consulta, la escala consta de 13 ítems que son referentes a evaluar signos y síntomas ansiosos, el punto 14 que es el último valora el comportamiento del paciente durante la entrevista esta deberá

completarse por el terapeuta tras una entrevista, el tiempo de la aplicación no debe durar más allá de 30 minutos. (Anexo 5)

Autotest Cisneros sobre Acoso y Violencia Escolar (AVE)

Los autores Iñaki Piñuel y Araceli Oñate crearon el autotest, la elección para el uso de este reactivo permite indagar por medio de las 50 preguntas si el paciente ha sido víctima de acoso escolar, abordando temas como: Agresiones, intimidación - Amenazas de las que haya sido víctima, exclusión, hostigamiento verbal y robos, desprecio-ridiculización, coacción, restricción de la comunicación). El mismo que se puntúan de 0 a 3 en una escala de tipo Likert; donde 1 (nunca), 2 (pocas veces) y 3 (muchas veces).

El objetivo de la prueba es evaluar el índice global de acoso escolar en el que se encuentre identificado mi paciente. (Anexo 6)

Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A)

La escala fue elaborada por Annete La Greca y López, N, la elección para utilizar esta escala en este caso práctico fue considerada de acuerdo al motivo de consulta y el resultado de los test anteriores a este y debido a la hipótesis que fue planteada luego de las citas, el reactivo está compuesta por 22 ítems, divididos en tres dimensiones que abordan al paciente como: el miedo a la evaluación negativa, ansiedad y evitación social ante extraños, situaciones sociales nuevas, ansiedad y evitación social ante situaciones sociales en general. La puntuación de esta escala se puntúa con un límite de 0 a 5, desde 1: nunca hasta 5: siempre. La aplicación de este test fue de 30 minutos con el paciente. (Anexo 7)

RESULTADOS OBTENIDOS

Sesiones

Primera sesión 23/09/2022 hora de inicio 10:00 finalizo a las 11:00

Paciente es traído a consulta porque hace unos días tuvieron un problema con el vecino quien les había dicho “si veo alguno de sus animales en mi patio les voy a cortar la cabeza a los dueños”, la madre menciona: cuando este señor dijo eso, mi hijo comenzó a sudarles las manos, se le puso el cuerpo frio y respiraba tan fuerte que parecía ahogarse, y recordé que es algo que me habían mencionado las licenciadas en el colegio antes en las reuniones porque le llaman la atención debido a que no quiere participar en las actividades, se pone nervioso cada que tiene que hablar en frente de los compañeros, le sudan las manos, algunas veces su respiración se agita y no obedece cuando le piden que lea en clases por lo que las notas son bajas en participación sin embargo no presenta problemas para hacer los deberes, mi hijo se ha convertido en alguien sin amigos.

Segunda sesión 26/09/2022 hora de inicio 10:00 finalizo a las 11:00

Paciente se muestra evitativo, miraba mucho la puerta, evitaba el contacto visual, al ingresar al consultorio el paciente se mostraba inquieto por lo que se aplicó la Escala de Hamilton, al iniciar la entrevista no prestaba mucha colaboración y sus respuestas eran cerradas, durante la entrevista se contó con el apoyo de la madre para la información, aun así se pudo detectar en el lenguaje del paciente una dificultad para pronunciar la “S” por lo que respondía a las preguntas con “ZI”, esto se daba de forma consecutiva, al avanzar la entrevista, se le solicitó que leyera un párrafo de un libro, al hacerlo corroboró que evidentemente existía dificultad en la pronunciación con la “S”, al sentarse el paciente se le pregunto si tuvo dificultades en la escuela por su pronunciación, por lo que este menciona un evento a los 10 años que provoco que el paciente llorara mencionando “tengo miedo cuando voy a la escuela y no quiero hablar con nadie porque todos se ríen de mi soy un chiste porque no puedo hablar bien, a nadie le agrado porque soy así, ellos”, luego se realiza la aplicación del Autotest Cisneros sobre Acoso y Violencia Escolar

Tercera sesión 30/09/2022 hora de inicio 10:00 finalizo 11:00

Paciente acude a la consultad y muestra actitudes similares a las sesiones anteriores por lo que se usa la técnica de respiración progresiva, se considera necesario continuar con la aplicación de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes, al finalizar el test se realiza la psicoeducación para informar al paciente.

Cuarta sesión 05/10/2022 hora de inicio 10:00 finalizo a las 11:00

Se inicia la sesión con la técnica de respiración progresiva, luego de que el paciente se encuentre relajado se trabaja con el paciente auto monitoreo e identificación de sus pensamientos ansiosos.

Quinta sesión 12/10/2022 hora de inicio 10:00 finalizo a las 11:00

Se realiza con el paciente mediante la técnica de costo – beneficio para trabajar con el paciente la evaluación de su problemática, luego se apoya de la técnica de identificación de errores cognitivos para establecer el pensamiento crítico. Se apoya con tareas de lectura.

Sexta sesión 19/10/2022 hora de inicio 10:00 finalizo a las 11:00

Se trabaja con el paciente la técnica de Decatastrofización con el paciente hacer que el paciente mismo imagine el peor evento posible y luego le dé una solución al problema. Se utiliza la técnica de desensibilización sistemática, se realiza un entrenamiento en la escala de “SUBS” con el paciente y técnica de respiración diafragmática, para que el paciente comience, cuestionar las situaciones que le generan miedo al salir. Se envía tareas en casa con trabalenguas y completar la tarea decatastrofizar en casa.

Séptima Sesión 26/10/2022 hora de inicio 10:00 finaliza a las 11:00

Se trabaja con el paciente la técnica de generar una explicación alternativa sobre el evento que mantienen en su pensamiento y les da miedo, planteándole posibles razones por las que una persona puede reírse mientras él está enfrente sin necesidad que el paciente sea el objeto de burla. Se apoya con tareas de lectura y trabalenguas.

Octava sesión 01/11/2022 hora de inicio 10:00 finalizo a las 11:00

Se utilizo la técnica de respiración diafragmática antes de iniciar con una construcción de la jerarquía de miedos para el paciente.

Novena sesión 10/11/2022 hora de inicio 10:00 finalizo a las 11:00

Se trabaja con la paciente terapia de lenguaje para estimular la pronunciación y favorecer la lectura para fortalecer el área y mejorar la autoestima del estudiante.

Decima sesión 22/11/2022 hora de inicio 10:00 finalizo a las 11:00

Se trabaja con la paciente técnica de exposición la primera situación a la que se enfrentara al paciente es en un lugar más controlado, se le pide al joven que me acompañe en un conversatorio sobre un tema de salud mental y él sea el encargado de pedirle a los espectadores que firmen la hoja de asistencia.

Decima Primer sesión 08/12/2022 hora de inicio 10:00 finalizo a las 11:00

Se trabaja con la segunda situación, llevando esta vez al paciente a una casa abierta de salud mental, donde estará acompañado con miembros del hospital y será un expositor.

SITUACIONES DETECTADAS

Durante la recolección de los datos para la historia clínica se determina que el paciente procede de una familia nuclear, proviene de un hogar funcional, no cuenta con familiares que presenten enfermedades físicas o mentales.

El paciente presentó sigmatismo, al acudir a la escuela no tenía problemas al entender los temas académicos, sin embargo el paciente refiere haber sido víctima de bullying durante su infancia algo que trataba de sobrellevar con naturalidad, debido a que las ocasiones que pidió ayuda normalizaron el problema, hasta que un día en la escuela a la edad de 10 años mientras cursaba el sexto año escolar, la maestra le dio la orden de pasar al frente de sus compañeros para dar inicio a la lectura, donde fue objeto de burla al ser escuchado por sus compañeros y la profesora quien se limitó a reír. Se detecta durante la narración del evento que es un tema que aún recuerda con dolor el paciente, de manera que este evento ah generado en el paciente pensamientos ansiosos.

Se identifican luego de realizar en el paciente el auto monitoreo e identificación de pensamientos y se encontró pensamientos automáticos tales como: “Las personas siempre se burlarán de mí porque no se hablar”, “tengo miedo que se rían de mí”, “tengo miedo de hablar”, “No puedo pronunciar bien las palabras por eso evito a las personas no quiero que me escuchen” y “Solo quiero irme a caza”. Se envía tarea a casa con lecturas.

Durante la observación directa se halló en el paciente es de complexión mesomórfica, tez oscura, al tomar asiento mueve la silla con ligera distancia al escritorio, mira constantemente el reloj y a los lados, durante la entrevista responde con tonalidad baja y con respuestas cerradas de si o no, por lo que durante el dialogo se evidencio que existía dificultades para pronunciar correctamente y se corrobora luego de valerse de una técnica de lectura para confirmar la falencia.

Tabla 1 Cuadro psicopatológico: acoso escolar y su incidencia en las relaciones sociales

FUNCIÓN		SIGNOS Y SÍNTOMAS	SÍNDROME
COGNITIVO		- Ansiedad - Pensamiento auto derrotista - Ideas fóbicas	Fobia social
AFECTIVO		- Miedo - Baja autoestima	
CONDUCTA SOCIAL	- Evitativa		
ESCOLAR			
SOMÁTICA		- Sudoración	

Nota. Signos y síntomas del paciente Fuente. Amada Macias (2023)

En los Resultados de las pruebas aplicadas se pudo registrar los siguientes datos:

- **Escala de Hamilton.**

El paciente obtuvo una puntuación de 40 dando como resultado Ansiedad mayor, desglosando en ansiedad psíquica se obtuvo un puntaje de 23 y ansiedad con síntomas somático 19.

- **Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A):**

El paciente obtuvo una puntuación de 67 dando como resultado ansiedad social alta, desglosando en las dimensiones que evalúa la escala a través de sus ítems, aborda temas como: Miedo a la evaluación negativa (Pendiente de la aprobación de los demás), Ansiedad y evitación social ante extraños o situaciones sociales nuevas (Timidez e introversión) y Ansiedad y evitación social ante situaciones sociales en general (Temor a las personas)

- **Autotest Cisneros sobre Acoso y Violencia Escolar (AVE):**

De acuerdo a la evaluación que se le realizó al paciente se obtuvo un resultado del 76 ubicándolo en la categoría de casi alto, el test desglosando en los niveles altos las dimensiones tales como: Desprecio y Ridiculización (Insultos, burlas, críticas no constructiva y discriminación), Restricción, Comunicación (Limitación del contacto lúdico y verbal de la víctima), Exclusión-Bloqueo Social (Negación de posibilidades, segregación social de la víctima), Hostigamiento Verbal (Apodos y gritos).

Factores predisponentes: Problemas con el vecino, el paciente manifestó el problema que existió con su vecino debido los animales que en su casa criaban donde este sujeto indico de manera verbal una amenaza de agredir a la familia, lo que desencadeno en un ataque de ansiedad por parte del paciente.

Evento precipitante: Lectura frente a sus compañeros a la edad de 10 años, el paciente manifestó como fue objeto de burla de sus compañeros y la figura de autoridad que era su profesora lo que provoco en él, miedo de ser revictimizado de nuevo y comenzó a presentar comportamientos que lo alejen de situaciones de burla.

Tiempo de evolución: 4 años

Diagnóstico estructural: trastorno de ansiedad social (fobia social) F40.1

SOLUCIONES PLANTEADAS*Tabla 2 Plan terapéutico del tema: Acoso escolar y su incidencia en las relaciones sociales de un joven de 14 años*

HALLAZGOS	META TERAPÉUTICA	TÉCNICA	NÚMERO DE SESIONES	FECHA	RESULTADOS OBTENIDOS
COGNITIVO - Hipervigilancia - Ideas fóbicas - Pensamientos automáticos - “Las personas siempre se burlarán de mi porque no se hablar”	Crear en el paciente un control cognitivo de sus pensamientos centrales.	- Respiración progresiva. - Psicoeducación - Auto monitoreo e identificación de pensamientos ansiosos - Análisis costo – beneficio - Identificación de errores cognitivos.	3	30/09/ 2022 ----- 05/10/ 2022 ----- 12/10/ 2022	Paciente identifica los pensamientos automáticos y reconoce el error cognitivo cuando aparecen estos pensamientos.
APECTIVO - Miedo - Baja autoestima - “Tengo miedo que se rían de mi”	Identificar, cuestionar y sustituir las reflexiones sesgadas y temerosas con reflexiones positivas basadas en la realidad.	- Decatastrofización - Desensibilización sistemática. - Generar una explicación alternativa.	2	19/10/ 2022 ----- 26/10/ 2022	Paciente controla sus emociones de miedo frente a la idea de situaciones.

HALLAZGOS	META TERAPÉUTICA	TÉCNICA	NÚMERO DE SESIONES	FECHA	RESULTADOS OBTENIDOS
SOMÁTICA CONDUCTA - Sudoración - Vocalización con titubeos - Evitativa socializar “No puedo pronunciar bien las palabras por eso evito a las personas no quiero que me escuchen”	/ Realizar una exposición gradual repetido a las sensaciones físicas temidas hasta que deje experimentar del miedo.	- Terapia de lenguaje - Entrenamiento en habilidades sociales - Técnica de exposición	3	01/11/ 2022 ----- 22/11/ 2022 ----- 08/12/ 2022	El paciente logra de manera favorable su dialogo y disminuye la sudoración corporal en las extremidades superior
<i>Nota. Plan terapéutico mediante técnicas de la terapia cognitivo conductual Fuente: Amada Macias (2023).</i>					

CONCLUSIÓN

En base a la investigación realizada en el presente estudio de caso mediante la indagación de los aportes teóricos de diferentes autores referente a las variables “acoso escolar” y “relaciones sociales”, se logró estudiar en un joven de 14 años procedente del cantón Baba como el bullying que se genera en las instalaciones de una unidad educativa afecta de manera significativa el estado psicológico, emocional y conductual.

Se llegó a esta conclusión por medio de la aplicación diversos métodos y técnicas tales como la entrevista psicológica, la observación, historia clínica, y evaluaciones psicológicas como: la escala de ansiedad de Hamilton, Autotest Cisneros sobre Acoso y Violencia Escolar (AVE) y Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A), la elección de estas herramientas es debido a que brindan información útil, oportuna y viable para la preparación de un diagnóstico presuntivo del paciente, determinándose el trastorno de ansiedad social (fobia social) cuya codificación es F40.1 según los lineamientos del CIE-10 y del DSM-5.

Durante el proceso terapéutico se obtuvo en el paciente un cuadro psicopatológico de signos y síntomas: cognitivos: pensamientos automáticos; afectivos: relacionados con el miedo a la interacción social y la conducta evitativa, mediante la indagación en las sesiones arrojó que el desarrollo de este trastorno en el paciente es el resultado del constante acoso que se suscitaba en la unidad educativa a la que asistía, hasta que fue llevado a una situación límite donde él paciente fue objeto de burla por parte de la profesora y los estudiante luego de escucharlo leer, generando en el paciente el miedo a estar frente a situaciones similares, lo que resulto provocando que el paciente opte por el aislamiento con las personas que lo rodean.

Mediante la indagación del tema y de autores se determina que el acoso escolar es un tema que ha estado presente desde la antigüedad, solo que pasaba desapercibido porque la sociedad recibía con críticas a quienes se oponían o se quejaban de la situación que estaban viviendo catalogándolos como “débiles” a raíz de esto muchas personas prefieren callarlo y tratar de sobrellevar las secuelas que le dejó su época educativa, una causa de esta problemática podría ser el desarrollo de ansiedad social, este es uno de los trastornos que se puede generar durante la etapa de adolescencia de la víctima, debido a que es aquí donde el adolescente se siente mucho más frágil ante la idea de un posible rechazo, lo que genera

ansiedad de ser aceptado provocando en el paciente síntomas físicos que se manifiestan de forma evidentes, a lo que se generaría más ansiedad por querer ocultar esos signos.

Por lo tanto, resulto ser más conveniente utilizar el enfoque de la terapia cognitivo-conductual, debido a que esta terapia está dirigida al estímulo – respuesta, donde Wolpe postulo que la ansiedad puede ser condicionada y que es mediante un contra condicionamiento o a su vez mediante la sustitución por una respuesta emocionalmente adaptativa es que se puede realizar un tratamiento psicológico ante esas respuestas de miedo, mediante la organización de un plan psicoterapéutico, se dio paso a las técnicas de terapia cognitivo conductual, como la reestructuración cognitiva, la explicación de cómo los pensamientos generan sentimientos, la técnica de la desensibilización sistemática y la técnica de exposición en conjunto con un entrenamiento en habilidades sociales.

RECOMENDACIONES

Se sugiere que el plan terapéutico del presente estudio de caso sea una guía en intervenciones futuras, ya que cuenta con las bases científicas y prácticas de la Terapia Cognitivo Conductual, la cual se encamina a la evaluación y tratamiento del acoso escolar.

Se recomienda la realización de talleres didácticos en los que se pueda brindar psicoeducación en las unidades educativas, con el fin de informar a la ciudadanía la importancia de mantener buenas relaciones con los compañeros y respetando las diferencias que se presenten en los demás, también se desarrollaría estos talleres con el objetivo que otras víctimas se animen a romper el silencio y puedan buscar ayuda psicológica para evitar que se mantenga este tipo de actos que se ha venido arrastrando desde tiempos antiguos además se ira dejando se normalizar estas situaciones.

También se recomienda la implementación de grupo de apoyo frente al acoso en las unidades educativas con el fin hacer partícipe a los estudiantes y los padres como reforzadores en la protección de los otros, además se busca llegar a la comprensión con los estudiantes explicándoles desde testimonios como pequeñas acciones como reírse o emitir comentarios sobre la carencia de otro e incluso cuando se equivocan, puede ser visto como un acto insignificante sin embargo esto puede ser un detonante que causara daño en una persona y el proceso para revertir esto puede ser difícil o en algunos casos catastróficos.

No se debe olvidar que la época escolar es la que marcara muchas vidas llenándola de recuerdo debido a que es en estas instituciones donde pasamos la otra mitad de nuestro tiempo cuando no estamos en casa, sin embargo, depende de cada persona como queremos ser recordados, se debe ser parte de la solución más no del problema y ante situaciones hostiles, aunque no se nos involucre directamente, prestar una mano amiga.

BIBLIOGRAFÍA

- Caballo , V., Salazar, I., & Hofmann, S. (2018). Una nueva intervención multidimensional para la ansiedad social: el programa IMAS. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 27(1), 149-172□.
- Cajachahua Huiza, E. D. (2019). *Acoso escolar y ansiedad social en estudiantes de nivel secundario de una institución educativa pública, La Molina, 2019*. LIMA - PERU: UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO.
- Cano Echeverri, M. M., & Vargas González, J. E. (2018). Actores del acoso escolar. *Revista médica Risaralda*, 24(1), 61-63.
- Cano Echeverri, M. M., & Vargas-González, J. E. (2018). Actores del acoso escolar. *Revista Médica De Risaralda*, 24(1), 60–66.
- Cañas-Pardo, E. (2018). Acoso escolar: características, factores de riesgo y consecuencias. *Revista Doctorado UMH*, 3(1), p7.
- De la Plaza, M., & González, H. (2019). El acoso escolar: factores de riesgo, protección y consecuencias en víctimas y acosadores. *REVISTA DE VICTIMOLOGÍA*, 9(9), 99-131. <https://doi.org/10.12827>
- Delgado, B., Cándido J. , I., Apparisis, D., García-Fernández, J., & Martínez-Monteagudo, M. (2018). Relación entre la Ansiedad Social y las Dimensiones de la Personalidad en Adolescentes Españoles. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 1(46), 81-92. <https://doi.org/10.21865>
- Kalberg, S. (2013). La sociología weberiana de las emociones: un análisis preliminar. *Sociológica (Méx.)*.
- Moreno, C. B., Segatore Pittón, M. E., & Tabullo, A. J. (24 de 10 de 2019). Empatía, conducta prosocial y bullying. Las acciones de los alumnos espectadores. *Estudios sobre educación*, 113-134.
- Repetto, A. (Octubre de 2022). *Definición de Conducta*. *Definición ABC*. Diccionario ABC: <https://www.definicionabc.com/social/conducta.php>
- Sánchez., D. A. (2019). Dossier. Trastornos de ansiedad. *SALME 12: Instituto Jalisciense de salud mental*, 29 - 31.

Tapia C, D., & López, T. (05 de 07 de 2015). *Las Relaciones Humanas*. XIKUA Boletín Científico De La Escuela Superior De Tlahuelilpan:
<https://doi.org/10.29057/xikua.v3i6.1307>

UNESCO. (22 de 01 de 2019). *La violencia y el acoso escolares son un problema mundial, según un nuevo informe de la UNESCO*. Unesco:
<https://es.unesco.org/news/violencia-y-acoso-escolares-son-problema-mundial-segun-nuevo-informe-unesco>

Veiga, J. M. (2020). *Acoso escolar*. Veiga.

ANEXO 1

DATOS GENERALES:

Nombre: J.M.S.P

Sexo: Masculino

Edad: 14 años

Ethnicidad y fecha de nacimiento: 23 de agosto del 2008

Educación: Primaria

Duración de Observación: 50

Fecha de Inicio: 10:00 Minutos: 30 Hora final: 11:00

Fecha: 23/09/2022

Tipo de Observación: Directa

Nombre del Observador (a): Amada Marias Pinela

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN:

DESCRIPCIÓN FÍSICA Y VESTIMENTA.

paciente acude a consulta con pantalón jean, camisa jean, zapatos negro semi abierto y mascarilla, compleción mesomorfa, tez oscura.

DESCRIPCIÓN DEL AMBIENTE.

sesión se lleva a cabo en el consultorio de psicología H.B.B, el cual cuenta con el ambiente y los muebles adecuados para un encuentro con el paciente.

DESCRIPCIÓN DE LA CONDUCTA

paciente al tomar asiento mueve la silla con ligera distancia al escritorio, mira constantemente el reloj y a los lados, durante la entrevista se hizo evidente su dificultad al pronunciar palabras con "s"

COMENTARIO:

decide llevar en las siguientes sesiones la escala Hamilton, escala de Ansiedad social para adolescentes y test Cisneros sobre Acoso y Violencia Escolar.

ANEXO 2

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

T: Buenas tardes, soy Amada Macias la pasante del C.S.B

P: Hola

T: Tu mamá me estuvo mencionando el motivo por el que habían acudido a consulta, quisiera que habláramos tú y yo un poco más del tema te parece, recuerda que todo lo que digamos aquí el día de hoy es bajo confidencialidad solo puedo hablarle a alguien más de lo que hemos hablado si esto te pone en peligro a ti o involucre a alguien más, estás de acuerdo.

P: Zi

T: ¿Cómo es la relación con tus compañeros de clases?

P: No les hablo a los demás.

T: ¿Tienes algún compañero con el que pases más tiempo y compartas más?

P: No

T: ¿Por qué no te gusta relacionarte con tus compañeros en la clase?

P: Solo voy a clases y espero a que acabe para salir, con me gusta hablarles

T: ¿Cómo es eso que no te gusta hablar con ellos?

P: Es que ellos solo ze burlarían de mí y por eso mejor no les hablo, azi no les doy chance.

T: ¿Por qué crees que se burlaran de ti?

P: Siempre hacen eso

T: ¿A qué te refieres con siempre, ya lo han hecho antes contigo?

P: (Llora) Ellos se burlan de mí siempre que hablo, me ponen apodos incluso me golpeaban la cabeza para que se me valla lo tonto.

T: ¿Cuándo fue la última vez que se burlaron de ti?

P: Un día me sacaron a leer en clases y se rieron de mí tanto al escucharme hablar que hasta la profesora se reía y no los detuvo. (Llora)

T: ¿Hace cuánto tiempo ocurrió esto?

P: Tenia 8 años.

T: ¿Se han vuelto a reír de ti esos chicos?

P: No porque ya no les hablo, siempre quieren burlarse de mí.

T: Pero lo que tú me dices ocurrió cuando tenías 8 años y ahora tienes 14, algunos chicos de tu colegio no son los mismos que estaban en la escuela.

P: Siempre se van a burlar por eso no quiero que me escuchen.

T: ¿No quieres o no puedes?

P: No puedo tengo miedo que se vuelvan a reír de mi

T: ¿Qué piensas cuando te piden los profesores que participes en clases?

P: Es que no puedo, recuerdo cuando rieron de mí y me sudan mis manos, trato de controlarlo, pero no lo logro, así que miro a otro lado o salgo de la clase.

ANEXO 4



ANEXO 5

HISTORIA CLÍNICA

HC. #

FECHA: 23/09/2022

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES: J.M.S.P

EDAD: 14 años

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: 23 de agosto del 2008

GÉNERO: Masculino

ESTADO CIVIL: soltero

RELIGIÓN: católico

INSTRUCCIÓN: Secundaria

OCUPACIÓN: estudiante

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

REMITENTE: Psicóloga educativa de la institución 23 DE JUNIO

2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente es traído porque hace unos días tuvieron un problema con el vecino quien les había dicho “si veo alguno de sus animales en mi patio les voy a cortar la cabeza a los dueños”, la madre menciona: cuando este señor dijo eso mi hijo comenzó a sudarles las manos, se le puso el cuerpo frio y respiraba tan fuerte que parecía ahogarse, y recordé que es algo que me había mencionado las licenciadas en el colegio antes en las reuniones le llaman la atención porque no quiere participar en las actividades, se pone nervioso cada que tiene que hablar en frente de los compañeros le sudan las manos y algunas veces su respiración se agita y no obedece cuando le piden que lea en clases por lo que las notas son bajas en participación pero no tiene problemas para hacer los deberes.

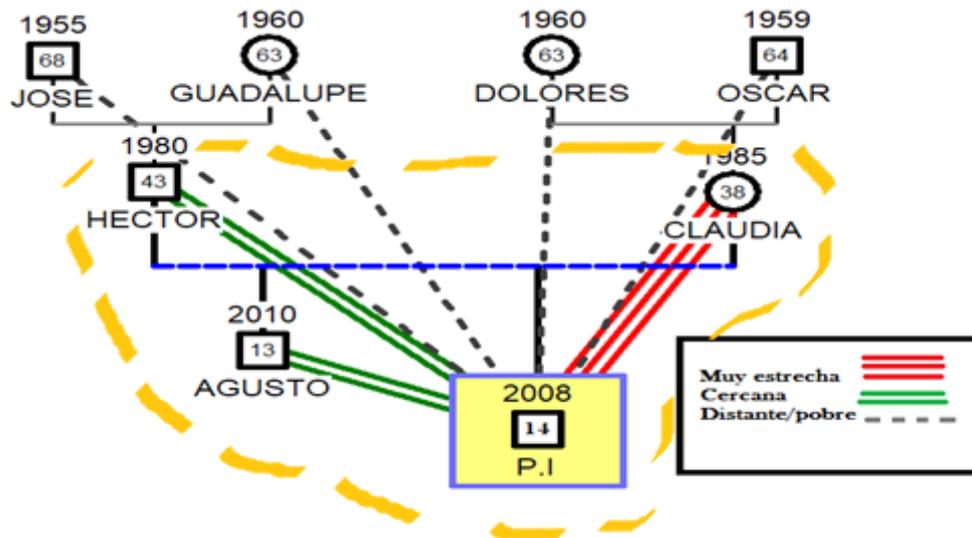
3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

Paciente presenta signos y síntomas de baja autoestima, miedo, nerviosismo, actividad vasovageal, conducta evitativa, rechazo a hablar en público, pensamientos autoderrotistas,

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

No existe evidencia de familiares con antecedentes significativos.

4.1. GENOGRAMA (COMPOSICIÓN Y DINÁMICA FAMILIAR).



4.2. TIPO DE FAMILIA

El paciente proviene de una familia nuclear compuesta por ambos padres y su hermano menor, mantiene una relación muy cercana y saludable con los integrantes de su familia.

4.3. ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS FAMILIARES.

No tiene familiares con antecedentes psicopatológicos.

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL



6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

El paciente es producto de un embarazo no planificado que fue llevado a término a las 40 semanas, nació en el hospital de Baba sin complicaciones medicas al nacer, su desarrollo evolutivo el niño tiene control cefálico a los 2 meses, tiene control de sonrisa a los 4 meses, sus primeras palabras son a los 7 meses, sus primeros pasos a los 18 meses, construye frases a los 24 meses, control de esfínter a los 36 meses, tiene dificultades en la pronunciación con la “R”, “S”.

6.2. ESCOLARIDAD

Niñez de 0 a 10 años: el niño asiste a la escuela a los 4 años se integra a los juegos escolares, comprende las reglas, aprende a escribir a los 5 años, tiene problemas en la pronunciación de las



palabras, se le dificultan materias como lenguaje, ciencias y sociales, mantiene buen rendimiento escolar a partir de los 10 años su rendimiento escolar baja notablemente comienza a faltar a clases.

Adolescencia de 11 a 14 años: inicia al colegio a los 12 años su rendimiento escolar es bajo en materias como lenguaje se niega a participar en clases con las profesoras, no le gusta leer en frente de los demás ni participar en tareas de grupo.

6.3. HISTORIA LABORAL

El paciente no tiene historial laboral.

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

Niñez de 0 a 10 años: el niño juega con pares de su edad, comprende las reglas del juego, socializa con facilidad, hasta llegar a los 10 años el niño se retrae menciona que fue víctima de bullying.

Adolescencia de 11 a 14 años: el paciente no socializa con facilidad, evita hablar con los profesores y participar en actividades con ellos, evita ir a fiestas o reuniones familiares.

6.5. USO DEL TIEMPO LIBRE

El paciente en su tiempo libre juega video juegos en las tardes luego de hacer las tareas y pasa con su celular, no le gusta salir de casa.

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

El paciente indica que durante su infancia tenía amigos y le gustaba salir e ir a clases, sin embargo, menciona que los 10 años cuando se encontraba leyendo en clases frente a sus compañeros estos se burlaron junto a la profesora burlándose por la forma en la que hablaba y lo imitaban.

6.7. HÁBITOS (CAFÉ, ALCOHOL, DROGAS, ENTRE OTROS)

El paciente no ha consumido sustancias psicotrópicas o alcohol, ni medicamentos por enfermedades tratadas en su crecimiento sin embargo si consume café desde los 5 años en las mañanas como parte de su desayuno.

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

Niñez de 0 a 10 años: el paciente manifiesta que su alimentación a sido balanceada siempre consumiendo sus 3 comidas al día con refrigerios de medio tiempo.

Adolescencia de 11 a 14 años: el paciente menciona continuar con su alimentación balanceada y sin problemas de sueño.

6.9. HISTORIA MÉDICA

El paciente menciona no haber tenido enfermedades significativas durante su desarrollo.

6.10. HISTORIA LEGAL

El paciente no tiene historial legal.

6.11. PROYECTO DE VIDA

El paciente menciona que sus planes futuros son graduarse y estudiar informática en la universidad.

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

El paciente es consciente de su estado mental.

7.1. FENOMENOLOGÍA

El paciente acude a consulta con pantalón jean, camisa, buzo y mascarilla, complexión mesomórfica, tez oscura, al tomar asiento mueve la silla con ligera distancia al escritorio, mira constantemente el reloj y a los lados, durante la entrevista responde con tonalidad baja y con respuestas cerradas de si o no durante la entrevista se hizo evidente que no puede pronunciar correctamente

7.2. ORIENTACIÓN

El paciente se encuentra bien orientado alopsíquica y auto psíquica.

7.3. ATENCIÓN

El paciente presenta hiperprosexia.

7.4. MEMORIA

El paciente no presenta dificultades en su memoria corto plazo ni de largo plazo.

7.5. INTELIGENCIA

El paciente presenta un nivel de inteligencia normal dentro del promedio.

7.6. PENSAMIENTO

El paciente no posee síntomas de alteraciones del pensamiento.

7.7. LENGUAJE

El paciente presenta dificultad en la pronunciación de ciertas palabras, su volumen de voz es bajo con respuesta de si y no, sin embargo, se evidencia problemas al pronunciar letras con la “S” o la “R”.

7.8. PSICOMOTRICIDAD

El paciente no presenta problemas de psicomotricidad, coge el lápiz con la mano derecha y patea con la derecha.

7.9. SENSOPERCEPCION

El paciente presenta sensopercepción adecuada sin problema.

7.10. AFECTIVIDAD

Baja autoestima

7.11. JUICIO DE REALIDAD

No presenta juicio de alteración de la realidad.

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

El paciente es consciente de su miedo al realizar actividades que involucra que hable.

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

El paciente no ha presentado pensamientos suicidas.

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

- **Escala de Hamilton.**

El paciente obtuvo una puntuación de 40 dando como resultado Ansiedad mayor, desglosando en ansiedad psíquica se obtuvo un puntaje de 21 y ansiedad con síntomas somático 19.

- **Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A):**

El paciente obtuvo una puntuación de 55 dando como resultado Ansiedad social moderada, desglosando en las dimensiones que evalúa la escala a través de sus ítems, aborda temas como: Miedo a la evaluación negativa (Pendiente de la aprobación de los demás), Ansiedad y evitación social ante extraños o situaciones sociales nuevas (Timidez e introversión) y Ansiedad y evitación social ante situaciones sociales en general (Temor a las personas)

• **Autotest Cisneros sobre Acoso y Violencia Escolar (AVE):**

De acuerdo a la evaluación que se le realizó al paciente se obtuvo un resultado del 65 ubicándolo en la categoría de CASI ALTO, el test abordó las dimensiones tales como: Desprecio y Ridiculización (Insultos, burlas, críticas no constructiva y discriminación), Coacción (Sometimiento), Restricción, Comunicación (Limitación del contacto lúdico y verbal de la víctima), Agresiones (Golpes, puñetazos, patadas), Intimidación Amenazas (Intimidación con armas, amenazas verbales, escritas y físicas), Exclusión-Bloqueo Social (Negación de posibilidades, segregación social de la víctima), Hostigamiento Verbal (Apodos y gritos) y finalmente Robos (Robo).

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

FUNCIÓN	SIGNOS Y SÍNTOMAS	SÍNDROME
COGNITIVO	- Hipervigilancia - Ideas fóbicas - Pensamientos automáticos	Fobia social
AFECTIVO	- Miedo - Baja autoestima	
CONDUCTA SOCIAL ESCOLAR	- Evitativa	
SOMÁTICA	- Sudoración - Vocalización con titubeos	

9.1. FACTORES PREDISPONENTES: Problemas con el vecino, que amenaza a la familia.

9.2. EVENTO PRECIPITANTE: Lectura frente a sus compañeros a la edad de 10 años

9.3. TIEMPO DE EVOLUCIÓN: 4 años

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

Trastorno de ansiedad social (fobia social) F40.1

11. PRONÓSTICO

Favorable

12. RECOMENDACIONES

1. Reducir la frecuencia, intensidad y duración de los ataques de pánico.
2. Modificar los pensamientos automáticos
3. Reducir el miedo a que se desencadene el pánico y eliminar la evitación de actividades y entornos por temer que desencadenen el pánico
4. Sentirse más cómodo fuera de casa y en un entorno público.
5. Reducir actividad vasovagal

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

HALLAZGOS	META TERAPÉUTICA	TÉCNICA	NÚMERO DE SESIONES	FECHA	RESULTADOS OBTENIDOS
COGNITIVO - Hipervigilancia - Ideas fóbicas - Pensamientos automáticos - “Las personas siempre se burlarán de mi porque no se hablar”	Crear en el paciente un control cognitivo de sus pensamientos centrales.	- Respiración progresiva. - Psicoeducación - Auto monitoreo e identificación de pensamientos ansiosos - Análisis costo – beneficio - Identificación de errores cognitivos.	5	30/09/2022 ----- 05/10/2022 ----- 12/10/2022 ----- 19/10/2022 ----- 26/10/2022	Paciente identifica los pensamientos automáticos
AFECTIVO - Miedo - Baja autoestima - “Tengo miedo que se rían de mi” - “tengo miedo de hablar con alguien”	Identificar, cuestionar y sustituir las reflexiones sesgadas y temerosas con reflexiones positivas basadas en la realidad.	- Desensibilización sistemática. - Identificación de errores de pensamientos. - Generar una explicación alternativa.	3	01/11/2022 ----- 10/11/2022 ----- 15/11/2022	Paciente controla sus emociones de miedo y recupera su autoestima.
SOMÁTICA / CONDUCTA - Sudoración - Vocalización con titubeos - Evitativa a socializar “No puedo pronunciar bien las palabras por eso evito a las personas no quiero que me escuchen” “Solo quiero irme a casa”	Realizar una exposición gradual repetido a las sensaciones físicas temidas hasta que deje experimentar del miedo.	- Terapia de lenguaje 1. Estimulación del lenguaje de palabras con “S” - Técnica de exposición	2	23/11/2022 ----- 01/12/2022	El paciente logra de manera favorable su dialogo y disminuye la sudoración corporal en las extremidades superior

ANEXO 6

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON (HARS)

Nombre: J

Edad: 34 años Fecha: 26/09/2022 Expediente: _____

Instrucciones:

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

Síntomas de los estados de ansiedad	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares). Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales). Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares.	0	1	2	3	4

Taquicardia, palpaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole					
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia, dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborérgmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pecos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa, manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrojar un párpado, inquietud, pasarse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara trante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva cructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas energicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica: 23

Ansiedad somática: 18

Total: 42

Observaciones:

Paciente se muestra nervioso por salir durante la prueba.

ANEXO 7

1	PREGUNTAS			
		1	2	3
1	No me hablan	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
2	Me ignoran, me hacen la ley del hielo	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
3	Me ponen en ridículo ante los demás	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
4	No me dejan hablar	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
5	No me dejan jugar con ellos	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
6	Me llaman por apodos	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
7	Me amenazan para que haga cosas que no quiero	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
8	Me obligan a hacer cosas que están mal	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
9	Me agarran de punto	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
10	No me dejan que participe, me excluyen	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
11	Me obligan hacer cosas peligrosas para mi	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
12	Me obligan a hacer cosas que me ponen mal	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
13	Me obligan a darme mis cosas o dinero	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
14	Rompen mis cosas a propósito	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
15	Me esconden las cosas	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
16	Roban mis cosas	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
17	Les dicen a otros que no estén o que no hablen conmigo	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
18	Les prohíben a otros que jueguen conmigo	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
19	Me insultan	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
20	Hacen gestos de burla o desprecio hacia mi	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
21	No me dejan que hable o que me relacione con otros	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
22	Me impiden que juegue con otros	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
23	Me pegan con manazos, puñetazos, patadas	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
24	Me gritan	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
25	Me acusan de cosas que no he dicho hecho	Nunca	Pocas veces	Muchas veces

II	PREGUNTAS	1	2	3
26	Me critican por todo lo que hago	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
27	Se ríen de mi cuando me equivoco	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
28	Me amenazan con pegarme	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
29	Me pegan con objetos	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
30	Cambian el significado de lo que digo	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
31	Se meten conmigo para hacerme llorar	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
32	Me imitan para burlarse de mi	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
33	Se meten conmigo por mi forma de ser	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
34	Se meten conmigo por mi forma de hablar	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
35	Se meten conmigo por ser diferente	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
36	Se burlan de mi apariencia física	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
37	Van contando por ahí mentiras acerca de mi	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
38	Procuran que les caiga mal a otros	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
39	Me amenazan	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
40	Me esperan a la salida para meterse conmigo	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
41	Me hacen gestos para darme miedo	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
42	Me envían mensajes para amenazarme	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
43	Me empujan para intimidarme	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
44	Se portan cruelmente conmigo	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
45	Intentan que me castiguen	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
46	Me desprecian	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
47	Me amenazan con armas	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
48	Amenazan con dañar a mi familia	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
49	Intentan perjudicarme en todo	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
50	Me odian sin razón	Nunca	Pocas veces	Muchas veces

Gracias por su participación

ANEXO 8

I	PREGUNTAS	1	2	3	4	5
1	Me preocupa hacer algo que nunca he hecho delante de los demás	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
2	Me gusta hacer cosas con mis compañeros	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
3	Me preocupa ser evaluado por los demás	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
4	Me da vergüenza estar rodeado(a) de personas que no conozco	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
5	Solo hablo con personas que conozco bien	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
6	Creo que mis compañeros(as) hablan de mí a mis espaldas	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
7	Me gusta leer	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
8	Me preocupa lo que los demás piensen de mí	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
9	Pienso que lo que voy hacer no le gustará a los demás	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
10	Me pone nervioso(a) hablar con gente de mi edad que no conozco bien	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
11	Me gustan los deportes	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
12	Me preocupa lo que los demás digan de mí	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
13	Me pongo nervioso(a) cuando me presentan a personas desconocidas	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
14	Me preocupa no agradarle a los demás	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
15	Me quedo callado(a) cuando estoy en un grupo de personas	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
16	Me gusta hacer cosas solo(a)	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
17	Pienso que los demás se burlan de mí	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
18	Me preocupa que mi opinión no guste a los demás cuando debatimos	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
19	Me da miedo pedir a los demás que hagan cosas conmigo por si me dicen que no	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
20	Me pongo nervioso cuando estoy con otras personas	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
21	Siento vergüenza incluso cuando estoy con gente que conozco bien	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
22	Me cuesta trabajo pedir a los demás que hagan cosas conmigo	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre

Gracias por su participación