

Introducción

Las consecuencias psicológicas del bullying sufrido durante la etapa escolar en jóvenes estudiantes de nuevo ingreso a la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho se convierten en un tema de vital importancia en los tiempos que vivimos, puesto que, al abordar esta temática desde una perspectiva de investigación clínica se puede observar una alta prevalencia de este fenómeno a lo largo a nivel global. Según un estudio realizado por la UNICEF (2018), se tiene la considerable suma de que la mitad de la población mundial en su etapa educativa (aproximadamente unos 150 millones de personas, niños entre 13-15 años) han experimentado algún tipo de violencia escolar entre pares, afectando directamente a la calidad de vida y estudios de los educandos, siendo esta una lección diaria para los mismos.

Por otra parte, la emisora internacional de noticias e investigaciones alemana, Deutsche Welle (2024), manifiesta que es un secreto a voces que, en América Latina, el bullying tenga una alta prevalencia y presencia en múltiples países de la región, siendo Costa Rica (con un 44% de su población en edad escolar padeciendo bullying) uno de los más afectados, junto a Colombia, Brasil, Perú y Chile.

Además, en nuestro país, durante el informe anual realizado por la UNICEF (2022), se indica que el índice de bullying en la etapa escolar (en promedio), afecta a cuatro de cada diez niños y adolescentes, los cuales afirman haber sido víctimas del mismo, teniendo esta problemática una grave afectación en los jóvenes educandos, mermando sus defensas psíquicas y siendo precursora de posibles psicopatologías clínicas, que terminarán apareciendo en etapas posteriores de su vida, siendo de vital importancia conocer las consecuencias de estas situaciones a largo plazo desde un punto de vista clínico.

Por lo cual, siguiendo esta línea de la psicología, para Piñuel (2016, p. 21), el 90% del bullying es meramente psicológico, razón por la cual se lo tiende a hacer de menos, ya que no es un fenómeno que pueda visibilizarse fácilmente, y solo el 10%, posee connotaciones físicas, visibles a simple vista. Por otra parte, para Cassinello (2024), el bullying puede verse cómo un impulsor de la aparición de la ansiedad, generando un nivel altísimo de prevalencia en las víctimas del mismo, estando estos en un continuo sobresalto, preocupándose y esperando con mucho recelo cuándo ocurrirá el siguiente episodio, derivando en los ya conocidos síntomas fisiológicos de esta patología, debido a que una continua ansiedad puede generar un cuadro

clínico, tornándose patológica, con la presencia de dolores de cabeza, malestar estomacal, dificultad para concentrarse y otros síntomas.

De similar modo, en concordancia con el párrafo anterior, según el estudio de Li et al. (2018), el bullying puede terminar desencadenando en una depresión, misma que merma la capacidad del educando en su día a día, con la presencia de los síntomas típicos de la misma, cómo ser la falta de placer por las actividades cotidianas (anhedonia), bajo estado de ánimo, trastornos del sueño (insomnio e hipersomnia), pocas ganas de comer, sentimientos de culpa.

Además, un estudio más reciente menciona que el bullying genera una baja autoestima, la cual afecta de forma directa a la imagen del estudiante al no poder identificarse y percibirse a sí mismo de forma correcta al sufrir continuamente de ataques hacia su persona, mermando su auto concepto y relaciones interpersonales, tendiendo al auto aislamiento (Orozco & Fernández, 2021).

Finalmente (a modo de cierre de esta breve introducción), se puede mencionar que, si bien el bullying es un secreto a voces en nuestro medio, esto no lo vuelve menos importante o con una visibilidad mermada para la sociedad tarijeña, ya que para quienes lo padecieron en su día a día durante el transcurso de su época escolar, es un flagelo que dejara cicatrices permanentes su psique (a modo de estrés post traumático), pudiendo estas no cerrarse nunca y acompañándolos por muchos años, aún durante su época universitaria y vida adulta.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO Y

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

1. Planteamiento y justificación del problema

1.1. Planteamiento del Problema

Desde que el ser humano se volvió sociable y la sociedad comenzó a modernizarse dejando a un lado las emociones y sentimientos en pos de una mejor productividad y economía del tiempo, priorizando el individualismo y el yo por encima de los demás, el bullying comenzó a surgir y ser cada vez más común entre las personas, tanto en jóvenes como adultos, puesto que al no existir dos individuos iguales, cada ser humano tiene su propio modo de ser; ya que al poseer diversas costumbres o haber crecido en un sistema social diferente (implantado en el seno familiar), se tiende a ver a las diferencias de pensamiento, modos de ser, etc., como algo ajeno hacia el yo mismo, siendo este, tomado en diversas oportunidades como un factor de amenaza o vulnerabilidad, el cual predispone a quienes ejercen esta problemática como agresores e intimidadores y a los que la reciben como víctimas o intimidados. Para Olweus (1998), estas agresiones engloban un cúmulo de características, muchas de las cuales tienen fuerte presencia en psicopatologías clínicas, generándoles una amplia gama de sintomatologías, que van desde la ansiedad, depresión y baja autoestima, dejándoles secuelas que más tarde se manifestaran como estrés postraumático y rasgos de la personalidad alterados.

Si bien la palabra “consecuencia” tiene diversas interpretaciones y significados acorde al área gramatical en donde se la emplea, desde el punto de vista psicológico y siguiendo una línea clínica, puede tomarse como el resultado y respuestas del sujeto para su entorno (tomando como base de este razonamiento el conductismo en general) y del entorno para con el sujeto, teniendo las mismas una vertiente positiva (refuerzos positivos ante los estímulos producidos de la consecuencia de un acto) o una vertiente negativa (refuerzos negativos ante los estímulos producidos ante la consecuencia de un acto), siendo ante un caso de bullying una serie de refuerzos negativos para la persona que recibe este comportamiento, mismos que derivan en lo ya mencionado en el párrafo anterior, pudiendo manifestarse en etapas posteriores de la vida de los afectados, ya que, contrariamente a la gran mayoría de estudios, teorías y creencias populares que afirman que el bullying solo es algo que pasa en la escuela y desaparece para no volver, este sí puede dejar daños irreversibles, que afectan la psique de quienes lo sufrieron.

Además, al tomarse las “consecuencias” del bullying desde la vertiente clínica, es menester delimitar las mismas a las fracciones más resaltantes en dicha área, y que pudieran haber generado un mayor impacto en las personas que lo padecieron en su época escolar, afectando directamente etapas posteriores de su vida. Tomando como punto de partida la etimología de la palabra, el bullying, del inglés “bull” (toro, en castellano), hace referencia a las conductas violentas de este animal; es un concepto desarrollado originalmente por Dan Olweus, el cual lo ha definido como: “Un alumno está siendo maltratado o victimizado cuando él o ella está expuesto repetidamente y a lo largo del tiempo a acciones negativas de otro o un grupo de estudiantes” (Olweus, 1993, como se citó en Del Rey & Ortega, 2006 p. 2).

Teniendo por tanto aún una gran amplitud del término, sin embargo, a pesar de ser el creador del mismo, no es el único autor que se dedicó al estudio de esta teoría, existiendo diversas fuentes y estudios que emplean este concepto desde todas las áreas que engloban a la psicología, algunas de las cuales, se centraron en el maltrato, el acoso o la victimización, siendo estos conceptos más específicos que a su vez engloban variables propias de la psicología clínica, como ser la ansiedad, la depresión, el estrés postraumático, los rasgos psicopatológicos de la personalidad y la baja autoestima.

Conjuntamente, tomando como referencia lo anteriormente mencionado, la víctima de bullying puede inducirse y caer en un cuadro de estrés postraumático, el cual según Echeburúa (2004, p. 29) “es un acontecimiento negativo intenso que surge de forma brusca, que resulta inesperado e incontrolable y que, al poner en peligro la integridad física o psicológica de una persona que se muestra incapaz de afrontarlo.”

Otra de las variables que puede presentar el bullying, es la ansiedad, propia de individuos que están en constante exposición ante estímulos, “buena parte de los niños que padecen de violencias sistemáticas en las aulas presentan daños permanentes como son los trastornos de ansiedad” (Ortega & Piñuel, 2006, p. 7). Además, tomando en cuenta la etimología de la palabra ansiedad, bajo la cual se desarrollará el presente trabajo de investigación, se puede definir como: “un sistema complejo de respuesta cognitiva, afectiva, fisiológica y conductual (es decir, ante una amenaza), que se activa cuando los eventos o circunstancias anticipados se consideran altamente aversivos” (Beck & Clark, 1976, p. 150) y según Rojas (2000, p. 30), podría denominarse como “una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y

asertiva, caracterizada por un estado de alerta, de activación generalizada, misma que es una señal de peligro difusa que el individuo percibe como una amenaza para su integridad.”

De similar modo, la depresión, es también parte de una consecuencia del bullying, ya que es percibida según Beck como una triada, fruto de una percepción errónea y negativa del sujeto hacia sí mismo, viéndose desgraciado, torpe y con poca valía, atribuyendo sus desgracias a un efecto suyo, una culpa propia, criticándose sin parar y creyendo no tener los atributos para ser feliz ni en la actualidad ni en el futuro (Beck et al., 1983).

Por otra parte, la autoestima, desde una perspectiva clínica, también puede tener un grado de afectación producto del bullying, ya que las personas que dudan de su valía o autoestima, no pueden dar ni recibir amor, aparentemente por temor a que la intimidad que conlleva este, revele sus deficiencias y provoque el rechazo de los demás, por eso evitan relacionarse con los demás, aislándose, sintiendo culpa, vergüenza o creyendo que son de tan poca importancia que serán vistos como inferiores (Coopersmith, 1967).

A nivel internacional existen investigaciones afines, como la de Piñuel & Oñate, (2007, pp. 61-62), realizado en España y denominado El estudio Cisneros X, encontrando (bajo la modalidad de estudio exploratorio, con una población de 25.000 participantes), que uno de cuatro niños durante su etapa escolar, sufre de bullying, acarreándoles a corto plazo, consecuencias psicológicas.

Por otra parte, en diversos países de Latinoamérica, entre estos, Argentina, el libro publicado bajo el nombre de La tragedia educativa, expone una crítica profunda sobre cómo la sociedad de este país refleja su influencia en la escuela; su autor Etcheverry (1999, p. 60), explica cómo los jóvenes se dan cuenta que están siendo influenciados por las personas de su entorno y a pesar de ello, terminan recayendo en comportamientos discriminatorios y bullying, puesto que así es la forma en la que el mundo les ha enseñado a vivir.

Además, Brasil, Perú y Colombia, realizaron conjuntamente un estudio denominado La discriminación en la educación en la primera infancia, el cual es una investigación cualitativa, con una metodología de estudios de caso múltiples, con el objetivo de encontrar discriminación hacia los niños en la escuela o entre los mismos, producto de las características psicosociales presentes en el ambiente, según la Red de Organizaciones de la Sociedad Civil que lleva el nombre de Campaña latinoamericana por el derecho a la educación CLADE

(2013, p. 8), “este fenómeno es muy minimizado por el núcleo familiar, se niega el racismo, sexismo y las consecuencias del mismo, llegando a la invisibilización del mismo, generando situaciones de desigualdad y malestar.”

A nivel nacional, según datos hallados por la UNICEF (2020, párr. 4), se tiene que:

Durante la gestión 2019 en La Paz, el 90% de las y los estudiantes de secundaria perciben la existencia de violencia escolar en sus unidades educativas. Un 27% afirma que todos los actores en las unidades educativas muestran conductas agresivas, especialmente aquellos de cursos superiores. En Santa Cruz, siete de cada diez estudiantes están expuestos a algún tipo de violencia en el ámbito escolar. Los casos de violencia que ocurren de manera frecuente afectan a cinco de cada diez estudiantes en primaria y a seis de cada diez estudiantes en secundaria. La violencia escolar afecta por igual a mujeres y varones, sin embargo, en el caso de las mujeres esa situación las afecta más a medida que van creciendo.

De similar modo, se tiene una investigación (tesis de grado) realizada en la ciudad de La Paz, titulada: “La discriminación y la autoestima en la educación”, con una metodología descriptiva correlacional, con variables como la discriminación y la autoestima en una escuela urbana en niños, mismas que al ser expuestas a los instrumentos evaluadores dan como resultado que 74% de los niños asistentes sufren discriminación y 94% de la población escolar posee baja autoestima, (Tiñini, 1999).

En el contexto local existen estudios de tesis de grado realizadas en la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho que resultan análogas al presente tema de investigación, puesto que, si bien tratan temas relacionados con el bullying, estas están enfocadas en casi su totalidad al ámbito socioeducativo y no así al clínico, por lo cual, sus conclusiones, estructura y variables difieren mucho. Uno de ellos, bajo el título de: “Características psicológicas en estudiantes entre 14 y 16 años que practican bullying (agresores) en los colegios periurbanos de la ciudad de Tarija”, con una muestra representativa de 350 estudiantes, llegó a la conclusión de que 14 de cada 100 adolescentes practican bullying, presentando rasgos de la personalidad relacionados con la violencia y con sintomatología ansiosa que va desde lo moderado a lo muy grave, (Serrano, 2013).

De similar modo, la práctica institucional titulada: “Programa de intervención psicoeducativo en las áreas de bullying y educación sexual con estudiantes de quinto de primaria a segundo de secundaria de la unidad educativa La Salle- Tarija”, con una muestra representativa de 412 estudiantes, concluyó que para los estudiantes las consecuencias más graves de esta problemática eran las físicas, pero, que en la mayoría de las oportunidades lo psicológico puede marcar para siempre la vida de las personas, y si bien algunas pueden soportarlas quedan perturbadas, llegando en algunos casos al suicidio, (Achá, 2016).

Finalmente, en la tesis de grado titulada: “Psicodiagnóstico clínico en jóvenes víctimas de bullying del nivel secundario de la unidad educativa Bolivia 2.”, buscó identificar mediante la metodología de estudios de caso, como el bullying afecta a la vida de estudiantes en su etapa escolar. Tuvo un total de 12 casos, concluyendo que los jóvenes estudiantes manifestaron niveles medio-altos de ansiedad y depresión, con una autoestima a nivel medio, siendo en su mayoría, agresivos con sus pares, (Gómez, 2024).

Es así que, en análisis a la información plasmada en los párrafos anteriores, se plantea la siguiente pregunta científica de investigación:

¿Cuáles son las consecuencias psicológicas del bullying sufrido durante la etapa escolar en estudiantes de nuevo ingreso de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho?

1.2. Justificación

Un estudio de casos centrado en las consecuencias psicológicas del bullying sufrido durante la etapa escolar y como este pudiese generar posteriormente afectación a jóvenes estudiantes en su vida adulta, posee relevancia científica, puesto que toca facetas de esta temática que aún no han sido exploradas a profundidad, debido a que casi la totalidad de estudios están enfocados en las consecuencias inmediatas y no así, a futuro, las cuales, pueden llegar a afectar sus rasgos de personalidad y mermar su autoestima, provocándoles ataques de ansiedad y desarrollando depresión, fruto de un estrés postraumático, siendo estos un nuevo e inmenso objeto de estudio, (al ser una temática poco explorada) para que de este modo, estas patologías sean visibilizadas y entendidas desde un punto de vista clínico, facilitando su entendimiento no solo en nuestro medio, sino en la población en general.

Ya que, según diversos autores alrededor del mundo el fenómeno de la agresión (y, por tanto, el bullying) se ha incrementado exponencialmente desde el año 2000, llegando a tener más de dieciséis millones de resultados al ser buscado en Google, cantidad similar a la que arroja la búsqueda global de enfermedades y trastornos mentales por internet; además desde que el término bullying fuese creado por Dan Olweus en 1973 y hasta inicios del nuevo milenio solo existieron menos de 200 artículos científicos publicados sobre esta temática, un número relativamente bajo y contrastante con los más de 600 artículos que existen en la actualidad sobre el tema (Goldstein, s. f.).

Mientras que, para Piñuel (2016, p. 20), el bullying durante la etapa escolar genera daños psicológicos, siendo estos la parte invisible de esta problemática durante el 90% del tiempo, puesto que ataca la psique de las personas, entre los cuales se pueden encontrar (como consecuencia psicológica directa) el estrés postraumático, la depresión, ansiedad, la ideación suicida, cambios en la personalidad y la disminución de autoestima, siendo este un iceberg (un problema del cual solo se puede observar su superficie), contrariamente a las agresiones físicas, las cuales sí son visibles (cuando el agresor infringe heridas, golpes, etc.) y representan el 10% restante de esta problemática.

Por otra parte, el presente trabajo consta de un aporte social, ya que ayudara a visibilizar las consecuencias a largo plazo del bullying, en etapas posteriores a la escolar, ya que, mediante los testimonios recopilados con los instrumentos aplicados se da voz a quienes lo padecieron, permitiéndoles expresar como este flagelo, les dejó secuelas, las cuales, afectan sus vidas actualmente. Además, desde la sociedad existe una preocupación y demanda cada día más extensa, ya que el bullying es noticia constante en medios de prensa o informativos, llegando a denominarse como: “Una bomba de tiempo para las víctimas, urge una atención pertinente” (Cahuasa 2023, párr. uno), provocando que a nivel mundial se desarrollen programas como Kiva (contra el acoso escolar), impulsado por el gobierno Finlandés en el año 2006, el “Tei” (tutoría entre iguales), creado por Bellido en el año 2002, mismo que toma al bullying desde un enfoque no solo educativo, sino clínico y el “AVE” (acoso y violencia escolar), desarrollado por Piñuel durante el año 2007, con lo cual, se puede evidenciar que el interés social es algo palpable.

Este trabajo también presenta un aporte teórico, puesto que, si bien existen estudios e investigaciones antecesoras sobre esta temática, suelen tener diversas variables, poblaciones y objetivos paralelos (y no se hallan enmarcados en el área clínica), los cuales abordaron algún aspecto de la misma, en el ámbito social, educativo o psicológico, en temas de género, racismo, comportamientos discriminatorios, agresividad, abuso, baja autoestima, etc. Sin embargo, la población objetivo a la cual estaban direccionadas eran estudiantes de grados académicos a nivel colegiatura o bachillerato, adolescentes y otros, no llegando a tratar o rozando de forma parcial el tema de las consecuencias psicológicas del bullying sufrido durante la etapa escolar y los efectos que este podría llegar a tener a largo plazo en sus vidas una vez finalizado el colegio, aportando de este modo nuevos datos al emplear una perspectiva diferente.

Además, tomar a la ansiedad bajo este punto de vista brindó otra forma de verla, puesto que se pudo observar como un estudiante ansioso con posibles secuelas de bullying tiene mermada su resiliencia, con gran afectación en su funcionamiento diario, fruto del trastorno del estrés postraumático no pudiendo manejar de forma óptima los problemas que le vayan surgiendo durante las nuevas etapas de su vida, logrando comprender por qué presenta actitudes negativas hacia sí mismo.

También, se tuvo otra perspectiva de la depresión, la cual no solo se centrará en el posible estado depresivo actual, si no en que factores lo llevaron a padecerlo, al haber sufrido de bullying durante su vida escolar. Finalmente, el presente estudio brindará otra cara de la autoestima, la cual está mermada por el bullying en la población de estudio, puesto que los estudiantes no poseen o desarrollaron un buen juicio de valor y autopercepción, llegando al aislamiento y auto victimización, impactando directamente en sus rasgos de la personalidad, tornándose clínicamente patológicos.

Por otra parte, el aporte práctico de esta investigación podrá servir para desarrollar nuevas investigaciones en el área clínica y educativa, puesto que se tocó un tema que, si bien tiene una connotación educativa, sus variables y contenido son netamente clínicas, formando una amalgama de conceptos e ideas que brindaran apoyo a futuros investigadores en proyectos centrados en la prevención del bullying, el entendimiento del mismo y en la visibilización de cuáles son las consecuencias clínicas en la vida adulta, al haberlo padecido y acarreado por

años, concientizado a las personas, instituciones y ciudadanía en general que no solamente un estudiante puede sufrir de bullying en su etapa escolar y posteriormente, continuar con su vida como si nada hubiera pasado; ya que existe un factor invisible, clínico y aferrado a su psique, que se inmiscuye constantemente en su funcionamiento, manifestándose en las nuevas etapas de su vida adulta, un factor denominado, consecuencias psicológicas del bullying sufrido durante la etapa escolar.

CAPÍTULO II

DISEÑO TEÓRICO

2. Diseño teórico

2.1. Problema de Investigación

¿Cuáles son las consecuencias psicológicas del bullying sufrido durante la etapa escolar en estudiantes de nuevo ingreso de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho?

2.2. Objetivos

2.2.1. Objetivo general

Determinar cuáles son las consecuencias psicológicas del bullying sufrido durante la etapa escolar en estudiantes universitarios de nuevo ingreso de la universidad Autónoma Juan Misael Saracho.

2.2.2 Objetivos específicos

- Identificar el bullying sufrido
- Identificar la presencia del trastorno de estrés postraumático
- Identificar los rasgos de personalidad
- Identificar la presencia de ansiedad
- Identificar la presencia de depresión
- Identificar el nivel de autoestima

2.3. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores	Escala
Bullying	Un continuo y deliberado maltrato verbal y modal que recibe un niño por parte de otros, que se comportan con el cruelmente con el objeto de someterle, amilanarle, intimidarle, amenazarle u obtener algo mediante el chantaje y que atenta contra la dignidad del niño y sus derechos fundamentales (Piñuel & Oñate, 2006, p. 6).	Hostigamiento	Presencia de hostigamiento, ridiculización, burla y desprecio. Matonaje hacia la forma de ser, de hablar y de comportarse, llegando a difundir falsos rumores.	(AVE) Auto informe de acoso y violencia escolar de Piñuel & Oñate (2006) Escala por ítem, primera parte: 0 (nunca), 1 (pocas veces), 2 (muchas veces) Escala por ítem, segunda parte: Si/no. Escala de las variables por intensidad del acoso: SC: Acoso sin constatar 0-61 C: Acoso constatado 61-80 CC: Acoso bien constatado 81-95 CCC: Acoso muy constatado 96-99
		Intimidación	Presencia de intimidaciones y de amilanamiento para realizar acciones que no se desea llevar a cabo.	
		Amenazas	Presencia de amenazas, con abuso físico, verbal y psicológico, hacia su propia persona o familia	
		Coacciones	Presencia de violencia hacia su persona, obligándolo a hacer cosas que no quiere.	
		Bloqueo social	Presencia de marginamiento y aislamiento hacia su persona, bloqueando su participación en actividades cotidianas.	
		Exclusión social	Conductas de exclusión de su persona hacia su entorno social.	

		Manipulación social	Manipulación de su entorno psicosocial, difundiendo rumores y mentiras sobre su persona.	
		Agresiones	Presencia de agresiones físicas, verbales o psicológicas hacia su persona.	
Estrés post traumático	Es el desarrollo de síntomas específicos tras la exposición a uno o más eventos traumáticos (DSM-5, 2013, p. 274).	Criterio A	Manifiesta el haber vivenciado algún acontecimiento traumático en su vida.	(EGEP-5) Evaluación global de estrés postraumático adaptada a los criterios del DSM-5 Rango: 0-99 Punto de corte: 50 Criterio A: Ítems del 1 al 11 en donde el aplicante haya indicado al menos un acontecimiento traumático; ítem 14, la persona debe puntuar una opción diferente a “último mes”. Criterio B: Ítems del 27 al 31, el aplicante debe contestar afirmativamente estos ítems con una escala del 0 al 5 para el número de síntomas y una escala del 0 al 4 para intensidad de los síntomas. Criterio C: Ítems 32 y 33, el aplicante debe manifestar al menos uno de los dos síntomas
		Criterio B	Tiene sueños desagradables, malestar e ideas repetitivas sobre el acontecimiento, hay momentos en los que actúa o se siente como si estuviera viviendo de nuevo el acontecimiento, siente malestar cuando algo le recuerda el acontecimiento, los recuerdos sobre el acontecimiento hace que tiemble, sude, se le acelere el corazón.	
		Criterio C	Intenta evitar o ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones relacionados con el acontecimiento.	
		Criterio D	Tiene dificultades para recordar algunos aspectos importantes del acontecimiento, siente que no puede confiar en los demás, se ha sentido culpable por algo que hizo o dejó de hacer durante el acontecimiento, tiene constantemente sentimientos	

			negativos, ha disminuido su interés o el placer en cosas con las que solía disfrutar.	de este criterio. Criterio D: Ítems 34 a 40, el aplicante debe puntuar al menos dos síntomas de este criterio. Criterio E: Ítems 41 a 46, el aplicante debe puntuar al menos dos síntomas de este criterio, Criterio F: Ítem 50, si ha marcado la primera opción se indicará como NO y si ha marcado cualquier otra opción restante se indicará como un SI, además, se tomará en cuenta las áreas afectadas contabilizando en número de respuestas afirmativas de los ítems 52 a 58. Criterio G: Si las áreas afectadas del criterio F son mayores a dos, se contabiliza y cumple el criterio G.
		Criterio E	Se siente irritable o tiene ataques de ira, lleva a cabo conductas que sabe que son peligrosas o que pueden causarle algún daño, está en constante estado de alerta o vigilancia, se sobresalta o asusta fácilmente, tiene dificultades para concentrarse, tiene dificultades para dormirse o mantener el sueño.	
		Criterio F	Ha consultado al médico o algún otro profesional de la salud por estos problemas, ha tomado medicación más de una vez por semana por estos problemas, ha tomado alcohol o drogas a causa de estos problemas, han afectado negativamente estos problemas a su vida laboral o académica, han afectado negativamente estos problemas a sus relaciones sociales, han afectado negativamente estos problemas a sus relaciones familiares o de pareja, han afectado negativamente estos problemas a algún otro aspecto importante de su vida.	
		Criterio G	Las áreas afectadas del criterio F son iguales o superiores a 2.	

Rasgos de personalidad	Rasgos estables que organizan como las personas interactúan con su entorno, procesan información y regulan emociones, son dimensionales, tienen bases biológicas y predicen conductas clínicas (Harkness et al, 2011).	Agresividad-revisada (AGGR-r)	Por principio, cuando alguien me hace algún mal, siento que debo pagarle con la misma moneda, con frecuencia he tenido que recibir órdenes de personas que sabían menos que yo, a veces siento deseos de empezar peleas a golpes, puedo atemorizar a la gente y a veces lo hago para divertirme.	Inventario Multifásico de la personalidad Minnesota 2, Forma Reestructurada (MMPI-2-RF) Escala PSY-5 Opciones: Verdadero (V) o Falso (F) Sub escalas: Cinco escalas de psicopatología de la personalidad (PSY-5)
		Psicoticismo-revisado (PSYC-r)	Frecuentemente siento que puedo leer la mente de otras personas, en ocasiones espíritus malignos se posesionan en mí, creo que me están siguiendo, creo que están conspirando contra mí, alguien ha intentado envenenarme, a veces percibo olores raros, frecuentemente oigo voces sin saber de dónde vienen, a veces mi alma abandona mi cuerpo, alguien controla mi mente, si la gente no hubiera querido perjudicarme hubiera tenido más éxito en la vida.	Agresividad-revisada: $T \leq 39$: Sumiso y pasivo a nivel interpersonal T : 40-64: Indica un sentimiento regular de pasividad y agresividad $T \geq 65$: Agresivo, asertivo a nivel interpersonal Psicoticismo-revisada: $T \leq 39$: No indica experiencias de alteración en el pensamiento
		Impulsividad-revisada (DISC-r)	Cuando era más joven, a veces robé algunas cosas, me gusta hablar sobre temas sexuales, en la escuela mis calificaciones de conducta eran generalmente malas, me drogo o me	T : 40-64: Poca presencia de alteraciones del pensamiento $T \geq 65$: Indica diversas

			emborracho por lo menos una vez a la semana, me gusta tener a los demás intrigados respecto a lo que haré, cuando me aburro me gusta provocar algo emocionante o divertido.	experiencias asociadas con alteración en el pensamiento Impulsividad-revisada: $T \leq 39$: Indica comportamiento excesivamente reservado
		Neuroticismo/ Emocionalidad -revisada (NEGE-r)	Tengo la tendencia a tomar las cosas muy en serio, me preocupa bastante el dinero, me preocupo mucho por las posibles desgracias, me enoja con facilidad pero se me pasa pronto, sin duda he tenido más cosas de que preocuparme de las que me corresponderían, tiendo a tomar los engaños tan a pecho que no puedo dejar de pensar en ellos, a menudo me he sentido culpable porque he fingido mayor pesar del que realmente sentía, a veces siento ganas de destruir las cosas.	T : 40-64: Poca presencia de ser reservada o conductas de acting out $T \geq 65$: Indica diversas experiencias asociadas con alteración en el pensamiento Neuroticismo/e. negativa-revisada: $T \leq 39$: Indica un nivel debajo del promedio de experiencias emocionales negativas
		Introversión Disminución de emociones positivas- revisada (INTR-r)	Mi vida diaria está llena de cosas que mantienen mi interés, me gusta muchísimo ir a bailes, soy una persona muy sociable, soy una persona importante, me parece que soy tan listo(a) como la mayoría de los que me rodean, algunas veces sin razón, aun cuando me vaya mal, me siento muy alegre como si estuviera en la “cima del mundo”, tengo	T : 40-64: Persona que puede llegar a reportar experiencias negativas y quejarse a nivel promedio $T \geq 65$: Indica diversas experiencias de emociones negativas Introversión/disminución de emociones positivas: $T \leq 39$: Indica sentimientos de

			periodos en que me siento muy alegre sin que exista una razón en especial, disfruto de distintas clases de juegos y diversiones, me gusta coquetear.	energía y tiene muchas experiencias emocionalmente positivas T: 40-64: Sentimientos de experiencias en nivel promedio T $\geq$ 65: Pérdida de experiencias emocionalmente positivas y evitación de situaciones sociales.
Ansiedad	Una vivencia de temor ante algo difuso, vago, inconcreto, indefinido, una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y asertiva, caracterizada por un estado de alerta, de activación generalizada (Rojas, 2000, pp. 27-30).	Síntomas físicos	Taquicardia, nudo en el estómago, dificultad respiratoria, opresión precordial, sequedad de boca, aumento del tono muscular, náuseas, diarrea, dificultad para tragar, vértigos	Cuestionario de Rojas para valorar la ansiedad (2000) Opciones: 0 (no), 1,2,3,4 Escala y puntuación de la variable: 0-20: Banda normal. 20-30: Ansiedad ligera. 30-40: Ansiedad moderada. 40-50: Ansiedad grave. 50+: Ansiedad muy grave. Sub escalas: 0-20: Síntomas leves.
		Síntomas psíquicos	Se nota inquieto, se siente amenazado, tiene la sensación de luchar continuamente sin saber contra que, ganas de huir, tiene fobias, tiene miedos, a veces queda preso de terrores o tiene ataques de pánico, se siente muy inseguro de sí mismo, teme no controlarse y llegar a suicidarse	

		Síntomas conductuales	Estar irritable, cambia mucho de postura, gesticula mucho, tartamudea o cecea, tiene más tensa la mandíbula, a veces se queda bloqueado sin saber que decir, se muerde las uñas, le ha cambiado el tono de la voz, se mueve de un lado para otro sin motivo, juega mucho con objetos, necesita tener algo entre manos.	21-40: Síntomas medios. 41-60: Síntomas altos. 61-80: Síntomas graves.
		Síntomas intelectuales	Inquietud sobre el futuro, piensa que tiene mala suerte, cree que no sirve para nada, se concentra mal, está muy despistado, le da muchas vueltas a la cosa, todo le afecta negativamente, se acuerda más de lo negativo que de lo positivo, piensa en lo que haría en una situación difícil y cree que no podría superarla.	
		Síntomas asertivos	A veces no sabe que decir ante ciertas personas, le cuesta mucho decir que no, le resulta muy difícil hablar en público, se nota muy pasivo y bloqueado en reuniones sociales, se siente a menudo avergonzando ante de los demás, se avergüenza con cosas que hacen los demás, está muy al pendiente de lo que los demás opinan de él.	

Depresión	El depresivo tiene una visión negativa de sí mismo, interpreta sus experiencias de forma negativa y ve al futuro de igual modo, mantiene actitudes que le hacen sufrir y no procesa su pensamiento de forma correcta (Beck et al 1983, p. 19-24)	Síntomas cognitivo-afectivos	Tristeza, pesimismo, sentimientos de fracaso, pérdida de placer (anhedonia), sentimientos de culpa, sentimientos de ser castigado, autocrítica, ideación suicida, llanto, irritabilidad, indecisión.	(BDI-II) Inventario de depresión de Beck (Revisión española, 2011) Opciones: 0,1,2,3 Escala de la variable: 0 a 13: Depresión mínima o ausente. 14 a 19: Depresión leve. 20 a 28: Depresión moderada. 29 a 63: Depresión grave.
		Síntomas somático-motivacionales	Pérdida de interés en otras personas, dificultad para tomar decisiones, cambios en la imagen corporal, dificultad para trabajar, alteraciones del sueño, fatiga, cambios en el apetito, pérdida de peso, preocupación por la salud física, pérdida del interés sexual.	
Autoestima	Es un juicio personal de valía, que se expresa en las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo y la experiencia subjetiva que se transmite a los demás mediante palabras y otros comportamientos propios de cada persona (Coopersmith, 1967, pp. 4-5)	Autoestima General	Autopercepción, experiencia valorativa sobre características físicas y psicológicas.	Test de Autoestima de Coopersmith Adultos (1990) Opciones: Verdadero o Falso. Escala de la variable: Autoestima total: 0 a 21: Muy baja autoestima. 22 a 25: Baja autoestima. 26 a 34: Autoestima normal. 35 a 38: Autoestima alta. 39+: Autoestima muy alta.
		Autoestima Social/Laboral y Académica	Autopercepción de las actitudes y habilidades frente al medio social, hogar, trabajo, ámbito académico y su nivel de satisfacción.	
		Autoestima en el Hogar	Actitud y percepción de las actitudes y habilidades necesarias para con el contexto familiar.	

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

3. Marco teórico

Tanto en bullying como en estrés postraumático, rasgos de personalidad, ansiedad, depresión y baja autoestima existen diversos autores y fuentes de información que desglosan estos temas de forma específica en diversas investigaciones y variantes, sin embargo, al ser conceptos tan grandes, el conocimiento suele estar disperso y fraccionado en muchísimos estudios que escapan del área de trabajo del presente documento.

Por tanto, se realizó un proceso catalizador de información y elementos bibliográficos que aporten claridad y entendimiento al desarrollo teórico que rige esta investigación, desglosando las variables trabajadas en el capítulo anterior, a fin de reforzar y afianzar conceptos despejando posibles dudas de los mismos.

3.1. Bullying

A modo de contextualizar y aportar riqueza a la variable y principal objeto de estudio de la presente investigación, es menester comenzar citando al creador e impulsor del término bullying, ya que, si bien existen muchas interpretaciones de lo que esta palabra significa y despierta en la mente de las personas, la más extendida a nivel mundial y que mayor grado de aceptación conlleva es la emitida por quien acuñó el término, Dan Olweus, (1998 p. 10), el cual mencionaba que:

Un alumno está siendo maltratado o victimizado cuando él o ella está expuesto repetidamente y a lo largo del tiempo a acciones negativas de otro o un grupo de estudiantes, las formas pueden servirse de la palabra con amenazas y burlas, poner moteos o servirse de la acción, golpeando, empujando, dando patadas, impidiendo pasar libremente a alguien o servirse incluso de otras formas, haciendo muecas, gestos obscenos y excluyendo a alguien a propósito.

Además, existen dos perfiles “el agresor activo, que es quien arremete directa y personalmente, y el indirecto, que es el que desde la sombra dirige el comportamiento de sus seguidores” (Olweus, 1990, como se citó en Pedreira et al, 2011, p. 666).

Para Olweus existe un “modelo social de contagio, que actúa en los grupos y afecta a todos, pero sobre todo a aquellos que no tienen espíritu crítico, son inseguros, dependientes y no cuentan con el apoyo del resto de sus compañeros, por lo cual si la conducta violenta no es censurada y tiene éxito esta se verá reforzada, además de que existen tres factores en el ámbito

familiar que se consideran decisivos para el desarrollo de modelos de agresión entre estudiantes: 1) actitud emotiva de los padres negativa, socializando a sus hijos sin afecto ni dedicación, 2) la ausencia de límites y permisividad ante la conducta agresiva de los hijos, 3) uso del castigo físico y maltrato emocional para afirmar su autoridad (Olweus, 1990, como se citó en Pedreira et al, 2011, p. 666).”

Ahora bien, habiendo abarcado y sintetizado de manera breve al autor del término bullying en los párrafos anteriores, es de importancia mencionar al investigador, Iñaki Piñuel, (2006, p. 6) del cual el presente estudio emplea uno de sus instrumentos (el test AVE) y parte de su teoría denominada como acoso escolar (o bullying), que se define de la siguiente manera:

Un continuo y deliberado maltrato verbal y modal que recibe un niño por parte de otros, que se comportan con él cruelmente con el objeto de someterle, amilanarle, intimidarle, amenazarle u obtener algo mediante el chantaje y que atenta contra la dignidad del niño y sus derechos fundamentales; en complemento de este párrafo, el mismo autor indica que:

A pesar de que se utiliza el término bullying (matonismo) con profusión (en especial en el ámbito escolar), lo cierto es que el maltrato físico y las agresiones físicas no dejan de ser sino una parte pequeña del total de conductas de acoso y violencia, y además las que menos hacen daño a los niños acosados.

Por lo cual, Piñuel & Oñate (2006, p. 6), expresan que:

El uso del término anglosajón, bullying y su acepción claramente sesgada como «tipo de violencia o intimidación física», oculta de manera inadmisible una realidad mucho más amplia y extendida entre los niños: toda una gama de conductas de violencia y acoso psicológico mucho más frecuentes estadísticamente y que se trivializan como anodinas, pero que han demostrado ser mucho más lesivas psicológicamente. De ahí que en nuestra opinión el término acoso escolar resulte mucho más apropiado para referirnos a un tipo de agresión de naturaleza psicológica y grupal.

Además, Piñuel & Oñate (2006, p. 6), indican que el bullying o acoso escolar tiene tres criterios diagnósticos que se definen como

1. La existencia de una o más de las conductas de hostigamiento

2. La repetición de la conducta de hostigamiento que ha de ser evaluada por quien la padece, no como meramente incidental (alguna vez, pocas veces), sino como algo que el niño espera sistemáticamente recibir dentro del entorno escolar en su relación con quienes le acosan
3. La duración en el tiempo del acoso. Con el proceso de acoso se instala la indefensión que va a ir mimando la resistencia del niño y afectando significativamente a todos los órdenes de su vida, académico, afectivo emocional, social y familiar.

Mismos que, para Piñuel & Oñate (2006, p. 17), pueden clasificarse de forma global, al comparar el grado de intensidad del acoso que sufrieron las víctimas de bullying, mediante el análisis de las descripciones que brinden sobre conductas de acoso y hostigamiento, y la frecuencia con la que ocurren a lo largo del tiempo; además, esta clasificación del bullying puede medirse en intensidad acorde a la frecuencia con la que las víctimas las experimentan.

Aunado a lo anterior, se tienen las escalas del test AVE, las cuales están clasificadas en base a lo descrito en los criterios diagnósticos ya mencionados, y que para Piñuel & Oñate (2006, pp. 17-19), son:

1. Hostigamiento: Son las acciones de hostigamiento y acoso psicológico que se manifiestan mediante el desprecio y la falta de respeto y de consideración por la dignidad del niño
2. Intimidación: Son las conductas de acoso escolar que amilanan, persiguen, amedrentan y consumen al niño mediante una acción intimidatoria, con ellas se busca inducir al miedo
3. Amenazas a la integridad: Son conductas de acoso escolar que buscan amilantar mediante amenazas contra la integridad física del niño o de su familia mediante la extorsión
4. Coacciones: Son aquellas conductas de acoso escolar que pretenden que el niño realice actos contra de su voluntad, pretendiendo ejercer un dominio y un sometimiento total de su voluntad hacia el agresor proporcionándole beneficios al mismo, ya que los que acosan son percibidos como poderosos para la víctima; entre las más frecuentes se encuentran vejaciones, abusos o conductas sexuales no deseadas

5. Bloqueo social: Evalúa las acciones de acoso escolar que buscan bloquear socialmente al niño, aislándolo y marginándolo a nivel social, prohibiéndole hablar e impidiendo sus relaciones sociales, se caracterizan por tratar de hacer llorar siempre a su víctima
6. Exclusión social: Son las conductas de acoso escolar que buscan excluir al niño acosado mediante el “tu no”, al ningunearlo, no dejarlo jugar con los demás y hacer como que no existiera
7. Manipulación social: Son aquellas conductas de acoso que pretender distorsionar la imagen del niño y hacer que todos estén en su contra, presentando una imagen negativa del mismo
8. Agresiones: Son las agresiones ya sean físicas o psicológicas, que van desde la violencia, el robo, deterioro de las pertenencias, gritos, insultos y reírse de la víctima

Por otra parte, complementando la anterior descripción, se tienen las escalas clínicas del test AVE, las cuales están clasificadas en base a lo descrito en los criterios diagnósticos ya citados, los cuales, para Piñuel & Oñate (2006, pp. 25-30), son:

1. Ansiedad: Cuanto más ansioso se presenta el niño en su contexto escolar, mayor es la posibilidad de que sea percibido como vulnerable y mayor es la tasa de acoso hacia él, los síntomas de la ansiedad infantil se generan por persecuciones hacia su persona, violencia, acoso e intimidación y suelen pasar desapercibidos muchas veces o confundidos como neuroticismo, hiperactividad o un trastorno de déficit de atención.
2. Estrés postraumático: Tiene origen en el hostigamiento psicológico, intimidación, maltrato verbal , ya sea en la escuela, la familia o el entorno psicosocial del niño, puesto que cualquier situación que amenace su integridad física o psicológica puede causarle un shock, por lo cual, su organismo busca preservarse mediante una especie de anestesia emocional, que con el tiempo suele generar el TEPT, siendo mal diagnosticado como introversión, ansiedad, depresión, hiperactividad, fobias y problemas en habilidades sociales. El niño víctima de esta situación revive una y otra vez la situación traumática, sintiéndose en peligro inminente, creyendo que algo terrible les ocurrirá, sintiéndose hipervigilados, con pérdida en su capacidad de concentración, entre otros.

3. **Distimia:** Aproximadamente el 5% de los niños a nivel general padecen de depresión, hallándose tristes continuamente y llorando con facilidad, además de perder el interés por juegos y por asistir al colegio, alejándose de su familia y amigos, hablando poco y notándose con poca energía, llegando a manifestar ideación suicida, cambios en sus hábitos de sueño y alimentación, entre otros.
4. **Disminución de autoestima:** Los niños sometidos a un trato vejatorio, a insultos, apodos, agresiones y exclusión terminan introyectando esto y creyéndose de poco valor, rechazándose y teniendo juicios de valor negativos, perdiendo su capacidad de autodefensa y generándole una disminución severa en su autoestima.
5. **Flashbacks:** Suelen presentar invasión de imágenes y recuerdos de violencias padecidas, siendo estos relacionados con el TEPT, ya que los traumas que padecen, al no ser digeribles para ellos, terminan presentándose de esta manera disociándose, a modo de mecanismo de defensa.
6. **Somatización:** Al no poder procesar el trauma y hallarse indefensos, somatizan los mismos en forma de angustia, no queriendo ir al colegio, manifestando ansiedad anticipatoria, experimentando dolores, enfermedades y malestar en general.
7. **Autoimagen negativa:** Las humillaciones, vejaciones y acusaciones producen cambios significativos en la autopercepción del niño, viéndose de manera negativa, deformando su realidad, creyendo que todos están en su contra y pensando que está siendo perseguido. Con el tiempo, esto les genera la idea de que son merecedores del bullying, volviéndose indefensos al mismo, la permanencia de esto puede generar cambios notables en la personalidad infantil, el cual termina identificándose con las características negativas que se le imputan o mencionan explícita o tácitamente durante el acoso, creyendo ser un tipo raro, extraño, indeseable y repugnante, además de odioso, al cual nadie quiere tener cerca, cerrado e incapaz de tener amigos.
8. **Autodesprecio:** Esta escala es una variación de la anterior, con la diferencia de que evalúa una posición más evolucionada de lo que el niño cree sobre sí mismo, centrándose en cómo puede llegar a despreciarse y odiarse, pudiendo presentar conductas autolíticas, llegando a manifestar hasta ideación suicida, siendo esta un riesgo latente.

Además, Piñuel (2016), extiende y desarrolla a profundidad estos conceptos en diversos seminarios, talleres y charlas, en los cuales opina que el acoso escolar genera lesiones psicológicas, las cuales, tienden a cronificarse a través del tiempo y no ir en merma (como la mayoría de las personas suelen creer) expresando en una conferencia denominada “Como prevenir el acoso escolar (bullying) que este fenómeno se conoce como una:

Forma de cambios permanentes en su forma de ser, cambios que van a acompañar hasta la vida adulta, en un futuro adulto en el cual la víctima no va a ser resiliente, sino mucho más vulnerable a ulteriores formas de acoso, menciono esto porque todavía existe la idea equivocada entre muchos docentes de que el acoso prepara a los niños para la futura vida adulta, los endurece, los hace más asertivos y más resilientes (2016, 25m40s; 26m7s).

Sin embargo, toda la evidencia clínica manifiesta lo contrario; los niños acosados, lejos de desarrollar más asertividad, confrontación y afrontamiento, van a llegar a la vida adulta con una quiebra sustancial en su capacidad de enfrentamiento y confrontación a situaciones de violencia y acoso, motivo por el cual esta vulnerabilidad ya siendo personas mayores sea olfateada por el entorno social de los mismos, provocando que la probabilidad de volver a ser víctima será mayor y no menor (2016, 25m10s;26m44s).

No porque el niño y el ahora ya adulto haya sido acosable desde el útero materno, sino porque la repetición de ese trauma una y otra vez le va quebrando su línea de resistencia y por lo tanto la posibilidad de confrontar y enfrentar con asertividad y fuerza el acoso es cada vez menor haciendo que los casos y situaciones de acoso se vuelvan más probables y que se repitan con el tiempo. Esta experiencia con las víctimas de repetir una y otra vez situaciones de acoso en diferentes entornos les lleva a creer de sí mismas que son acosables o que de alguna manera lo van produciendo, lo van generando, ya sea por sus rasgos, sus disposiciones, déficits, su personalidad, su forma de ser o su aspecto físico, tornándose esta repetición en que su nivel de vulnerabilidad sea cada vez mayor; siendo esto aprovechado por personas de su entorno que tienen esa especial capacidad de olfatear la vulnerabilidad y aprovecharla después en el entorno social, de pareja, laboral, dando lugar a otros problemas ulteriores de acoso (2016, 26m:45s;27m:52s).

Por otra parte, según investigaciones afines, el bullying puede generar sintomatologías que por las características de las mismas bien pueden enmarcarse en el área clínica de la psicología, Pedreira et al (2011, pp.662-665), menciona que:

La víctima puede presentar un rango amplio de problemas generalmente encuadrables en los trastornos de ansiedad: fobia escolar o social, crisis de angustia, trastornos del apetito y de sueño (pudiendo llegar al trastorno de estrés post traumático). También hay sensación de indefensión, baja autoestima y retraimiento social y cuadros depresivos (llegando algunos a la ideación suicida o a actuarlo), siendo habitual que se presenten somatizaciones y el rendimiento escolar decaiga.

Además, en estudios realizados por Rigby & Slee (1993, p. 54-56), se puede observar que un niño que sufre de bullying una vez a la semana tiende a:

Responder los cuestionarios con quejas en varias áreas, demostrando somatización, ansiedad, depresión y disfunción social e ideación suicida, en un nuevo estudio aplicado posteriormente al anteriormente mencionado tanto los niños como las niñas identificados como víctimas de agresión en sus escuelas por sus compañeros tenían más probabilidades de afirmar que su salud se había visto gravemente afectada por la victimización de sus compañeros.

Por otra parte, para Randall (2011, p. 180), el bullying en la niñez puede repercutir en la adultez ya que:

Muchas de las víctimas habituales de la intimidación en la infancia logran dejar de lado sus experiencias y desarrollar habilidades sociales normales para la vida adulta. También está claro que muchos no logran hacerlo, aunque todavía no se sabe bien en qué proporción. Hay varias razones por las que algunas víctimas infantiles no pueden dejar de lado sus experiencias y se convierten en víctimas adultas. Aunque la gravedad y la frecuencia de la intimidación durante la infancia son factores evidentes que guardan estrecha relación con la sumisión a los individuos más dominantes y agresivos en la edad adulta, estas variables no explican que personas cuya experiencia intimidatoria fue relativamente breve durante la infancia sigan siendo incapaces de afirmarse ante los supuestos adultos dominantes.

Además, para Walser (2016, p. 14), en su libro titulado bullying scars (las cicatrices del bullying) expresa que este puede provocar secuelas a largo plazo, mismas que acompañaran a

la víctima en su edad adulta, puesto que, para la gran mayoría de la población, todo el mundo sufre de burlas y acoso escolar, pero se terminan olvidando al pasar los años, siendo consideradas como algo normal, propio del colegio y una anécdota más para contar; sin embargo, muchas personas nunca logran superar sus efectos, afectando a su calidad de vida y autoestima, además de su capacidad para formar vínculos sociales al mermar su confianza y manifestando trastornos como la ansiedad, depresión y estrés postraumático entre otros.

Walser (2016, p. 15), al relatar el testimonio de una mujer de 33 años (que sufrió de bullying durante su etapa escolar), refiere: “quiero que la gente sepa que el bullying es terrible y aun lo llevo conmigo, el acoso deja cicatrices, no es benigno, deja una huella profunda en el alma y consecuencias que se tendrán que afrontar a lo largo de mi vida.”

3.2. Estrés postraumático

Para comprender este término correctamente es necesario recurrir al significado de la palabra trauma desde la perspectiva clínica desde dos vertientes de estudios académicos; la angloparlante, basada en los criterios actuales del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (relacionados al trastorno de estrés postraumático, TEPT) en su quinta edición, (DSM-5), y la hispanohablante, basada en la teoría de Enrique Echeburúa, mismo que si bien cuenta con un instrumento clínico para evaluar el TEPT, posee un menor número de validaciones a nivel mundial y se rige bajo los criterios diagnósticos del DSM-IV (ya desactualizado), motivo por el cual se buscó un punto medio, que incorpore la teoría clínica del DSM-5 (más actualizado) y un/una autor(a) hispano(a) que se nutra de la misma y posea un amplio reconocimiento y baremación más amplio, siendo esta Crespo et al (2017), con su Evaluación Global del Estrés Postraumático.

Por tanto, según lo anteriormente expresado, Crespo et al (2017, p. 17), formula que:

El siglo XIX supuso el origen y la creación de los antecedentes terminológicos de lo que actualmente se conoce como estrés postraumático, refiriéndose a él con denominaciones tales como neurosis traumática, corazón de soldado de guerra o fatiga de combate entre otros. Sin embargo, no es hasta mediados del siglo XX cuando se da el reconocimiento pertinente a las repercusiones que puede tener para el ser humano la exposición a determinadas situaciones.

Este reconocimiento estuvo influido por dos sucesos de vital importancia, por un lado, el regreso de los veteranos de guerra de Vietnam en 1975; por otro, la descripción del «síndrome de mujer violada» (Burguess & Holstrom 1974, como se citó en Crespo et al 2017, p. 17), que referencia a la dificultad de conciliar el sueño y la reexperimentación del acontecimiento de mujeres que habían sufrido esa vejación; lo cual, despertó el interés en la población a tal grado que en 1980 ya se había incluido en el DSM-III, englobando ambas sintomatologías anteriormente descritas y actualizando las mismas tanto en criterios como en categorización, bajo el nombre de trastorno de estrés postraumático (Crespo et al, 2017). El cual, en su versión más reciente, está dividido en criterios y se describe según el DSM-V, (2013) como se citó en Crespo et al (2017, p. 29-30), de la siguiente manera:

- A.** Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:
 - 1. Experiencia directa del suceso traumático.
 - 2. Presencia directa del suceso ocurrido a otros.
 - 3. Conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso ha de haber sido violento o accidental.
 - 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a maltrato infantil).
- B.** Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso traumático que comienza después del suceso traumático:
 - 1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático.
 - 2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido o el efecto del sueño está relacionado con el suceso traumático.
 - 3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático (estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente)

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o extremos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.
 5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso traumático, que comienza tras el suceso traumático, como se pone en manifiesto por una o las dos características siguientes:
1. Evitación o refuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al evento traumático.
 2. Evitación o refuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.
- D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático, que comienzan o empeoran después del suceso traumático, como se pone en manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Incapacidad para recordar un aspecto importante del suceso traumático (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como lesión cerebral, alcohol o drogas)
 2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal, “No puedo confiar en nadie”, “El mundo es muy peligroso”, “Tengo los nervios destrozados”).
 3. Percepción distorsionada de la causa o las consecuencias del suceso traumático que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
 4. Estado emocionalmente negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza)
 5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
 6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
 7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

- E.** Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso traumático, que comienza o empeora después del suceso traumático, como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
- 1.** Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
 - 2.** Comportamiento imprudente o autodestructivo.
 - 3.** Hipervigilancia.
 - 4.** Respuesta de sobresalto exagerada.
 - 5.** Problemas de concentración.
 - 6.** Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar el sueño, o sueño inquieto).
- F.** La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.
- G.** La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Por otra parte, en complementación, tal cual se indicó en el primer párrafo de este sub título, Echeburúa et al (2007, p. 246), cita que:

Es un acontecimiento negativo intenso que surge de forma brusca, que resulta inesperado e incontrolable y que, al poner en peligro la integridad física o psicológica de una persona que se muestra incapaz de afrontarlo, tiene consecuencias dramáticas para la víctima, especialmente el terror y la indefensión.

Además, se trata de un suceso con el que una persona no espera encontrarse nunca. Por ello, la intensidad del hecho y la ausencia de respuestas psicológicas adecuadas para afrontar algo desconocido e inhabitual explican el impacto psicológico de este tipo de sucesos (Echeburúa, 2004, p. 29).

Asimismo, puede ocurrir una reexperimentación del trauma, la cual es no solo “un mero recuerdo, sino de vivencias, a un nivel cognitivo y emocional, que se agolpan en la mente y que vienen acompañadas de intensa excitación psicofisiológica. Por mucho que la víctima se esfuerce por apartarlas de su mente, las vivencias vuelven una y otra vez, con más fuerza incluso; puede presentarse en forma de pesadillas o de secuencias diurnas de pensamientos o imágenes recurrentes de las experiencias vividas más traumáticas, que son percibidas por la

víctima como si estuviese reviviendo la situación. Todo ello genera un malestar emocional (tristeza, ira, ansiedad, asco, etc.) o incluso físico (taquicardia, ganas de vomitar, mareo, etc.) (Echeburúa, 2004, p.166).

También, puede darse el caso de que se presenten conductas de evitación, las cuales provocan que la víctima “rehuya de las situaciones y lugares relacionados directa o indirectamente con el suceso (como salir a la calle, tratar con personas desconocidas, viajar, quedarse a solas en casa, etc.) y las lecturas o películas que puedan recordar el trauma, las víctimas tienden a no compartir con otras personas estos doloroso recuerdos (como consecuencia de la actitud evitativa y del temor a la reexperimentación), sino que sufren solas, temiendo haberse convertido en seres anormales o extraños” (Echeburúa, 2004, p. 54).

Igualmente, puede presentarse una hiperactivación, “un estado de alerta permanente que influye negativamente en la vida cotidiana de la víctima. En estas condiciones una persona puede encontrarse alterada constantemente, sentirse irritable, tener dificultades para dormir, permanecer en vigilia ante cualquier estímulo por insignificante que sea y sentirse en la necesidad de controlar todo lo que está a su alrededor (Echeburúa, 2004, p. 144).

Echeburúa (2004, p. 32), define al estrés postraumático como una lesión psíquica:

Una alteración aguda que sufre una persona como consecuencia de haber experimentado un suceso violento y que la incapacita significativamente para hacer frente a los requerimientos de la vida ordinaria a nivel personal, laboral, familiar o social, este concepto de lesión psíquica, es medible por medio de los instrumentos de evaluación adecuados”; además menciona que “las lesiones psíquicas más frecuentes son las alteraciones adaptativas (con un estado de ánimo deprimido o ansioso), el trastorno de estrés postraumático o la descomposición de una personalidad anómala. Más en concreto, la víctima puede sentirse confusa y tener dificultades para tomar decisiones, con una percepción profunda de indefensión (de estar a merced de todo tipo de peligros) y de incontrolabilidad (de carecer de control sobre su propia vida y futuro); a nivel psicofisiológico, puede experimentar sobresaltos continuos y problemas para tener sueño reparador; y, por último, a nivel de conductas observables, puede mostrarse apática y con dificultades para retomar la vida cotidiana.

Por otra parte, este mismo autor señala que la lesión psíquica y, por ende, el trastorno de estrés postraumático puede dejar “secuelas emocionales, a modo de cicatrices psicológicas, que se refieren a la estabilización del daño psíquico, es decir, a una discapacidad permanente que no remite con el paso del tiempo ni con el tratamiento adecuado. Se trata de una alteración irreversible en el funcionamiento psicológico habitual, o dicho en términos legales más precisos conceptualmente, un menoscabo de la salud mental; esta transformación de la personalidad puede ser un estado crónico o una secuela irreversible de un trastorno de estrés postraumático, que puede surgir de haber sufrido un suceso violento” (Echeburúa, 2004, p. 33).

Se puede pensar que los efectos del bullying solo son temporales y no dejarían secuelas palpables, pero desde una perspectiva clínica, en un estudio longitudinal realizado a un grupo de niños en edad escolar hasta que estos mismos cumplieran sus 30 años, se menciona que “los niños acosados en la escuela crecen y tienen hijos, que a su vez tienen más probabilidades de sus compañeros de ser víctimas” (Farrington 1993, como se citó en Rigby & Slee, 1993, p. 59).

Además, para Randall (2011, p. 181), el bullying en etapa escolar puede causar:

Una variante del síndrome de estrés postraumático (SEPT) infantil. Se sabe que el SEPT infantil no resuelto tiene una importante influencia en la conducta social adulta y también puede predisponer a los individuos adultos a bloquear respuestas eficaces contra posibles agresores. Muchas víctimas adultas describen este bloqueo como cuando comentan: “Parece que no soy capaz de hacer nada para defenderme; veo venir (a los matones) y me paralizó.”

En complementación al párrafo anterior, Randall (2011, p. 187), llevo a cabo estudios de caso relacionados con el bullying en adultos, en los cuales una mujer llamada Sally, de profesión diseñadora gráfica relataba que:

La jefa y otra mujer hacían a menudo comentarios mordaces sobre Sally, acosándola con chistes inmaduros sobre “la pobre gente del Sur”. Los comentarios le parecían de mal gusto, ya que muchos de ellos eran de carácter sexual.

Sally descubrió que no podía hacerse valer ante esas dos mujeres, pero tampoco podía ignorarlas. Empezaron a volverle recuerdos de una época en la escuela en la que había sido

agredida físicamente por niñas de más edad y por la madre de una de ellas. Estas imágenes eran recurrentes e intrusivas, además empezó a perturbar sus sueños escenas de en los que tanto la madre como las compañeras de trabajo. Empezó a sentir una profunda angustia psicológica ante cualquier tipo de hostilidad, fuera real o en la televisión y se elevaron sus niveles de excitación, con lo que empezó a dormir mal, a sentir falta de concentración y a vagar por la casa sin rumbo; la trataron por estrés postraumático.

Asimismo, Randall (2011, p. 189), sintetiza un caso más relacionado al bullying sufrido durante la etapa escolar:

Durante años fui tiranizada, insultada y golpeada por multitudes. Todos los días llegaba a casa llorando, lo que disgustaba mucho a mi madre. Se destacan tres ejemplos: Cuando un grandote me retuvo en la escuela porque no me gustaba su hermano pequeño, que estaba en mi clase; cuando dos chicas de unos 16 años me golpearon en la calle sin motivo aparente; y cuando me agarro un grupo de compañeras de clase, me vendaron los ojos y me interrogaron en el baño de la escuela. La mayoría de las veces las agresoras eran niñas de mi edad.

Ahora soy una joven sana y gerente internacional de una cálida red social. Suena a venganza, pero no voy a reuniones de ex compañeras de la escuela a alardear; tendría que pasarme la noche entera explicando que ahora la vida me trata de primera. Sin embargo, hay veces que todo vuelve y lloro bajo la ducha, después de un largo y duro día de fechas límite y de tratar con personas de negocios hostiles. Sin embargo, la mayoría de las veces me siento afortunada; haber sido intimidada cuando era joven e inocente es mi principal motivación para ser buena en todos los sentidos de la palabra. Supongo que muchos de los altos ejecutivos han sido intimidados cuando eran jóvenes, lo que, por supuesto no los justifica, pero así es como lamentablemente funcionan las cosas en este mundo.

3.3. Rasgos de personalidad

Con el fin de comprender el concepto que esta variable quiere transmitir es menester desglosarla a términos más específicos, por lo cual es necesario hablar en primera instancia de la personalidad, para de posteriormente pasar a los rasgos que engloba y la componen.

Hace ya algunas décadas atrás, uno de los principales teóricos, impulsores y creadores de la teoría de la personalidad, Allport (1974, p. 64), tras mucho contraste de datos, análisis de

estudios paralelos y teorías afines, mencionaba desde su punto de vista que se podría definir como “La organización dinámica, dentro del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos a su ambiente.”

Por lo cual, dentro del contexto y significado expuesto en el párrafo anterior, existe una organización dinámica en la personalidad, misma que debe de ser tomada “Como algo en constante desarrollo y cambio, que es motivacional y se autorregula.”

En complementación Allport (1974, p. 67), determina que la personalidad “Es algo y hace algo; no es un sinónimo de conducta o actividad, de ningún modo es meramente la impresión que esa actividad hace en otros. Es lo que está por detrás de los actos específicos y dentro del individuo. Los sistemas que constituyen la personalidad son en todo sentido tendencias determinantes y cuando son excitadas por estímulos adecuados provocan que aquellos actos de ajuste y expresivos puedan volverse observables.”

Además, para Allport (1974, p. 67), cada ajuste de una persona “Es único, en el tiempo y el espacio y en cualidad” y que, “el ajuste no debe ser considerado como la mera adaptación reactiva, tal como la que pueden ejercer los animales y las plantas. Los ajustes del hombre contienen una gran medida de conducta espontánea y creativa respecto al ambiente.

Por tanto, al ya tener definido el concepto de personalidad, se puede explorar el significado de los rasgos que la componen, Allport (1974, p. 347), delimitaba estos como “Una estructura cognitiva que tiene la capacidad de hacer que muchos estímulos sean funcionales y equivalentes y de iniciar y guiar formas equivalentes (significativamente consistentes) de comportamiento adaptativo y expresivo.”

Este concepto, promovió el desarrollo de otras investigaciones y teorías, siendo una de estas el modelo P.E.N de Eysenck (1990, s. n.), desarrollado tras doce años de investigación, en el cual combina rasgos y factores de la personalidad y los sintetiza en tres dimensiones, a las cuales denomina como superfactores, siendo estas el Psicoticismo (P), la Extroversión frente a la introversión (E) y el Neuroticismo frente a la estabilidad emocional (N), siendo estos prioritariamente fruto de la herencia genética, sin embargo, no descartó que la influencia del entorno y de las interacciones familiares durante la niñez podrían influir en los rasgos de la personalidad.

Conceptos con los cuales, en años posteriores McCrae & Costa (1997), tras desarrollar su teoría de los cinco factores de la personalidad o los cinco grandes, afirmarían que existe una estructura común en los rasgos de la personalidad humana, siendo esta el Neuroticismo, la Extroversión, la Apertura, la Afabilidad y la Escrupulosidad, sin embargo, esta teoría no fue aceptada por muchos psicólogos (como se citó en Schultz & Schultz, 2010), ya que, cada una de ellas tenía su propio instrumento y forma de calificación, siendo muchas veces falto de una vertiente totalmente clínica, debido a que median la personalidad a nivel normal, razón que motivó a desarrollar una escala que midiese la personalidad a nivel psicopatológico y como estos rasgos podían estar relacionados con trastornos de la personalidad y no solamente categorizar los mismos.

Por lo cual, Harkness & McNulty (1994), desarrollaron su propia categorización, basándose en el modelo de los cinco grandes de la personalidad y las descripciones clínicas de psicopatologías de la personalidad del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM, con lo cual nació la escala PSY-5, misma que fue acogida por Tellegen & Ben-Porath (2008), en el inventario multifásico de la personalidad A, MMPI-A (para adolescentes) y posteriormente integrada y reestructurada para la población en general en el inventario multifásico de la personalidad minnesota-2, MMPI2-RF (versión resumida).

Por tanto, el instrumento empleado para la presente investigación se enmarca en identificar los rasgos de la personalidad clínicamente significativos, los cuales pueden ser observables, medibles y cuantificables mediante la aplicación de la escala PSY-5, del inventario MMPI2-RF, el cual tiene como rasgos cuantificables a la: Agresividad (AGGR-r), al Psicoticismo (PSYC-r), a la Impulsividad (DISC-r), al Neuroticismo (NEGE-r) y a la Introversión (INTR-r), (Tellegen & Ben-Porath, 2008, p.69-73) mismos que, según Harkness et al (2012), pueden definirse brevemente (en los siguientes párrafos numerados del uno al cinco) como:

1. Agresividad (AGGR-r): Se relaciona con la ira, el enojo, y la tendencia a priorizar metas y logros personales sobre los de los demás, en puntuaciones con niveles altos, sugiere agresividad instrumental (dirigida hacia un fin o un objetivo), la asertividad e indignación; mientras que a niveles bajos indican pasividad y sumisión. Esta escala, suele indicar a individuos con un historial de violencia y abuso físico. Además, se

correlaciona de manera negativa con la dimensión de Amabilidad de los cinco factores de la personalidad, enfocándose en sus manifestaciones disfuncionales.

2. **Psicoticismo (PSYC-r):** Describe a individuos con una conexión o desconexión de su realidad, la capacidad de moldear el yo y como se percibe al entorno psicosocial, además, se relaciona con experiencias y creencias inusuales, experiencias psicóticas, paranoia y personalidad recelosa y desconfiada; en puntuaciones con niveles altos sugiere diversas experiencias asociadas con alteraciones del pensamiento, con procesos de pensamiento inusuales y sentimientos de ser ajeno a los demás y a la realidad, mientras que en niveles bajos indica individuos sin alteraciones en su pensamiento. Además, guarda cierta relación con algunos conceptos de la dimensión Apertura de los cinco factores de la personalidad.
3. **Impulsividad (DISC-r):** Indica una baja capacidad de que los mecanismos de defensa y las barreras psíquicas puedan restringir conductas impulsivas, no midiendo las posibles consecuencias de las acciones a largo plazo, implicando toma de riesgos y baja percepción de los mismos, además de violar las normas, conducta antisocial y espontaneidad. A niveles de puntuación altos refleja conducta no reservada, descontrol y pobre control de impulsos, además de acting out y continua búsqueda de placer; por otra parte, a niveles bajos refiere a individuos muy reservados o controlados. Se relaciona de manera negativa con la dimensión de la Responsabilidad de los cinco factores de la personalidad.
4. **Neuroticismo (NEGE-r):** Implica como el individuo gestiona y detecta peligros, incluyendo el miedo y la ansiedad, además de evaluar como las experiencias negativas afectan a la persona, pudiéndole causar desde estrés hasta fobias. Puntuaciones a nivel alto reflejan diversas emociones negativas, que pueden generar la aparición de la ansiedad, inseguridad y generar en las personas pensamientos fatalistas, hallándose intranquilos en gran parte de su día a día, esperando que pase lo peor por otra parte, puntuaciones bajas refieren poca presencia de emociones negativas o ser poco propenso a las mismas. Esta escala se relaciona con la dimensión de Neuroticismo de los cinco factores de la personalidad.
5. **Introversión (INTR-r):** Describe a como los individuos gestionan alegría y emociones positivas y cómo reaccionan ante las mismas, además, también puede indicar como las

personas pueden presentar dificultades para experimentar y expresar emociones y experiencias afectivas, la tendencia a tener comportamientos asociales, anhedonia y tendencias depresivas. Puntuaciones a nivel alto reflejan pérdida de emociones positivas y evitar el contacto social, introversión y anhedonia, restringiendo intereses personales y tornándose pesimista, mientras que, puntuaciones bajas reflejan a individuos que suelen ser sociables, disfrutando el contacto social, con capacidad de forjar vínculos afectivos y experimentar un amplio rango de emociones positivas. Esta escala, se relaciona de manera negativa con la dimensión Extraversión del modelo de los cinco factores de la personalidad. Además, suele estar relacionada con individuos con depresión, problemas clínicos depresivos, ideación suicida, desinterés y baja energía en su día a día.

3.4. Ansiedad

Rojas (2000, p. 27), denomina a la palabra ansiedad desde el punto de vista clínico como “una vivencia de temor ante algo difuso, vago, incorrecto, indefinido”, además expresa que “consiste en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y asertiva, caracterizada por un estado de alerta, de activación generalizada”, misma que “es una señal de peligro difusa que el individuo percibe como una amenaza para su integridad (Rojas, 2000, p. 30).

También, Rojas (2014, p. 13), expresa en uno de sus estudios más reciente, centrado en cómo superar la ansiedad que “La ansiedad es una emoción de alarma que da lugar a una hiperactivación fisiológica, donde todo se vive con miedos y temores y malos presagios.”

Además, Rojas (2000, pp. 80-81), menciona que la ansiedad presenta diversos síntomas, entre los cuales están los síntomas físicos que:

Están producidos por una serie de estructuras cerebrales intermedias donde residen o se asientan las bases neurofísicas de las emociones. Con las investigaciones actuales se puede afirmar que el hipotálamo es indispensable para la expresión de las emociones”, por lo cual “la ansiedad se produce o está condicionada por descargas de adrenalina. Los efectos causados por esta van a ser parecidos a una estimulación directa del sistema nervioso simpático, donde brotan los síntomas físicos”, de similar modo, Rojas (2014, p. 15), expresa que “los

principales síntomas son: taquicardia, dificultad respiratoria, opresión precordial, sequedad de boca, aumento del tono muscular, náuseas o deseos de vomitar, despeños diarreicos, dificultad para tragar, vértigos o inestabilidad espacial.”

Por otra parte, Rojas (2000, p. 83), opina que la morbilidad de lo expresado en el párrafo anterior se debe a muchos factores, entre los cuales están los:

Patrones de respuesta familiar, lo que significa que hay familias con tendencia (hereditaria) a padecer trastornos digestivos, cardiovasculares o respiratorios. De tal modo, que cuando padecen fuertes tensiones emocionales, periodos de graves conflictos o estados de ansiedad más o menos crónicos, siempre se observan síntomas en un área concreta. Otro factor a destacar es el siguiente: hay emociones que son «más digestivas», otras que tienden a canalizarse en el aparato respiratorio y otras que escogen la vía cardíaca, urinaria y sexual. Por ejemplo, el terror suele expresarse en la zona precordial, con sensaciones de opresión y/o taquicardia; muchos conflictos afectivos se manifiestan en forma de náuseas, vómitos, molestias digestivas difusas y otros.”

También, Rojas (2000, pp. 85-86), afirma que también existen síntomas psicológicos, que:

Provocan una reacción esténica, de sobresalto, de incitación a la huida, de participación activa en esa impresión de miedos difuminados y etéreos: hay un cierto desafío, que es una mezcla de agitación, preocupación, puesta en marcha, actividad, tendencia a escaparse, a evadirse, o a correr; en una palabra: impresión subjetiva de no estarse quieto. Hay unos síntomas preferentes: sensación de falta de aire y dificultad para respirar («Es como si el aire no llegara», dicen algunos ansiosos), el tiempo va más acelerado: los hechos se viven con más rapidez, todo tiene una cierta velocidad, una mezcla de agobio y aglomeración de acontecimientos, todo parece que se precipita y se mueve alocadamente. Al mismo tiempo, hay una clara anticipación de lo peor: malos presagios, vaticinios negativos de algo que sobreviene, presentimientos repletos de la idea de que algo grave va a suceder, y todo ello en una atmósfera indefinida, vaga, inconcreta, abstracta, poco clara. Todo es impresión futura, por tanto, augurio, vaticino, anuncio inquietante, sospecha temerosa y desventurada”, además de que “los síntomas psicológicos se captan por el lenguaje verbal. Mediante el análisis del discurso penetramos en la calidad y matices de la vivencia.

Asimismo, Rojas (2000, p. 89), indica que pueden presentarse síntomas de conducta, los cuales se denominan a:

Todo aquello que se puede observar desde fuera de otra persona. No es necesario que la persona cuente lo que le pasa, sino que simplemente se registra al ver su comportamiento; y esto, tanto en el aspecto general como en el plano comunicativo, además, los mismos son “observables de forma objetiva y generalmente son motoras”, siendo para Rojas (2014, p. 16), la sintomatología más frecuente de esta división:

Contracción de los músculos de la cara, temblores diversos, bloqueo generalizado (con cierta paralización motora, estado de alerta, irritabilidad, respuestas desproporcionadas a estímulos externos simples, moverse de un sitio para otro, cambios y altibajos en el tono de la voz, tensión mandibular, morderse las uñas o padrastros, jugar con objetos en las manos o necesitar tener algo entre las manos.

Además, Rojas (2000, p. 94), comenta que hay síntomas intelectuales, definidos en un nivel intelectual (cognitivo) como:

La ansiedad se experimenta esencialmente en la manera de elaborar las ideas y los recuerdos. De ahí que podamos definirla como aquel estado subjetivo de tensión que se produce como consecuencia de errores o deficiencias en la acumulación y procesamiento de la información, por lo cual, Rojas (2014, p. 16), también define a estos síntomas como “al modo de procesar la información que le llega y afecta a la percepción, la memoria, el pensamiento y la forma de usar los instrumentos de la inteligencia.”

Rojas (2014, p. 16), indica que los síntomas más comunes al nivel cognitivo son “inquietud mental, miedos, temores de anticipar lo peor, preocupaciones obsesivas, pesimismo generalizado, dificultades de concentración, pensamientos de los que no se pueden liberar, cualquier noticia afecta negativamente, acordarse más de lo negativo que lo positivo.”

Finalmente, Rojas (2000, pp. 95-96), denomina a el ultimo síntoma de la ansiedad como asertividad o un trastorno de las habilidades sociales en el cual formula que:

Es aquella conducta que hace y dice lo que es más adecuado a cada situación, sin inhibiciones ni agresiones inadecuadas. Desde un punto de vista psicológico, reúne tres características: 1) se trata de algo muy relacionado con la personalidad y con la forma en que esta se muestra y

funciona, 2) conjunto de técnicas de comportamiento orientadas a una mejoría de las propias relaciones sociales, en una palabra, asertividad = habilidad social, 3) poder expresar ideas, juicios y sentimientos tanto de signo positivo como negativo frente a cualquier persona, situación o circunstancia y según Rojas (2014, p. 16), teniendo como sintomatología más frecuente a:

Costarle mucho iniciar una conversación con alguien que se encuentra, costarle mucho presentarse a sí mismo en una reunión social, le cuesta decir que no o mostrar desacuerdo, bloqueo en las relaciones sociales, estar muy pendiente de lo que los demás puedan opinar de él, prefiere pasar desapercibido cuando esta con gente.

Por tanto, incurriendo en los efectos de esta variable en el ámbito del presente estudio, en una serie de cartas anónimas que atestiguan los efectos del bullying en la etapa escolar, recopiladas por Rigby & Slee (1993, pp. 60-61), se puede leer que:

Tanto en la escuela primaria como en la secundaria sufrí acoso físico y emocional grave de manera regular por parte de otros estudiantes y una vez, de un profesor, yo lo describiría ahora como una persecución, eso ocurría en el patio de la escuela, en el aula y camino a casa, el impacto que tuvo en mi vida en ese momento y al llegar a la edad adulta en particular fue muy fuerte, sentía una profunda ira, impotencia, ansiedad, desconfianza de los demás y preferencia solo mi propia compañía, además de otros comportamientos de evitación, en mis primeros años de edad adulta sufrí de una peligrosa depresión por un tiempo, en parte relacionada por mi desconfianza hacia las personas y la soledad que este comportamiento genera, ahora tengo 46 años, soy madre y a menudo reflexiono sobre las heridas profundas de mi acoso.

Por otra parte, Walser (2016, p. 56), quien recopiló el testimonio de una mujer durante el desarrollo de su investigación denominada bullying scars (las cicatrices del bullying), relata que:

Después de que comenzara el acoso escolar en la secundaria empecé a desarrollar ansiedad y me volví mucho más callada y tímida, antes del acoso era extrovertida y expresiva, pero después empecé a dar demasiadas vueltas a cada palabra que decía y me volví extraordinariamente pasiva, así era menos probable que me criticaran por mis opiniones; incluso hoy evito los conflictos y las interacciones a toda costa.

3.5. Depresión

Para Beck et al (1983, pp. 20-21), la depresión se explica mediante un modelo cognitivo que postula tres conceptos específicos, referidos a continuación:

La triada cognitiva, que consiste en tres patrones cognitivos que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y experiencias de un modelo idiosincrásico, teniendo el primer componente una visión negativa, el paciente se ve desgraciado, torpe, con poca valía, tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo del tipo psíquico, moral o físico, debido a esto, el paciente se cree inútil.

El segundo componente se centra en la tendencia del depresivo de interpretar las cosas de manera negativa, le parece que el mundo hace demandas exageradas o le presenta obstáculos insuperables, sin embargo, la persona depresiva puede darse cuenta de esto si se pone a reflexionar sobre las mismas.

El tercer patrón de esta triada cognitiva se centra en:

La visión negativa del futuro, cuando la persona hace proyectos de gran alcance está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuaran indefinidamente, cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus experiencias son de fracaso.

Por otra parte, Beck & Alford (2009, p. 97), mencionan que la depresión tiene diversos grupos de síntomas, entre los cuales están los 1) síntomas afectivos, 2) cognitivos, 3) motivacionales y 4) somáticos, siendo el primero de estos definible como:

1. Los cambios en los sentimientos o la conducta manifiesta del paciente, directamente atribuibles a sus estados emocionales. Cuando se evalúan estos síntomas es importante tener en cuenta el estado de ánimo y la conducta pre mórbida del individuo”, además, para Beck et al (1983, p. 17), su sintomatología engloba a un “tristeza, pérdida de la gratificación, apatía, pérdida de sentimientos y afecto por otras personas, pérdida de la alegría, ansiedad.”

Siguiendo esta misma línea, en segundo lugar, según Beck & Alford (2009, p. 22), se tiene a los síntomas cognitivos, a los cuales definen como:

2. Las actitudes distorsionadas que el paciente tiene sobre sí mismo sobre su presente y futuro, en este grupo se sitúan síntomas como una baja autopercepción, distorsiones en la imagen corporal y expectativas negativas, además de sentimientos de autoculpa: estos tienden a responsabilizarse sobre cualquier dificultad o problema que se encuentren, además, también hay pacientes que suelen ser vacilantes e indecisos y para Beck et al (1983, p. 97), su sintomatología engloba a “dificultar para concentrarse, problemas de atención, dificultades de memoria y las distorsiones cognitivas.”

Así mismo, Beck & Alford (2009, p. 27) afirman que existen síntomas motivacionales, los cuales poseen rasgos llamativos e incluyen rasgos como:

3. Anhelos, deseos e impulsos experimentados conscientemente, que predominan en la depresión. Estos patrones motivacionales suelen inferirse al observar el comportamiento del paciente. Un rasgo llamativo de los síntomas motivacionales característicos del paciente deprimido es su naturaleza “regresiva”, este término se aplica cuando el paciente parece atraído por actividades que requieren menos responsabilidad, iniciativa o energía. Rechaza actividades asociadas específicamente a un rol adulto y busca actividades más propias de un rol infantil. Ante una elección prefiere la pasividad a la actividad y la dependencia a la independencia (autonomía), evita la responsabilidad y se evade de sus problemas en lugar de intentar resolverlos, buscando gratificaciones inmediatas pero transitorias en lugar de satisfacciones tardías pero prolongadas, la manifestación máxima de esta tendencia escapista se expresa en el deseo de retirarse de la vida mediante el suicidio.

Finalmente, para Beck & Alford (2009, p. 97), están los síntomas somáticos, mismos que se definen como:

4. Algunos autores consideran que las manifestaciones físicas y vegetativas evidencian una alteración básica del sistema autónomo o del hipotálamo, responsable del estado depresivo, para Beck et al (1983, p. 33), su sintomatología engloba a “alteraciones del sueño (tiempo por encima o por debajo de los periodos normales); del apetito: hiperfagia (comer grandes cantidades de comida sin sentirse satisfecho) o hipofagia (disminución del apetito, a menudo causado por depresión, estrés, ansiedad).

Beck & Alford (2009, p. 29), describen el testimonio de un estudiante deprimido de la siguiente manera:

Es mucho más fácil soñar despierto en clase que prestar atención, es más fácil quedarme en casa bebiendo que invitar a una chica a una cita, es más fácil murmurar y que nadie te escuche a hablar con claridad, es mucho más fácil escribir descuidadamente que esforzarse por escribir legiblemente, es mucho más fácil llevar una vida egocéntrica y pasiva que esforzarse por cambiarla.

Por otra parte, Walser (2016, p. 98), indica que un individuo de 24 años al que ella entrevistó durante el desarrollo de su investigación denominada bullying scars (las cicatrices del bullying), en la actualidad, manifiesta secuelas de haber sufrido del mismo:

Hoy sufro de depresión, insomnio, ataques de pánico y tanto estrés que me cuesta relajarme del todo, me cuesta mucho conciliar el sueño, me despierto al a mitad de la noche y nunca me siento descansado por la mañana, cuando voy a una entrevista de trabajo se lo que tengo que decir, pero estoy tan ansioso que siento que me desmayaré y dudo de todo lo que digo, creo que esto me ha llevado a consumir alcohol y a depender de él, me ayuda a adormecerme y mitigar mi dolor.

3.6. Autoestima

Para Coopersmith (1967, pp. 4-5), la significación de este concepto desde el punto de vista psicológico “es un juicio personal de valía, que se expresa en las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo y la experiencia subjetiva que se transmite a los demás mediante palabras y otros comportamientos propios de cada persona.”

Además, Coopersmith (1967, p. 11), descompone este concepto en tres componentes esenciales, 1) El sí mismo, 2) Lo social y 3) Lo familiar, siendo el primero descrito como:

1. Tanto padres como hijos actúan en una matriz social que produce, afecta y altera sus valores y actitudes, así como las circunstancias de sus vidas, estas condiciones sociales y disposiciones parentales sientan las bases para la llegada de un recién nacido. Sin embargo, este nace con características distintivas propias; los niños difieren de múltiples maneras de sus padres, lo que los lleva a actuar, pensar y sentir de manera diferente, lo cual, a su vez provoca diversas respuestas de sus padres y amigos hacia

estos. Estas diferencias pueden ser características manifiestas como el tamaño del cuerpo, la energía o el atractivo físico y de forma menos evidente las capacidades intelectuales y temperamento.

Por lo cual, para Coopersmith (1967, p. 119), esta interacción contribuye al trato que reciben de los demás, ya que los demás los tratan en base a lo que son, a lo que hacen y lo que necesitan, aunque el cómo hacen estas cosas no es crucial para nuestros propósitos, debemos asumir que las características personales del niño contribuyen significativamente a su trato.

En complementación, Coopersmith (1967), define al sí mismo cuando se tiene una buena autoestima como una alta autovaloración, deseos de mejorarse y superarse, siendo capaz de construir defensas ante la crítica manteniendo una actitud positiva; por otra parte, una baja autoestima conlleva a poseer sentimientos adversos hacia sí mismo, una actitud desfavorable al compararse con los demás y no sentirse importante, tornándose inestable.

2. Además, Coopersmith (1967, p. 81), expresa que, tanto el público en general como los investigadores sociales han asumido que los sentimientos de seguridad, aceptación y confianza personal se asocian con ciertos aspectos del entorno social. Se otorga o se atribuye mayor prestigio a algunos grupos religiosos (como los protestantes) o se atribuye mayor capacidad mental a algunas razas (como los caucásicos). En estos casos y en muchos otros se puede encontrar jerarquías de prestigio bien definidas que parecen ser de conocimiento general para la gran mayoría de personas. Los estudios de estereotipos ocupacionales, étnicos y religiosos, así como las clasificaciones de las preferencias sociales también revelan que dichas jerarquías son compartidas por la comunidad en general.

A modo de acotación, Coopersmith (1967, p. 82), refiere que, si se asume que las personas en los peldaños más altos de la escala social obtienen mayor reconocimiento social y éxito material que las personas en los peldaños inferiores, ciertamente se espera que las personas en los peldaños más altos tengan también una mayor autoestima.

Complementando, Coopersmith (1967), define a lo social como una forma de influencia hacia el individuo, en donde este se percibe a sí mismo como alguien popular, poseyendo altos dotes de habilidades sociales y capacidad de relacionarse con amigos y colaboradores; esto lo lleva a mantener una mayor seguridad y merito personal en sus relaciones interpersonales. Sin embargo, mientras más bajo sea el nivel de autoestima, el individuo es más propenso a tener simpatía a quien lo acepta, se le dificulta el reconocer acercamientos afectuosos o de aceptación, esperando la convalidación social de su propia visión adversa de sí mismo, tiene además poca esperanza de encontrar aprobación y por esta razón, busca y tiene necesidad de recibirla.

3. Los padres influyen en sus hijos no solo con lo que son y creen ser, sino especialmente con lo que hacen, ya que, según Coopersmith (1967, pp. 99-100), los códigos de conducta que establecen, tanto con la enseñanza como con el ejemplo, sirven como guía para alcanzar el éxito y el poder. Los padres proporcionan los criterios mediante los cuales se interpreta el desempeño y se establecen cursos de acción revelando lo que los padres consideran un comportamiento adecuado y apropiado.

Los niños creen en las preferencias de sus padres, quienes aparentemente les sirven como guía. Estas creencias pueden ser erróneas o distorsionadas, pero aun así influyen en el niño, los valores y acciones de padres con mayor autoestima se inclinan fuertemente a un rendimiento superior de los niños, mientras que los valores que enfatizan los padres de niños con baja autoestima son los que los hacen aceptables y agradables a los demás juzgando su énfasis en la adaptación y su desinterés por el logro, estos padres e hijos presumiblemente dependen de complacer a los demás, más que su propia autocompetencia y éxito propio.

Además, se puede agregar que, en el nivel familiar, Coopersmith (1967), definía a individuos con una alta autoestima como personas con buenas cualidades y habilidades en sus relaciones de confianza con su familia, sintiéndose más respetados y poseyendo una mayor interdependencia entre los miembros de la misma, compartiendo ciertas pautas, valores y sistema de aspiraciones, teniendo sus propias concepciones de lo que está bien y mal a nivel familiar; mientras que, por el contrario, los individuos con un bajo nivel de autoestima reflejan cualidades y habilidades negativas en sus relaciones

familiares, considerándose incomprendidos por esta, pero paradójicamente presentando dependencia hacia ellos, tornándose fríos, sarcásticos e impacientes, mostrando indiferencia hacia el grupo familiar, expresando autodesprecio y resentimiento.

Por otra parte, desde el punto de vista clínico, la autoestima se ve mermada ante una situación de bullying puesto que “No hay dudas que uno de los efectos más comunes sean la reducción de la autoestima de las víctimas, impidiendo que estas puedan enorgullecerse de sí mismas, sintiéndose fracasadas e inútiles” (Rigby & Slee, 1993, pp. 50-51).

Mientras que, Randall (2011, p. 11), menciona que el bullying genera un daño que afecta la autoestima en los niños en etapa escolar y en los futuros adultos en su día a día y se ve como:

Un problema para los niños en los colegios y la mayoría de la gente ni siquiera sospecha el alcance, la gravedad y profundidad del dolor que genera entre los adultos todos los días y en casi todas partes. Los acosadores adultos son el azote del lugar de trabajo, los vecindarios y las familias y crean entornos contaminados donde mengua la autoestima, se pierde la confianza y se impide el desarrollo de las capacidades. Las víctimas también experimentan una gran vergüenza por su incapacidad para controlar sus propias vidas una vez que han caído en las manos de acosadores más fuertes que ellos.

Además, para Walser (2016, p. 22), un individuo al que ella entrevistó (durante el desarrollo de su investigación), expresa que las secuelas de haber sufrido de bullying en su etapa escolar tuvieron impacto directo en su vida adulta:

Tengo baja autoestima, una pobre imagen de mí mismo y prácticamente ninguna confianza, ya que desafortunadamente me tome muy en serio (literalmente), las cosas hirientes que me dijeron; ahora que soy mayor intento ver todo de otra manera, pero en el fondo sigo creyendo que son ciertas.

CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

4. Diseño metodológico

4.1 Área a la cual pertenece la investigación

El presente trabajo de investigación está enmarcado en el área de la psicología clínica, la cual se puede plasmar como el “Servicio social, útil para enseñar e investigar, dedicado al diagnóstico, tratamiento y estudio de los desórdenes de comportamiento” (Nietzel et al. 1998, p. 178), puesto que si bien plantea el estudio del bullying como una de las variables a estudiar (el cual posee componentes socioeducativos), puede convertirse en la fuente y generador de ansiedad, depresión, baja autoestima y estrés postraumático, mismos que pueden ser vistos desde una perspectiva clínica al emplear diversos instrumentos evaluadores y conceptos de autores validados; siguiendo su sintomatología, evolución y consecuencias, con el fin de evaluar como estos afectan la salud mental de los sujetos de estudio.

4.2 Tipificación de la investigación

En armonía con los objetivos planteados y el propósito final a lograr, esta investigación es del tipo descriptivo, ya que realiza una descripción y análisis de las características del objeto de estudio y las variables a las cuales se rige, siendo evaluadas y descritas.

Por otra parte, la metodología en la cual se halla tipificado el presente documento se enmarca en los estudios de caso múltiples, aplicados al contexto clínico, analizando con lujo de detalles cada variable tomada desde esta perspectiva para buscar una mayor comprensión y entendimiento de la realidad individual de los sujetos de estudio, plasmada en su relato, tratando de hallar y describir cada consecuencia del bullying que hayan vivenciado los jóvenes estudiantes durante su época colegial, repercutiendo estas en su vida cotidiana y día a día actual.

Complementando, Simons (2009, p. 103), en su libro, *Case Study, Research in Practice* (Investigación en estudios de caso en la práctica), refiere que: Los relatos pretenden captar la experiencia tal como se vivió en un determinado contexto, a través de la descripción detallada, la observación y la interpretación, manteniendo esa conexión al contar la historia, posibilitando a que otros experimenten de forma indirecta lo que ocurrió.

Además, en correlación con el anterior párrafo, se puede mencionar que los estudios de casos múltiples tienen: “Resultados y evidencias más sólidos al tener acceso a una mayor cantidad

de información, fortaleciendo los resultados y hallazgos, además de permitir valores cualitativos, en comparación con solo un caso, que utilizaría solamente valores cuantitativos” (Yin, 2003, pp. 1-2), tratando por tanto, abarcar la mayor cantidad de información posible al ir revisando caso por caso, buscando elementos y factores en común.

Mientras que Flyvbjerg (2004, p. 41), en su artículo, Cinco malos entendidos acerca de la investigación mediante los estudios de caso, indica que: “Mas descubrimientos se han hecho mediante la observación intensa que utilizando la estadística aplicada a grandes grupos”, dando a entender que, mediante lo particular de un tema de investigación, se puede llegar a lo general, construyendo teorías nuevas.

Por lo cual, este trabajo se situó en los parámetros cuali - cuantitativos, ya que si bien empleó técnicas e instrumentos cualitativos (entrevista clínica a profundidad) también contó con la presencia de instrumentos cuantitativos que midieron y registraron la aparición y prevalencia de las variables de este estudio y las consecuencias psicológicas en los sujetos de estudio que sufrieron las mismas (bullying, estrés postraumático, rasgos de la personalidad, ansiedad, depresión y baja autoestima), empleando instrumentos cuantificables que arrojaron datos medibles y estadísticos, complementando y enriqueciendo de esta manera la investigación.

Finalmente, según el tipo de estudio, es transversal, ya que el acopio de datos ocurrió por un periodo de tiempo corto y de manera simultánea la información se recogió siguiendo el orden establecido en el cronograma de trabajo adjuntado en posteriores secciones del presente trabajo.

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población

Para que la población de estudio fuese tomada en cuenta y tuviese su justa relevancia, se delimitó a jóvenes estudiantes universitarios de ambos sexos, que hubiesen sufrido de bullying muy marcado en su niñez o adolescencia; durante el curso de su vida académica colegial (primaria y secundaria), ya que este es un fenómeno muy extendido a nivel mundial y no discrimina género ni edad durante la escolaridad para manifestarse, tal cual lo indica un estudio emitido por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2020), uno de cada tres jóvenes alrededor del mundo (un 30% de la

población total a nivel mundial) ha sido víctima de algún tipo de comportamiento discriminatorio (violencia escolar, acoso, bullying, etc.).

Mientras que, en Bolivia, según los datos proporcionados por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2022), cuatro de cada diez niños y adolescentes sufren de acoso escolar.

Por otra parte, a nivel regional, de acuerdo al estudio realizado por la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho en el año 2022, se tienen los datos porcentuales de que al menos un 50% de los educandos de la ciudad de Tarija (durante la gestión 2012), sufrían de insultos, apodos y burlas, (Trujillo et al, 2022). Sin embargo, este estudio, al igual que los anteriormente citados, solo estuvo dirigido hacia la educación primaria y secundaria.

Con lo que, en la actualidad, a nivel sudamericano (y por tanto nacional y regional), no se cuentan con investigaciones que puedan brindar datos específicos y estadísticos sobre como el bullying sufrido en la etapa escolar afecta a quienes lo vivenciaron en posteriores etapas de sus vidas.

Por lo cual, la población que fue objeto del presente estudio se delimitó por los siguientes criterios y variables de inclusión:

- Según el lugar donde estuvo emplazado el estudio: Que tengan su domicilio y vivan en la ciudad de Tarija Capital.
- Estudiantes universitarios (masculinos y femeninos) de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho (gestión 2025), ya que son una población de fácil acceso, con la cual nunca se ha trabajado esta temática.
- Que hayan sufrido de bullying en su adolescencia, durante su etapa de estudiantes de primaria o secundaria.

4.3.2 Muestra

Se empleó un muestreo del tipo no probabilístico, puesto que cada participante fue seleccionado de manera discreta (priorizando su privacidad y anonimato), en línea con los criterios de inclusión y límites de la población; por lo cual, para facilitar el acopio y detección de nuevos colaboradores que tengan un posible perfil de haber sido víctimas de bullying se

utilizó el método de bola de nieve: “Comienza con un pequeño grupo de muestra de participantes en la investigación que se ajusten a los criterios de estudio y luego se amplía, pidiendo a esos participantes iniciales que recomienden a otros que también cumplan estos requisitos” (Steward, s.f), el cual dadas sus características metodológicas simplificó el hecho de contactar y obtener nuevas fuentes de estudio.

Para que los participantes cumplieren con los criterios y variables de inclusión y poder formar parte de la muestra, se les aplicó el Cuestionario/autoinforme (AVE) Acoso y violencia escolar, mismo que fue adaptado por el investigador y testeado por medio de una prueba piloto para que pueda medir el bullying en tiempo pasado, con excelentes resultados.

El cual, mediante su escala de índice global de acoso e intensidad del acoso, basadas en la teoría de Piñuel, creador del método y programa de prevención contra el bullying AVE, pudo indicar que tan fuerte fue el grado de acoso que la víctima sufrió durante su etapa escolar, por lo cual, para ser tomados en cuenta los aspirantes a ser sujetos de estudio, debieron de puntuar con al menos un puntaje de acoso bien constatado (81-95), o acoso muy constatado (96-99), puesto que puntuaciones menores a estas pueden reflejar a individuos que sufrieron de bullying durante su escolaridad, pero sin provocarles elevada afectación, quedando como un recuerdo más o un acontecimiento pasajero, que no repercutió en posteriores etapas de su vida, no generándoles consecuencias clínicas palpables.

Por lo cual, los criterios y variables de selección de muestra fueron:

- Estudiantes universitarios (masculinos y femeninos), que sean de la ciudad de Tarija y estudien en la U.A.J.M.S.
- Que hubiesen sufrido bullying durante su escolaridad.
- Que puntuasen con mínimamente Acoso bien constatado (81-95), al aplicarles el Cuestionario/autoinforme AVE.

Así es que, teniendo en cuenta los criterios y variables mencionados, mediante la aplicación del método de muestreo de bola de nieve en la población seleccionada (Estudiantes de la U.A.J.M.S), se pudo encontrar a 31 candidatos (entre hombres y mujeres) a ser sujetos de estudio, los cuales manifestaron el haber sufrido de bullying durante su escolaridad, refiriendo tener recuerdos o haber vivenciado acontecimientos que les causaban malestar en su día a día,

por lo cual, se les procedió a aplicar el Cuestionario/autoinforme (AVE) Acoso y violencia escolar, obteniendo a 16 posibles candidatos que confirmaron el haber sufrido de bullying con una intensidad y puntaje de acoso muy constatado (96-99 puntos), mientras que, los restantes candidatos (15), puntuaron en rasgos e intensidades de bullying escolar no constatables o poco constatables, no calificando en rasgos de afectación altos.

Posteriormente, a los 16 posibles sujetos de estudio restantes, se les realizó preguntas generales, sobre disponibilidad de tiempo y predisposición para participar en el estudio y el grado de afectación que ellos creían tener por culpa del bullying en sus vidas, acorde a las respuestas que habían proporcionado en el AVE, tras lo cual, la muestra final, hasta ese momento quedó establecida en 12 participantes, mismos que se comprometieron en participar en la investigación.

Sin embargo, con el pasar del tiempo y al comenzar la aplicación del resto de técnicas e instrumentos que conformaron esta investigación, la muestra se redujo a ocho sujetos de estudio, ya que cuatro de ellos prefirieron retirarse por motivos personales, puesto que, la remembranza de los hechos sucedidos en sus vidas debido al bullying sufrido, es tan intensa que no se sintieron cómodos poder trabajar con la misma, expresando no ser capaces de continuar, ya que les generaba incomodidad, malestar y manifestaciones de sintomatología clínica altas (crisis de ansiedad, somatización de los síntomas, depresión y bajas en su autoestima general).

Con lo cual, tras captar nuevamente a candidatos para ser sujetos de estudio mediante el proceso anteriormente descrito, la muestra final se estableció en diez participantes, siendo siete de ellos mujeres y tres hombres, que viven en la ciudad de Tarija, estudian en la U.A.J.M.S y sufren de consecuencias clínicas en su día a día, fruto del bullying que padecieron durante su etapa escolar.

4.4. Métodos, técnicas e instrumentos

4.4.1 Métodos

El presente trabajo de investigación, (según el tipo de razonamiento empleado para llegar a las conclusiones) estuvo enmarcado en la metodología teórica, empleando el método analítico, ya que se centró en la identificación y análisis de las partes y elementos componentes de un

determinado fenómeno (consecuencias psicológicas del bullying sufrido durante la etapa escolar); por lo cual, se rigió en el método sintético, puesto que se buscó sintetizar la información y conclusiones en relación a la problemática ya mencionada, la cual descompuesta en sus variables, se prestó para analizar los factores de la misma (bullying, estrés postraumático, rasgos de la personalidad, ansiedad, depresión y baja autoestima), siendo ambas metodologías complementarias una de otra.

Por otra parte, se rigió en el método deductivo e inductivo, pues inicia desde lo general (teorías relacionadas con el bullying a nivel psicosocial, estudios, instrumentos, etc.) y llega a lo específico, aterrizando en una problemática que a nivel regional (Tarija), se halla bastante extendida y conocida de boca en boca, pero poco deducida en sus hechos y consecuencias psicológicas más concretas.

4.4.2 Técnicas

Para poder recolectar los datos, se empleó un autoinforme en formato de cuestionario, (AVE) Autoinforme de acoso y violencia escolar de Piñuel & Oñate (2006), (adaptado al tiempo verbal pasado) compuesto por dos partes, teniendo la primera la opción de elección de respuesta múltiple (del 0 al 2) y la segunda por 59 ítems con dos opciones de respuesta (sí y no), destinadas a evaluar acoso (bullying) físico, verbal, social, psicológico, ciberacoso, violencia física, relacional y sexual siendo un instrumento de libre respuesta y pensamiento, en el cual no hay respuestas correctas o incorrectas.

También se empleó la EGEP-5, Evaluación Global de Estrés Postraumático adaptada a los criterios del DSM-5, de Crespo et al (2017), misma que evalúa la sintomatología postraumática y diagnóstico del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en víctimas adultas de distintos acontecimientos traumáticos; con un formato criterial basado en el cumplimiento de los criterios diagnósticos DSM-5 y normativas en percentiles elaboradas a partir de una muestra de personas expuestas a distintos tipos de acontecimientos traumáticos.

Además, se empleó la escala PSY-5 del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2, Forma Reestructurada, Escala PSY-5 de Tellegen y Ben-Porath (2009 - 2015), compuesto por 338 ítems y 50 sub escalas, mismos que requieren que el aplicante seleccione dos opciones (con la que más se identifiquen y con la que menos se identifiquen) en forma de preguntas de

verdadero y falso, que debieron de anotar y registrar en una hoja de respuestas. Sin embargo, si bien se aplicó la totalidad del instrumento para no romper su integridad y valor verídico y metodológico, solo se calificó la escala PSY-5 y no así las restantes 49 escalas que componen el instrumento, puesto que la misma es la que se enmarca en los objetivos y temática de la presente investigación.

Igualmente, se empleó el cuestionario de Rojas para valorar la ansiedad (2000), el cual se compone por 100 ítems, divididos en cinco sub escalas (de 20 ítems cada una) que evalúan la ansiedad como síntoma físico, psíquico, conductual, intelectual y asertivo; permitiendo al evaluado indicar si la pregunta descrita se enmarca a su realidad mediante la selección de la opción “no”, o si en caso contrario, si lo hace mediante la selección de las opciones 0 (no), 1, 2, 3 y 4, con un rango de puntuación de 0 a 20 (banda normal), 20 a 30 (ansiedad ligera), 30 a 40 (ansiedad moderada), 40 a 50 (ansiedad grave), 50+ (ansiedad muy grave).

Además, por acotación propia del autor de la presente investigación, se incluyó una forma de calificación de las sub escalas que evalúan la sintomatología ansiosa específica (síntomas físicos, psíquicos, conductuales, cognitivos y asertivos), con rangos de puntuación de 0 a 20 (síntomas leves), 21 a 40 (síntomas medios), 41 a 60 (síntomas altos) y 61 a 80 (síntomas graves), bajo la lógica de que si cada una de las sub escalas tiene un máximo de 20 preguntas y cada una de ellas puede ser puntuada en un rango de opciones de 0 (no), 1, 2, 3 y 4, la calificación máxima esperable seria de un total de 80 puntos, mismos que se fraccionaron intervalos de puntuación de 20 puntos (0 a 20, 21 a 40, etc., hasta llegar al 80); siendo esta una forma de calificación externa al criterio del creador del instrumento, Enrique Rojas, ya que el mismo no planteó un rango de puntuación para cuantificar la sintomatología ansiosa específica por sub escalas, por lo cual, no debe de tomarse como metodología oficial para futuras investigaciones.

Por otra parte, se empleó el Inventario de depresión de Beck (BDI-II, Revisión española 2011) compuesto por 21 ítems enumerados de acuerdo al orden de sus preguntas y divididos en secciones destinadas a evaluar aspectos individuales de la problemática a tratar, mediante la selección de las opciones 0, 1, 2 y 3, por lo cual se trata de un instrumento de libre respuesta y pensamiento, en el cual no hay respuestas correctas o incorrectas.

De similar modo, se empleó la escala de autoestima de Coopersmith Adultos (SEI, Versión completa del año 1990), la cual está compuesta por 58 ítems, divididos a su vez en seis sub escalas, que evalúan las áreas de afectación que el autoestima puede presentar (mentiras, social, laboral/educativa, hogar, general y total) que no tienen respuestas correctas o incorrectas, en donde el sujeto aplicante elige de forma libre sobre una categoría de incisos que mejor representen la situación por la cual está atravesando, permitiendo al aplicante indicar si la pregunta descrita se enmarca a su realidad mediante la selección de la opción “igual que yo”, o si en caso contrario, no lo hace mediante la opción “distinto de mí”, logrando de este modo ordenar los datos recopilados de forma jerárquica para su posterior cuantificación.

Finalmente, se desarrolló y aplicó una entrevista clínica a profundidad, la cual por medio de preguntas generales propias de la estructura de la misma (basada en el modelo y formato de Poussin, Morrison y Schmiedl) y provenientes de los test aplicados, se logró obtener datos que se pudiesen haber podido escapar a alguno de los anteriores instrumentos; afianzando y construyendo de este modo (a lo largo de la misma) un vínculo de confianza (rapport) y trabajo para poder indagar con mayor eficiencia la situación individual de cada caso estudiado.

4.4.3. Instrumentos

Método empleado	Técnica	Instrumento
Test psicológico	Autoinforme	(AVE) Autoinforme de acoso y violencia escolar de Piñuel & Oñate (2006)
Test psicológico	Escala	(EGEP-5) Evaluación Global de Estrés Postraumático, adaptada a los criterios del DSM-5 (2017)
Test psicológico	Inventario	Inventario Multifásico de la personalidad Minnesota-2, Forma Reestructurada, Escala PSY-5 (2009, 2015)
Test psicológico	Cuestionario	Cuestionario de Rojas para valorar la ansiedad (2000)
Test psicológico	Inventario	(BDI-II) Inventario de depresión de Beck (Revisión española, 2011)
Test psicológico	Escala	(SEI) Test de autoestima de Coopersmith Adultos (1990)
Entrevista	Entrevista clínica	Entrevista clínica a profundidad basada en el modelo y formato de Poussin, Morrison y Schmiedl

4.4.3.1 (AVE) Acoso y violencia escolar, Piñuel & Oñate 2006

Autor: Piñuel, Zabala y Oñate

Versión y año: TEA ediciones, Primera y única versión, 2006

Técnica: Autoinforme/Cuestionario

Objetivo: Evaluación del acoso escolar (bullying)

Validez y confiabilidad: En un estudio realizado en Madrid, España, con una muestra de 4.062 niños en edad escolar, de ambos sexos y niveles académicos de colegiatura se obtuvo un coeficiente Alfa de Cronbach con una consistencia interna en la escala de acoso de 0,95 y en el índice global de acoso de 0,93.

Materiales: Manual, ejemplares impresos y software de corrección, más lápiz o lapicero.

Tipo y tiempo de aplicación: Individual o colectiva, desde los 7 a 18 años (no más de 20 personas a la vez), entre 25 a 30 min de duración.

Escala: Baremos generales y por sexo distribuidos en 3 niveles educativos (Nivel 1: 2º a 5º de primaria; Nivel 2: 6º de primaria a 2º. Nivel 3º: Tercero de secundaria a bachillerato. El sistema de puntuación es doble:

Sistema de indicación crítica: puntos de corte para indicar la contrastación o no del acoso escolar y su intensidad.

Sistema hepta (7 categorías, desde lo más alto a lo más bajo)

4.4.3.2 EGEP-5. Evaluación Global del Estrés Postraumático

Autor: Crespo et al

Versión y año: 2017 (Versión basada en los criterios diagnósticos del DSM-V)

Técnica: Escala

Objetivo: Evaluación de la sintomatología postraumática y diagnóstico del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en víctimas de distintos acontecimientos traumáticos

Validez y confiabilidad: En una validación centrada en sujetos del País Vasco (España autónoma) realizada entre los años 1994 y 1997, la versión anterior (sin actualizar a los criterios del DSM-IV) del presente instrumento con una población clínica de 175 pacientes, 162 mujeres y 13 hombres (con una edad media de 33 años) cuyos criterios de inclusión eran un diagnóstico ya establecido del TEPT según los criterios del DSM-IV y un grupo control de 463 sujetos, emparejados en sexo y edad (con una edad media de 33 años y número equivalente de hombres y mujeres) se obtuvo como resultado una alfa de Cronbach total (grupo clínico y de control) de 0.92 (excelente consistencia), una alfa de Cronbach moderada de 0.63 en la población clínica y una alfa de Cronbach de 0.84 en la muestra normativa (grupo control).

Materiales: Manual de calificación, Ejemplares de la escala impresos, lápiz o lapicero

Tipo y tiempo de aplicación: A partir de los 18 años en adelante. Puede ser individual o heteroaplicable, sin tiempo límite de aplicación.

Escala: Preguntas criterios basadas en el cumplimiento de los criterios diagnósticos DSM-5 y normativas en percentiles elaboradas a partir de una muestra de personas expuestas a distintos tipos de acontecimientos traumáticos; tipo Likert, elección de respuestas en el rango del 1 al 3 en la primera sección, 1: Me sucedió, 2: Lo presencié directamente pero no me sucedió, 3: Le sucedió a alguien cercano. Preguntas del 0 al 4 en la segunda parte en el rango del 0 al 4 (Ninguna: 0, Leve:1, Moderada: 2, Grave: 3, Extrema:4) y preguntas de libre respuesta con opciones de Sí y No en la tercera parte.

4.4.3.3 MMPI 2 RF (Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2, Forma Reestructurada), Escala PSY-5

Autor: Auke Tellegen y Yossef S.Ben-Porath

Versión y año: Adaptación al español, (Dpto. de I+D+i de TEA Ediciones), 2009, 2015

Técnica: Inventario multifásico

Objetivo: Evaluación de varios factores o aspectos de la personalidad. Contiene 5 escalas de personalidad psicopatológica (PSY-5)

Validez y confiabilidad: Desde su salida, este instrumento fue ampliamente validado a nivel mundial, tanto en su versión original (inglesa), como en su versión adaptada al español. Muñoz & Fernández (2010), señalan que el MMPI-2-RF, se encuentra entre los cinco test psicológicos más utilizados por psicólogos españoles y es una de las pruebas más empleadas a nivel mundial en psicología clínica, forense y neuropsicología. Las escalas clínicas reestructuradas (el corazón del MMPI-2-RF), llevan utilizándose en EEUU desde el 2003, sin contar las múltiples investigaciones que se llevan a cabo sobre la prueba, con propiedades psicométricas que arrojan una validez de 0.58 y 0.92 en Alfa de Cronbach.

Materiales: Manual, ejemplares impresos y software de corrección, lápiz o lapicero.

Tipo y tiempo de aplicación: Auto aplicable, ya sea individual o en grupos; tiempo variable, entre 30 a 50 minutos

Escala: Consta de 338 ítems de verdadero/falso

4.4.3.4 Cuestionario de Rojas para valorar la ansiedad (2000)

Autor: Enrique Rojas Montes

Versión y año: Versión del año 2000

Técnica: Cuestionario

Objetivo: Evaluar la intensidad y características de la ansiedad en pacientes adultos

Validez y confiabilidad: En el año 1992, se realizó una tesis doctoral con el fin de aportar validez al cuestionario de Rojas, se tomó una población total de 299 individuos, de ambos sexos, diferentes edades y estado clínico (entre pacientes diagnosticados con ansiedad y pacientes sin trastornos por ansiedad), siendo los primeros un 33,1% y los segundos un 66,09%, correlacionando el presente cuestionario con el test de Hamilton y Zung, dando como resultado una elevada correlación.

Materiales: Manual, ejemplares de los test impresos, lápiz o bolígrafo

Tipo y tiempo de aplicación: Autoinforme, individual o grupal, cuestionario dirigido a adultos, 10 a 15 minutos

Escala: Escala de Likert (0: No existe, 1: Leve, 2: Moderada, 3: Intenso, 4: Muy intenso)

Sumatoria de todos los ítems, con rangos desde: 0-20 Normal, 20-30: Ansiedad ligera, 30-40: Ansiedad moderada, 40-50: Ansiedad grave, 50+: Ansiedad muy grave

4.4.3.5 BDI-II Inventario de depresión de Beck (Revisión española, 2011).

Autor: Aarón T. Beck y colaboradores.

Versión y año: Primera versión, 1961, segunda versión, 1996, Versión española: 1996, versión empleada: Revisión española, 2011.

Técnica: Inventario.

Objetivo: Proporcionar una evaluación estructurada sobre los síntomas depresivos, con el fin de ayudar al diagnóstico clínico.

Validez y confiabilidad: La primera validación del instrumento fue realizada por Beck y sus colaboradores en 1988, con una población mixta (clínica y no clínica) de 600 personas, alcanzando un Alfa de Cronbach de 0.86, posteriormente Beck realizaría una nueva validación en 1996 para la versión actualizada del instrumento con una población clínica de 250 personas y una población clínica de 250 personas igualmente, alcanzando un Alfa de Cronbach de 0.91 y 0.92 respectivamente. En la versión española se tiene la realizada por Sanz en el año 2003, que tuvo una población mixta de 480 personas (mitad clínica y mitad no clínica), arrojando resultados de un Alfa de Cronbach de 0.90 y 0.87 respectivamente. En la revisión del año 2011, realizada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (España), se aplicó el instrumento a una población clínica mixta de 712 personas, con un rango de edad de 18 a 79 años; además de una muestra no clínica mixta de 569 personas, con rasgos similares de edad y sexo a la muestra clínica y una muestra de 727 estudiantes universitarios, logrando un Alfa de Cronbach superior a 0.50.

Materiales: Lapicera azul y hoja de preguntas del instrumento.

Tipo y tiempo de aplicación: Auto aplicable o mediante la guía de un profesional, individual o colectiva, test dirigido a adultos y adolescentes (más de 13 años), 5 a 10 minutos.

Escala: Likert de cuatro puntos (0 a 3), Sumatoria de todos los ítems con rangos desde 0 al 13: Depresión mínima, 14 a 19: Depresión leve, 20 a 28: Depresión moderada, 29 a 63: Depresión grave.

4.4.3.6 CSEI Escala de autoestima de Coopersmith Adultos (1990)

Autor: Stanley Coopersmith.

Versión y año: Publicación de la escala original, 1967, publicación de la escala adaptada para adultos, 1990.

Técnica: Escala.

Objetivo: Evaluar y explorar áreas específicas de la autoestima, determinando sus niveles y facilitando de este modo la investigación y diagnóstico clínico.

Validez y confiabilidad: El propio Coopersmith realizó la primera validación de su escala en 1967 con alrededor de 1748 jóvenes participantes, arrojando un valor de 0.80 en el Alfa de Cronbach, mientras que, para la versión adaptada de 1990, en poblaciones de adultos (no se especifica el número), se obtuvo como resultados un Alfa de Cronbach de 0.90. Además, una de las validaciones de este instrumento en español fue llevada a cabo por Cantú y colaboradores en el año 1993, con una población mixta (entre hombres y mujeres) de 411 personas, arrojando como resultado una Alfa de Cronbach de 0.81.

Materiales: Lapicera azul y hoja de preguntas del instrumento, software de corrección.

Tipo y tiempo de aplicación: Auto aplicable o mediante la guía de un profesional, individual o colectiva, test dirigido a adultos (más de 18 años), 10 a 15 minutos.

Escala: Tipo Likert, V o F o Igual que yo / Distinto de mí.

4.4.3.7 Entrevista clínica a profundidad

Autor y año: Basada en el modelo y formato de Poussin, Morrison y Schmiedl.

Objetivo: Explorar la historia clínica del paciente en relación a los objetivos planteados en el presente trabajo de investigación para identificar síntomas y problemas psicológicos con el fin de entender la dinámica de los mismos y establecer un sano rapport.

Técnica: Entrevista a profundidad.

Materiales: Hoja de anotaciones, hoja guía, bolígrafo, si el sujeto de estudio lo permite: una grabadora.

Tipo y tiempo de aplicación: Individual, de tres a cuatro sesiones (pudiendo extenderse a más, si se diera la oportunidad por parte del sujeto de investigación) de aproximadamente 60 minutos.

Escala: Preguntas de libre respuesta, preguntas guiadas por teoría, preguntas guiadas por las variables (bullying, estrés postraumático, rasgos de la personalidad, ansiedad, depresión y autoestima)

4.5. Procedimiento

Durante el trabajo y avance de la presente investigación se tomaron en cuenta las siguientes pautas:

1. Primera fase: Se procedió a una exhaustiva revisión bibliográfica sobre temáticas relacionadas con el objeto y objetivos del estudio, variables y cuerpo del trabajo.
2. Segunda fase: Se buscó, analizo y selecciono los instrumentos pertinentes que tuviesen relación con lo anteriormente expuesto, priorizando la concordancia con el tema en cuestión y las variables.
3. Tercera fase: Se inició la aplicación de la prueba piloto en los instrumentos psicológicos: AVE, acoso y violencia escolar, EGEP-5, Evaluación Global de Estrés Postraumático adaptada a los criterios del DSM-5 y el MMPI2-RF, Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2, Forma Reestructurada, Escala PSY-5; puesto que al autoinforme AVE se le convirtió la totalidad de sus preguntas a tiempo pasado ya que el presente estudio buscó evidenciar si existió bullying durante la etapa escolar en estudiantes de nuevo ingreso a la UAJMS, mientras que el instrumento sin modificaciones fue diseñado originalmente para evidenciar la presencia del bullying en tiempo presente durante la etapa escolar, además de tener como población apta para su aplicación desde los siete a 18 años; por otra parte, en el caso del EGEP-5 y el MMPI2-RF, al ser instrumentos escasamente empleados en nuestro medio, fue menester comprobar que no tuviesen problemas en su comprensión e interpretación al tratar la temática del bullying sufrido en la etapa escolar como causa directa de secuelas traumáticas y la presencia de alteraciones en los rasgos de la personalidad a nivel psicopatológico.
4. Cuarta fase: Se delimito la muestra empleando criterios de inclusión para la misma.

5. Quinta fase: Se comenzó con el recojo y acopio de información mediante la aplicación de los instrumentos seleccionados.
6. Sexta fase: Se dio inicio al procesamiento y análisis de la información recopilada en todos los casos estudiados desde sus vertientes cuantitativas y cualitativas.
7. Séptima fase: Se procedió a la redacción de resultados, la sistematización de los mismos y la elaboración de conclusiones y recomendaciones, ultimando cada detalle faltante.

4.6. Cronograma

ACTIVIDAD	Primer semestre, gestión 2025						Segundo semestre, gestión 2025			
	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV
Revisión bibliográfica	x	x				x	x	x		
Selección de los instrumentos	x	x								
Prueba piloto			x							
Selección de la muestra	x									
Recojo de la información	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Procesamiento de la información	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Redacción del informe final					x	x	x	x	x	

CAPÍTULO V

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN
DE LOS RESULTADOS

5. Análisis individual de los casos

5.1 Caso 1

I. Datos personales

Nombre: J.K

Edad: 19 años

Sexo: Femenino

Lugar y fecha de nacimiento: Tja Bolivia - 03/09/2006

Escolaridad: Bachillerato; estudios universitarios en curso

Ocupación: Estudiante

II. Motivo de Consulta

Refiere sentirse agobiada y cansada, con dificultades para conciliar el sueño; desconfiando de su entorno psicosocial, deseando escapar y dejar todo atrás para comenzar de nuevo ya que considera que por todo lo que pasó durante su etapa escolar no puede sentirse tranquila, viviendo estresada y con mucha ansiedad.

III. Antecedentes personales

J.K es una joven estudiante de 19 años, nacida en la capital de Tarija; su contextura corporal es robusta, de tez pálida y semblante serio. Durante el transcurso de las sesiones, siempre mantuvo un especial esmero en su vestimenta y apariencia física, vistiendo ropa holgada, pulcra y limpia, denotando un cuidado minucioso de su autoimagen personal.

Inicia su relato clínico mencionando que le cuesta poder recordar acontecimientos de su pasado y primera infancia: *“Es como si mi mente los bloqueara, como si nunca hubiese pasado nada”*, al hacer un esfuerzo de memoria y soltándose un poco bajo las preguntas del entrevistador, indica que su infancia estuvo marcada por acontecimientos cargados de violencia, tanto verbal, como física y psicológica: *“Uno de los primeros recuerdos que tengo es el de mi madre, ella estaba llorando y yo no entendía el motivo, cada vez que me intentaba acercar a ella y saber que le pasaba siempre me gritaba que me vaya, me insultaba y me pegaba, solo decía que ahora habíamos quedado solas cuando yo le preguntaba por mi padre ya que casi no lo veía en mi casa, solo decía que se iba a trabajar y se salía a la calle pero yo*

quería compartir tiempo con él porque era bueno conmigo”. Además, menciona que el carácter y temperamento de su madre siempre estuvo marcado por la agresividad y fluctuación en su estado anímico: “Mi madre siempre fue violenta, tiene un carácter muy fuerte y tiene cambios de humor muy frecuentes, siempre que pasa algo que a ella no le parece o no sale como quiere se enoja y reacciona de forma agresiva, no quiero recordar mucho esa época, pero mi padre prefería no estar en casa y ese era un motivo por el cual lo veía muy poco”.

Indica que, uno de los motivos por el cual su padre en los años que vinieron (cuando ella rondaba por sus cinco años) decidió irse de su casa y posteriormente divorciarse fue precisamente el carácter materno: *“Poco a poco comencé a ver a mi padre menos, luego, un día ya no volvió más mi casa, pero cuando le preguntaba a mi madre a donde él había ido, su respuesta tenía un tono lleno de rabia y disgusto, al final mi madre se encerraba en su cuarto a llorar y no se quería ni levantar de la cama ni para comer; solo le daba dinero a la empleada o a mi tía abuela para que me compre lo que yo quisiera. Aunque pensándolo bien mi padre tampoco fue un santo ya que había dejado a su anterior esposa con la cual tuvo un hijo para poder casarse con mi madre”.*

Al llegar a sus seis años J.K recuerda que su madre cambio bruscamente en su accionar: *“Fue como si algo hubiera hecho click dentro de ella, se volvió demasiado sobreprotectora, no me dejaba hablar con nadie, ni me dejaba salir ni a la puerta para poder jugar con los niños de mi barrio, antes no me decía nada, solo daba dinero y ya, pero después se enojaba mucho si no sabía dónde estaba yo, incluso dentro de mi casa”.*

Como ya había cumplido seis años, ingresó directamente al nivel inicial, el cual, en sus palabras era *“Un colegio de mucho prestigio en la ciudad de Tarija”*. En los primeros días de asistencia al mismo, pudo tener un breve escape de su vida familiar; sin embargo, la sobreprotección de su madre le terminó pasando factura en sus relaciones interpersonales: *“La primera vez que fui al colegio me acompañó mi abuela, para mí era un lugar bonito en donde podía jugar sin que me llamen la atención o me quisieran pegar si no hacía caso, pero a los días de ingresar me comencé a sentir rara, y me gustaba más estar alejada de todos, fue como si todas esas cosas feas que mi madre me hacía vinieran a mi mente de golpe y me sentí mal, además, ella me comenzó a controlar en todo, yo no me daba cuenta, pero me compró y dio un celular que me obligaba a llevar a todas partes, a este (ella no lo sabía en ese entonces) le*

había puesto un rastreador para ver en cada momento en donde estaba, además, comenzó a sobreprotegerme aún más y tratarme como si yo fuera su pertenencia”.

Lo cual provocó que el ir al colegio se tornara en una experiencia desagradable, tornándose desconfiada y distante con sus pares, desembocando en sus primeros problemas con el bullying: *“Fue tanto lo que me decía... que todos eran malos, que jugara sola y no les hablara a desconocidos que me comencé a hacer desconfiada, ya no veía a mis compañeros de la misma forma, me alejaba de ellos y prefería estar sola. Ellos se dieron cuenta y me comenzaron a molestar, me decían cosas feas de mí y de mi cuerpo, además preguntaban quién era mi madre y cuál era su apellido, cuánto dinero ganaba y de que trabajaba, diciendo que yo era una pobretona sin nada y que sus empleadas ganaban más plata que ella y que ya no se juntarían conmigo. Yo solo lloraba y no sabía que hacer porque me daba miedo que si le decía algo a mi madre ella se enojaría y no me dejaría ni salir de mi cuarto o me pegaría”.*

Este accionar también repercutió entre sus demás compañeros, los cuales prefirieron alejarse, puesto que, si intentaban interactuar con ella, eran sujetos a burlas: *“Comenzaron decir que yo no tenía plata, que era una pobre que no tenía nada y que si se juntaban conmigo o si se acercaban a mí les iba a contagiar la pobreza, ahora me da risa recordar eso porque suena tonto, pero en ese momento, hasta que me cambiaron de colegio, si fue algo feo...”.*

Con el pasar del tiempo, este tipo de comportamientos desembocó en que los demás niños no quisieran juntarse con ella, llegando a hacerle la ley del hielo, invisibilizarla y minimizarla ante el grupo: *“Los demás niños se burlaban y les seguían la corriente, imagino que para ellos hacer eso les significaba que se volverían parte del grupo de los populares, si tenían que elegir a personas para formar grupos en educación física o cualquier otra cosa, hacían como si yo no estuviera ahí, como si fuera una inútil que solo los haría perder y en cierta forma yo ya estaba comenzando a creer que era así”.*

Sin embargo, J.K pudo tener y formar un pequeño grupo de amigos, el cual a medida que pasaban los años y los grados escolares fue reduciéndose por diversos motivos: *“Entre todos esos niños que me molestaban hubo una que al igual que yo era callada y prefería estar sola, fue mi única y verdadera amiga, aún lo es hasta el día de hoy, pero también hubo muchas otras amigas que se volvieron interesadas ya que yo comencé a tener buenas notas en el colegio ya que mi madre me había comenzado a amenazar con pegarme o me gritaba si yo no*

obtenía notas altas, así que paraba estudiando, más por miedo que por gusto... esto provocó que mis antiguas amigas me comenzaran a pedir que les haga sus tareas o las ayude en sus exámenes, todo era risas siempre que yo lo hiciera y hasta me dejaban juntarme con ellas, pero si no lo quería hacer me amenazaban, me volvían a decir cosas feas de mi cuerpo o decían que me iban a pegar, que le iban a decir a mi madre que yo hacía cosas malas o que ya no me iban a hablar más.

Al llegar a la adolescencia y pasar al grado escolar de la secundaria, el bullying se intensificó aún más, al grado de afectar su autopercepción:

“Llegó un punto en donde yo ya estaba harta, cansada y frustrada, solo quería que me dejaran en paz, así que les dije, pero se rieron en mi cara y me comenzaron a insultar y decir gorda, fea, que era una bruta, fue tanto lo que me decían que yo comencé a buscar en internet formas de bajar de peso, de hacer dieta o cualquier cosa que me hiciera sentir mejor, no me quería ni mirar en el espejo, porque me daba miedo que lo que vería fuera lo que ellas decían de mí, hubo veces en las que no comía por días, solo estaba con agua, tomaba agua y eso era suficiente para mí, aunque me moría de hambre al menos así me sentía un poco mejor y se notaba porque comencé a bajar de peso”.

Sin embargo, esto género que el bullying se fuera hacia otras áreas de su vida, llegándolas a afectar y deteriorar:

“Me viera como me viera, ya sea si subía o bajaba de peso (porque o no comía nada o me daba atracones de comida) ellas seguían molestándome... además de que tuve mucho acné por culpa de eso, al final hasta me comenzaron a seguir por la calle hasta mi casa y me decían cosas feísimas, yo ya vivía con miedo de que alguien estuviera atrás mío riéndose, escuchaba voces, ruidos o creía que la gente me miraba feo por la calle y yo no quería saber nada de nadie, me daba vergüenza ir por el centro de la ciudad porque con cualquier ruido fuerte yo saltaba o gritaba y ante cualquier cosa que me dijera mi madre yo sentía rabia al solo oírla”.

El bullying llegó a ser tan marcado que requirió la intervención del colegio: *“Fue tanto lo que me hicieron que tuvieron que llamar a la psicóloga del colegio... hasta habían comenzado a pegarme o darme empujones fuertes y jalarme del cabello riéndose, pero ella no hizo nada,*

solo le dijo a mi madre y creo que allí ella si se preocupó realmente por mí, pero no sabía cómo reaccionar o que decirme así que solo me decía que tenía que aguantar, que solo era una etapa de la vida, aunque bajó un poco el control que me hacía y me daba un poquito más de permiso para estar en la calle o salir con mi amiga”.

Esta situación derivó en un breve acercamiento en su relación familiar; pero, al poco tiempo de tener esta conversación su madre volvió a comportarse como antes: *“Mi madre a la semana que habíamos hablado de nuevo volvió a ponerse controladora conmigo y fue como si tuviera lapsos, había días en que estaba buena y luego estaba muy mala y yo no entendía cuál era el motivo, estaba muy cambiante y solo me hacía daño porque yo no sabía ni que hacía de mal ya que llegaba a mi casa y me comenzaba a pegar o a gritar y me castigaba”.*

Mientras, en el colegio J.K continuaba sufriendo ataques de bullying, llegando a somatizar los mismos en síntomas físicos en su cuerpo: *“Mientras tanto en el colegio me seguían molestando, me dolía mucho la cabeza y me sentía sin ganas de nada, solo quería llegar a mi casa y encerrarme en mi cuarto, ya no tenía tranquilidad para nada, al final ya no aguante más y llorando le pedí a mi madre que me cambiara de colegio porque ya pensaba en matarme o que era una buena para nada, una inútil, torpe y bruta, que me moriría sola y que nunca nadie me iba a querer por cómo me veía o me comportaba, pensaba tanto en eso que tenía pesadillas muy feas y cuando despertaba me sentía con miedo de que algo de eso pudiera volverse real”.*

Además, hubo un comentario realizado por uno de sus compañeros de curso, cuando ella se negó a hacerle sus tareas, el cual muy enojado comenzó a amenazarla: *“Algo que me afectó bastante fue oír a uno de mis compañeros decirme que si no le hacía caso y no lo ayudaba me iba a violar, ese chico era hijo de políticos y les decía lo mismo a todas las chicas si no le hacían caso, yo pensaba todo el tiempo en eso y no quería ni tenerlo cerca porque me agitaba y sentía temor de que de verdad me hiciera algo porque había muchos rumores de que él se metía con las chicas”.*

Estos acontecimientos, generaron nuevamente un pequeño acercamiento con la madre, la cual luego de reflexionar sobre el asunto accedió al pedido de su hija: *“Yo no sé si fue porque realmente me vio muy mal, pero me dijo que estaba bien, que me iba a cambiar y así fue, justo inicio la pandemia en ese entonces y como yo ya estaba en otro colegio y además por el covid*

todo era virtual nadie me conocía ni me veía. Llego el día en que volvimos a clases presenciales, pero como todo fue por computadora no nos conocíamos así que no me tomaron importancia y salí bachiller sin más problemas”.

En la actualidad J.K. relata que, si bien muchas de esas cosas quedaron en el pasado al momento de ingresar a la universidad, aún le generan malestar y las tiene presentes en su día a día: *“Me volví totalmente desconfiada, tengo miedo de encontrarme con esas personas o siquiera verlas por la calle, a veces pienso que me van a ver y van a comenzar a hablar de mí de nuevo porque están en esta universidad y no quiero ni pensar en eso. Yo todavía me miro al espejo y me sigo viendo como ellos decían que yo era y no me gusta, no puedo ni verme porque me da vergüenza, siempre que alguien me dice algo bonito sobre mí creo que es mentira, intente tener relaciones de pareja, pero nunca podía porque me sentía poca cosa, solo espero que las cosas cambien en algún momento”.*

Este malestar, se extendió a su vida académica y social, llegando a creer que su vida es algo surreal, por lo cual optó por ir de vez en cuando a sesiones de terapia con una psicóloga: *“Hay días que no tengo ganas ni de levantarme de la cama y no quiero ir a la universidad, es bastante frecuente para mí sentir que toda mi vida es surreal, como una mala película. Cuando es época de exámenes paso días enteros encerrada estudiando porque me da miedo que luego me digan algo en mi casa o que la gente me vuelva a insultar y decir que soy una burra... últimamente he notado que las personas se están volviendo a acercar a mí porque ven que tengo buenas notas, pero yo no quiero eso. Trato de ir a terapia para tratar estos temas, pero es como si me tomaría una pastilla, me siento bien unos días y después de nuevo estoy mal”.*

Por otra parte, indica que hasta el día de hoy sufre de ansiedad y estrés, prefiriendo aislarse de su entorno para no caer en una rumiación del pensamiento e ideas recurrentes: *“Cuando yo estaba en el colegio no sabía que era la ansiedad o el estrés, pero al entrar a la universidad comencé a leer mucho y ahora me doy cuenta de que yo vivía estresada y tenía mucha ansiedad, llegaba a mi casa y solo me quería encerrar en mi cuarto, a veces me daban migrañas bien fuertes y al día de hoy sigue siendo así... no quiero saber nada de nadie, me da rabia porque sé muy bien que ya pasó hace tiempo pero vuelvo a pensar en esas cosas y me pongo de mal humor todo el día. Mi escape es la música, ponerme audífonos y estar en mi*

mundo y borrar las cosas feas. A veces creo que la gente en la calle me va a hacer algo o me van a buscar lastimar, quisiera no pensar eso; cada que lo hago me pongo muy sensible y prefiero bloquear todo, si no lo hiciera luego me darían pesadillas, no podría dormir nada o me agitaría”.

IV. Antecedentes familiares

La familia de J.K está conformada por su madre, padre, tía abuela y hermana menor, siendo ella la hija del medio; además, tiene un medio hermano por parte paterna.

Menciona que la relación con su tía abuela le es indiferente ya que ella: *“Vive en su mundo, se encierra en su cuarto y no dice nada a nadie ni quiere involucrarse en las cosas de la casa, ella siempre fue rara así que no me importa, mi madre me dice que ella siempre fue así y que no la moleste”*. Razón por la cual prefiere mantener su distancia hacia su persona.

Por otra parte, la convivencia con su madre está, llena de constantes peleas, cargadas de agresiones verbales, físicas y psicológicas: *“Mi madre siempre fue así, hasta ahora me quiere controlar y no me deja hacer nada, parezco una niña indefensa que solo quiere salir y escaparse de esa casa ni bien tenga la oportunidad de hacerlo”*.

Mientras, su relación con su hermana menor es ambivalente: *“Mi hermanita es buena, pero se parece a mi madre a ratos ya que la imita en todo, le da la razón siempre a ella y yo trato de hacerle ver que las cosas no son tanto como ella le dice, aparte que también la sobreprotege mucho y me da miedo que más allá le pase lo mismo que a mí, porque también tiene un rastreador en su celular y no le da permiso para hacer nada, solo espero que no le pase nada feo”*.

Respecto a las personas de su familia con las que no convive en su día a día, refiere que la relación con su padre es en cierta manera indiferente, debido a que no puede visualizarlo como alguien responsable: *“Mi padre se lo toma todo a chiste, me agrada que sea menos serio y estricto que mi madre, pero no me gusta que no puede terminar de hacer las cosas que empieza, por eso prefiero no vivir con él, aparte que no me cae su nueva novia ya que siempre para cambiando de pareja”*.

Indica que su medio hermano le dejó secuelas emocionales muy fuertes como para que ella pueda verlo como parte de su familia y prefiere mantener su distancia: *“Mi medio hermano*

siempre me odió, creo que se debe a que el cree que por mi culpa su padre terminó dejando a su madre y se divorció, así que cuando lo conocí, él también me comenzó a hacer bullying y decirme cosas feas, se llegó a disculpar de eso, pero aún no lo perdono del todo y prefiero mantener mi distancia”.

Finalmente, en relación a enfermedades o antecedentes psicológicos en su familia, menciona solo existieron casos por parte de la rama materna, ya que su madre asistió a terapia clínica en reiteradas ocasiones, puesto que el divorcio por el cual atravesó, le dejó secuelas en su estado anímico, mismas que se manifestaron un trastorno depresivo y ansiedad generalizada diagnosticada por su terapeuta, al grado de ser derivada a consulta psiquiátrica, debido a que existió la presencia de ideación suicida: *“Cuando mi papá se fue mi mamá quedo muy mal, no quería salir de su cuarto, se encerraba ahí y no se levantaba en todo el día, solo dormía y no quería ni comer, tuvo que ir a terapia y después la mandaron donde el psiquiatra; una vez me contó que se intentó matar pero no pudo hacerlo por miedo, se quedó al límite. Cuando mi abuela murió, mi madre me dijo que ojalá hubiera sido ella quien se hubiera muerto en lugar de mi abuela”.*

V. Observaciones del entrevistador

Se aplicaron cuatro sesiones en un lapso aproximado de sesenta minutos cada una, si bien, el discurso fue coherente durante el transcurso de las mismas, presentó algunas alteraciones del estado anímico y corporal. En la primera sesión J.K. presentó incapacidad de habla en relación a algunos temas, si bien se presentó amable y predispuesta a participar en la misma, sus mecanismos de defensa la terminaban bloqueando en preguntas relacionadas con sus primeros recuerdos y relaciones interpersonales durante su escolaridad, teniendo alteraciones en la modulación vocal (susurros, voz quebrada, alza del tono vocal, quedarse sin proferir ninguna palabra), lanzando miradas furtivas por encima de su hombro como si tuviese miedo de que alguien pudiera oírla, evitando en todo momento el contacto visual directo.

Durante el desarrollo de la segunda y tercera sesión, al tocar temas relacionados con su familia y relación con sus compañeros de curso durante su etapa escolar presentó sudoración, palidez y respiración entrecortada, además de un leve temblor en sus extremidades superiores e inferiores, por lo cual fue necesario aplicar técnicas de respiración y relajación a modo de

contingencia emocional, ya que desarrolló sintomatología relacionada con un ataque de pánico.

Finalmente, el transcurso de la sesión número cuatro (de forma general) no tuvo mayores inconvenientes y se presentó más relajada y con una alta predisposición para brindar información, manteniendo un lenguaje corporal y un estado anímico sereno, aunque, durante breves momentos, su comunicación no verbal reflejaba pequeños bloqueos al cruzar tanto piernas como brazos y hacer el ademán de morderse las uñas.

VI. Instrumentos utilizados

- Cuestionario/autoinforme (AVE) Acoso y violencia escolar
- Escala EGEP-5 Evaluación Global del Estrés Postraumático
- Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2, Forma Reestructurada (MMPI 2 RF), Escala PSY-5
- Cuestionario de Rojas para valorar la ansiedad (CDRVA)
- Inventario de depresión de Beck (BDI-II)
- Escala de autoestima de Coopersmith (CSEI Adultos)

VII. Análisis e interpretación de los resultados

Cuestionario/autoinforme (AVE) Acoso y violencia escolar

Según los datos recopilados y proporcionados por J.K (en el cuestionario/autoinforme AVE), se confirma que sufrió a nivel general de acoso escolar (bullying) muy constatado a nivel global, PC:99, con una intensidad de P.C: 99. Mientras, que a nivel específico, durante su etapa escolar secundaria, presentó afectación muy constatada en las áreas de: Hostigamiento, Intimidación, Amenazas, Bloqueo social, Manipulación Social y Agresiones.

ESCALAS DE ACOSO							
Hostigamiento	Intimidación	Amenazas	Coacciones	Bloqueo social	Exclusión social	Manipulación social	Agresiones
PUNTAJE DIRECTO							
23	6	5	2	7	9	12	9
PERCENTIL							
99	99	99	99	99	99	99	99
Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso muy constatado

En la escala Hostigamiento se confirma que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje directo de 23 y un percentil de 99, el cual se manifestó en faltas de respeto, en el desprecio y falta de consideración hacia su dignidad como persona.

Por otra parte, en la escala de Intimidación, se confirma que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje directo de seis y un percentil de 99, mismo que se manifestó en conductas hacia su persona de persecución, amedrentamiento y consumo emocional mediante acciones intimidatorias, buscándole inducirle miedo.

De similar modo, en la escala de Amenazas, se confirma que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje de cinco y un percentil de 99, manifestándose en conductas de amilanamiento contra su integridad física, la de su familia y extorsión.

En la escala Coacciones, se confirma que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje directo de dos y un percentil de 99, mismo que se manifestó en conductas que pretendían que realizara actos en contra de su voluntad, ejerciéndole un sometimiento y dominio por encima de esta, proporcionándoles beneficios a los perpetradores, silenciándose por miedo.

Por otra parte, la escala Bloqueo Social, con un puntaje directo de siete y un percentil de 99, confirmando que sufrió de bullying muy constatado, mismo que se presentó en conductas que aislamiento social y marginación.

La escala Exclusión Social, confirma con un puntaje directo de nueve y un percentil de 99, que sufrió de bullying muy constatado, el cual se presentó en conductas de ninguneo hacia su persona, generándole un vacío social.

Además, en la escala de Manipulación Social, se confirma que existieron estos comportamientos hacia su persona, con un puntaje directo de doce y un percentil de 99, las cuales le generaban una distorsión de su imagen social hacia sus pares, creando en ella la sensación de que se merecía todo lo que le estaba pasando.

Finalmente, la escala Agresiones, confirma que sufrió de conductas de agresión, física, verbal y psicológica, con un puntaje directo de nueve y un percentil de 99, manifestándose en gritos, insultos, burlas, jaloneadas de cabello y empujones.

En complementación, el cuestionario/autoinforme AVE, posee ocho escalas clínicas, las cuales son consecuencias directas del bullying sufrido y evalúan diversas psicopatologías que llegaron a afectar a J.K durante su etapa escolar, constatando que sufrió de: Ansiedad, Estrés Postraumático, Distimia, Disminución de Autoestima, Flashbacks, Somatización, Autoimagen Negativa y Autodesprecio.

ESCALAS CLÍNICAS							
Ansiedad	Estrés Postraumático	Distimia	Disminución de Autoestima	Flashbacks	Somatización	Autoimagen Negativa	Autodesprecio
PUNTAJE DIRECTO							
4	12	11	11	3	4	9	7
PERCENTIL							
80	99	99	99	95	95	99	95
Constatada	Muy constatado	Muy constatada	Muy constatada	Bien constatado	Bien constatada	Muy constatada	Bien constatado

La escala clínica Ansiedad, con un puntaje directo de cuatro y un percentil de 80, constata que J.K tuvo presencia de sintomatología propia de este trastorno, en sus dimensiones físicas, cognitivas y asertivas; ya que, mientras más ansiosa se sintiese en sus años escolares, más alta era la probabilidad de ser percibida por sus compañeros como vulnerable y, por tanto, mayor fue el bullying que recibió en su diario vivir.

Por otra parte, la escala clínica Estrés Postraumático, con un puntaje directo de doce y un percentil de 99, constata que existió la presencia de sintomatología propia de este trastorno relacionada con acontecimientos vividos en el ámbito escolar como ser la hipervigilancia, el aislamiento social, la hipersensibilidad a la crítica y la invasión de visualizaciones recurrentes.

La escala clínica sobre Distimia, con un puntaje directo de once y un percentil de 99, evalúa constata que existió la presencia de sintomatología relacionada con la misma, presente en forma de cambios de humor bruscos, tristeza, desesperanza y retraimiento social, más un estado anímico depresivo.

De similar modo, la escala clínica, Disminución de autoestima, con un puntaje directo de once y un percentil de 99, constata que la misma fue mermada, debido al bullying e insultos que sufría, las agresiones y la exclusión social. La escala clínica Flashbacks, con un puntaje directo de tres y un percentil de 95, constata que existió la presencia de episodios traumáticos, que repercutieron en la aparición del síndrome de estrés postraumático al ser un trauma no

digerible para ella durante su niñez y adolescencia, manifestándose en imágenes, sensaciones o recuerdos no deseados, además de pesadillas y disociación de recuerdos.

Respecto a la escala clínica Somatización, con un puntaje directo de cuatro y un percentil de 95, constata que existió manifestación física de síntomas psicosomáticos en el cuerpo de J.K, producto del bullying sufrido.

Sobre la escala clínica, Autoimagen Negativa, con un puntaje directo de nueve y un percentil de 99, constata que existió la presencia de cambios importantes su autopercepción, ya que las humillaciones y vejaciones le hacían creer ser merecedora de todo lo que le estaba pasando.

La escala clínica, Autodesprecio, con un puntaje directo de siete y un percentil de 99, constata que producto del bullying sufrido, existió una alteración en su autoimagen, poniendo en evidencia actitudes de odio y desprecio hacia sí misma, e ideación suicida.

En conclusión, con base en lo anteriormente mencionado, se confirma que J.K sufrió de bullying muy constatado durante su etapa escolar en las áreas de: Hostigamiento, Intimidación, Amenazas, Bloqueo social, Manipulación Social y Agresiones, durante la gran parte de su vida colegial, de forma continua y repetitiva.

Además de constatar que existió presencia de: Ansiedad, Estrés Postraumático, Distimia, Disminución de Autoestima, Flashbacks, Somatización, Autoimagen Negativa y Autodesprecio, dejándole secuelas y daños psicológicos a largo plazo.

Escala EGEP-5 Evaluación Global del Estrés Postraumático

- Caracterización de la experiencia traumática

J.K indicó haber sufrido un único acontecimiento traumático, que es el que le genera malestar en la actualidad. El acontecimiento identificado es bullying, que sufrió en su etapa escolar y que valoró como de gravedad grave, viviéndolo con miedo e indefensión. Este acontecimiento implicó una amenaza para su integridad física, escenas desagradables y amenazas para su dignidad y honor.

- Cumplimiento de los criterios de TEPT

J.K cumple el criterio A del DSM 5, puesto que ha experimentado un acontecimiento traumático del que haya transcurrido más de un mes, también se cumplen los criterios referidos a la presencia de sintomatología postraumática (B, C, D, E, F), ya que presenta 5/5 Síntomas intrusivos, 2/2 de Evitación, 4/7 de Alteraciones cognitivas y del estado del ánimo y 4/6 de Alteraciones en la activación y reactividad.

El criterio F de duración también se cumple, puesto que indica que experimenta los problemas desde hace más de tres meses. Además, cumple con el criterio G, referido a Funcionamiento, porque presenta alteración en 5/7 áreas de funcionamiento en su diario vivir.

Por tanto, en base a la información anterior, se puede concluir que J.K cumple con todos los criterios para considerar que presenta TEPT. Además, ha puntuado afirmativamente los ítems 48 y 49, mismos que son indicadores de TEPT con síntomas disociativos en desrealización.

CRITERIOS SEGÚN EL EGEP 5				
I	E	C	A	F
5/5	2/2	4/7	4/6	5/7
CRITERIOS SEGÚN EL DSM 5				
B	C	D	E	G
5/5	2/2	4/7	4/6	5/7

- Valoración normativa

Cuando se comparan las puntuaciones de J.K en las escalas de síntomas, con los baremos normativos de corrección, se observa que la mayoría de sus puntuaciones se sitúan en niveles medio altos, lo cual indica una intensidad esperable en relación con su sintomatología postraumática, dada la intensidad del bullying que sufrió, prestando especial atención en Síntomas intrusivos (I), donde se da un puntaje de PC:70, Alteraciones en la activación y reactividad (A), PC: 65, Evitación (E), PC: 60 y en Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (C), PC: 60. Esta sintomatología actual altera a su Funcionamiento cotidiano (F), con un nivel de afectación alto, PC: 85. Por lo cual, su puntaje total es de P.C: 70, calificando como TEPT de gravedad media-alta.

PUNTAJE DIRECTO					
I	E	C	A	F	Total
11/20	4/8	9/28	10/24	5/7	35
PERCENTILES					
I	E	C	A	F	Total
70	60	60	65	85	70

- Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos en la evaluación realizada a J.K, se concluye que presenta un TEPT de gravedad media-alta, a raíz del bullying sufrido durante su etapa escolar, tal como ella refiere al resumir su experiencia durante sus años en el colegio: *“Me insultaban, me hacían a un lado solo por existir, me amenazaban y también me humillaban en público y me menospreciaban”*.

Dentro de su sintomatología postraumática parece especialmente relevante la referida a síntomas intrusivos, ya que presenta malestar, flashbacks y somatización al recordar el acontecimiento: *“Prefiero bloquear todo, si no lo hiciera luego me darían pesadillas, no podría dormir nada o me agitaría”, “A veces pienso que me van a ver y van a comenzar a hablar de mi de nuevo”*.

Además, presenta sintomatología y pensamientos evitativos: *“Llegaba a mi casa y solo me quería encerrar en mi cuarto, a veces me daban migrañas bien fuertes y al día de hoy sigue siendo así... no quiero saber nada de nadie. Mi escape es la música, ponerme audífonos y estar en mi mundo y borrar las cosas feas”*.

Por otra parte, en sintomatología cognitiva y del estado de ánimo, menciona que: *“Me volví totalmente desconfiada,”. “Yo todavía me miro al espejo y me sigo viendo como ellos decían que yo era y no me gusta, no puedo ni verme porque me da vergüenza”. “Siempre que alguien me dice algo bonito sobre mí creo que es mentira, intente tener relaciones de pareja, pero nunca podía porque me sentía poca cosa”*.

También existe presencia de sintomatología en alteraciones en la activación y reactividad, puesto que indica que: *“Me da rabia porque sé muy bien que ya pasó hace tiempo, pero vuelvo a pensar en esas cosas y me pongo de mal humor todo el día”. “Prefiero bloquear todo, si no lo hiciera luego me darían pesadillas, no podría dormir nada o me agitaría”*.

Por tanto, queda plasmado que la presencia de sintomatología postraumática es muy frecuente, llegando a afectar e interferir negativamente en el funcionamiento de gran parte de las áreas de su vida: *“Intente tener relaciones de pareja, pero nunca podía porque me sentía poca cosa”.* *Hay días que no tengo ganas ni de levantarme de la cama y no quiero ir a la universidad”.* *“Trato de ir a terapia para tratar estos temas, pero es como si me tomaría una pastilla, me siento bien unos días y después de nuevo estoy mal”.*

Finalmente, J.K refiere que: *“Es bastante frecuente para mi sentir que toda mi vida es surreal, como una mala película”.* Por lo cual, queda verificada la presencia de sintomatología disociativa con desrealización.

Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2, Forma Reestructurada (MMPI 2 RF), Escala PSY-5

Teniendo en cuenta la puntuación natural obtenida por J.K, (escala por escala) el rango cualitativo que encaja en el rasgo de la personalidad clínica, Agresividad revisada (AGGR-r), es el de “un sentimiento regular de pasividad y agresividad”. Con un puntaje cuantitativo de 43 ($T \geq 65$), indicando que es mayormente pasiva y sumisa a nivel interpersonal, pudiendo tener momentos en los cuales presenta conductas agresivo-instrumentales y mostrarse asertiva y socialmente dominante: *“Me gusta esforzarme para conseguir mis metas, aunque siento que es más por dar gusto a mi madre, pero no puedo negar que me siento satisfecha cuando tengo una nota alta en la U, solo no quisiera pensar que luego se van a querer aprovechar de mí por eso”.* *“Si es sobre dar mi opinión o ser más directa ahí ya es diferente, prefiero no hacerlo porque no me siento capaz de decirle lo que pienso a las personas, no me gusta que me vean como mala... me hace sentir que estoy haciéndoles daño, pero si me molestan mucho, pero mucho, yo exploto y les grito, aunque luego me siento muy mal y me pongo a llorar porque yo sé lo que es que te hablen así”.*

En el rasgo de la personalidad clínica, Psicoticismo revisado (PSYC-r), el rango cualitativo que obtuvo “Indica diversas experiencias asociadas con alteraciones del pensamiento”. Con un puntaje cuantitativo de 72 ($T \geq 65$), indicando que experimenta procesos de pensamiento inusual y fenómenos perceptuales, sintiéndose ajena a los demás, llegando a manifestar pensamientos poco realistas: *“Lo más fuerte que he llegado a sentir fue cuando estaba en el colegio, me molestaban tanto y me seguían a mi casa diciéndome cosas feas que incluso*

cuando ya estaba sola o salía a comprar algo llegaba a oír las voces de esas personas, gritándome... pero yo sabía que no había nadie y me asustaba porque no entendía que estaba pasando, yo he hablado de eso con mi psicóloga y dice que es por el estrés y la ansiedad y creo que tiene razón porque hace no mucho me crucé con una de mis ex compañeras del colegio y fue como si las cosas vinieran de golpe a mí, me sentía como desorientada, como que de nuevo me iba a decir algo feo pero solo me saludó y se fue, pero yo me quede agitada en el mismo lugar un rato y no me quería mover porque sentía que me ella me estaba mirando aunque ya estaba lejos, ya luego me calmé y seguí caminando, por eso prefiero no acordarme de nada, todo es muy surreal a ratos y me preocupa que me esté pasando algo que yo no pueda entender que es”.

Mientras que, en el rasgo de la personalidad clínica, Impulsividad-revisada (DISC-r), obtuvo como rango cualitativo a “Poca presencia de ser reservada o conductas de acting out”. Con un puntaje cuantitativo de 40 ($T \geq 65$), indicando que si bien es reservada la mayor parte del tiempo y prefiere reflexionar y verbalizar lo que le está sucediendo en lugar de dejarse llevar por su inconsciente y actuar de forma impulsiva, hay momentos muy puntuales en los cuales actúa sin importarle mucho las posibles consecuencias: *“Prefiero ser más reservada y callada, no quiero que la gente se fije en mí, aunque me siento cansada de ser así y zaz, como si una voz me dijera hazlo, yo hago cosas que luego me asombran y digo, ¿esa fui yo? y me pongo muy roja y me da mucha vergüenza recordar, pero se siente bien muy de vez en cuando soltarse un poco y decir lo que pienso a los demás o decirles que no puedo hacerles un favor porque estoy ocupada”.*

Por otra parte, el rasgo de la personalidad clínica, Neuroticismo-revisado (NEGE-r), obtuvo como rango cualitativo a “Puede llegar a reportar experiencias negativas y quejarse en nivel promedio”. Con un puntaje cuantitativo de 59 ($T \geq 65$), indicando que si bien la mayor parte del tiempo trata de no sentirse agobiada por emociones negativas ya que no le gusta que le gente la vea así o se metan en su vida privada, hay situaciones en donde presenta ideas intrusivas, se inhibe y auto sabotea y tiende a auto culparse, llegando a experimentar ansiedad e inseguridad: *“No quiero que la gente me vea mal así que digo ya, ya pasó, trato de alejar las cosas feas de mi mente y seguir adelante porque si me ven mal me van a preguntar y, no, ay*

no, mejor me las guardo yo, después que van a decir de mí, que soy una bruta, que soy floja y mala”.

Finalmente, el rasgo de la personalidad clínica, Disminución de emociones positivas-revisado (INTR-r), obtuvo como rango cualitativo a “Sentimientos y experiencias en el nivel promedio”, Con un puntaje cuantitativo de 63 ($T \geq 65$) por lo cual, no se indagó nada adicional sobre el mismo, ya que, si bien expresa y manifiesta en su mayoría vivenciar experiencias negativas, no carece y no expresa desinterés de experimentar emociones positivas.

Cuestionario de Rojas para valorar la ansiedad (CDRVA)

Teniendo en cuenta la puntuación natural obtenida por J.K en el presente cuestionario, el rango cualitativo en el que encajan sus resultados es el de Ansiedad muy grave (con un puntaje cuantitativo de 57/100). Además, presenta una intensidad Media en sintomatología ansiosa Física (28/40). Al consultarle sobre los mismos relata: *“Casi no me siento mal físicamente, aunque hay veces en donde me cuesta dormir un poquito o me quiere dar parálisis de sueño y después en el resto del día estoy de mal humor porque no dormí bien y me despierto enojada”.* *“Hay veces en las que no me da hambre todo el día, pero luego de golpe en la noche me muero de hambre y quiero pillar lo que sea o me dan antojos y como por demás, luego me arrepiento porque sé que no debí de haberlo hecho”.* Por otra parte, presenta una intensidad sintomatología ansiosa Psíquica a nivel medio (22/40); menciona que algunas veces padece de nerviosismo e intranquilidad, lo cual la lleva a tener ataques de pánico y sentirse distinta, como si estuviera perdiendo su propia identidad: *“Me volví muy desconfiada, sobrepienso mucho las cosas y me da miedo llegar a ser una mala persona y dañar a los demás o llegar a decirles cosas feas, no quiero ser ese tipo de persona, cuando salgo a la calle me siento intranquila, hay veces en donde siento que me siguen y que me podría pasar algo malo, así que tengo en mi cartera gas pimienta por si acaso”.*

En sintomatología ansiosa de Conducta puntúa en un nivel Ligero (5/20), mencionando que: *“Prefiero no llamar la atención, portarme bien y no resaltar, no tengo el carácter para eso y no quiero que después se fijen en mí y me comiencen a molestar o que mi madre me diga cosas feas por no hacerle caso”.*

Mientras que, en sintomatología ansiosa Cognitiva puntúa en un nivel Medio (25/40), indicando que tiende a tener rumiación, incurriendo en pensamientos fatalistas y generalización excesiva en términos o palabras, llegando a creer que un cambio radical en su vida es la única forma de cambiar las cosas: *“Yo ya no quiero hacer nada aquí, quiero irme de este país a algún lugar donde me dejen de molestar, paro pensando en eso todo el tiempo y sé que depende de mí hacer las cosas para que eso pase, pero luego me viene a la mente la idea de que soy una inútil, una torpe y una bruta y me bloqueo”*.

Por otra parte, en sintomatología ansiosa Asertiva puntúa en un nivel Medio (30/40), expresando que le es difícil el poder decirle “no” a las personas cuando le piden algo, tratando de parecer agradable ante todas las personas, pero percatándose de que es imposible hacerlo, razón por la cual prefiere la soledad a la convivencia social: *“Yo sí puedo hablar con personas que no conozco, pero prefiero no hacerlo, sobre todo por lo del colegio prefiero estar sola porque después me comienzan a pedir cosas y no puedo decirles que no, no puedo, cada que intento me siento mal y me da vergüenza que piensen que soy inútil o mala”*.

PUNTUACIÓN TOTAL				
Puntaje cuantitativo			Rango cualitativo	
57 de 100 puntos totales			Ansiedad muy grave	
PUNTUACIÓN CUANTITATIVA POR SINTOMATOLOGIA ESPECIFICA				
Síntomas Físicos	Síntomas Psíquicos	Síntomas de Conducta	Síntomas Cognitivos	Síntomas Asertivos
28/40	22/40	5/20	25/40	30/40
PUNTUACIÓN CUALITATIVA EN SINTOMATOLOGÍA ESPECIFICA				
Sintomatología a nivel Medio	Sintomatología a nivel Medio	Sintomatología a nivel Leve	Sintomatología a nivel Medio	Sintomatología a nivel Medio

Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

Teniendo en cuenta la puntuación natural obtenida por J.K en el presente inventario, el rango cualitativo en el que encajan sus resultados es el de Depresión Moderada (con un puntaje cuantitativo de 20/28). De manera específica, en sintomatología cognitiva afectiva manifiesta presencia de tristeza y llanto, pesimismo, sentimientos de culpabilidad y fracaso, además de autocrítica y disconformidad hacia su persona: *“Siento que soy demasiado sensible, antes no era así... ahora veo un gatito o a un niño sufriendo y me dan ganas de llorar”*. *“Si hubiera*

sido más firme en el colegio y los hubiera puesto en su lugar quizá no me hubiera pasado todo eso y ahora me sentiría mejor, me hace sentir inútil el recordarlo por lo tonta que fui”

Por otra parte, en sintomatología somático motivacional indica sentirse desvalorizada, con baja energía y cambios en sus hábitos de sueño, presentando irritabilidad, fatiga y cambios en su apetito: *“Todo me cansa, solo quiero estar tranquila sin que me digan nada y me dejen en paz”. “Hay veces en donde me cuesta dormir un poquito o me quiere dar parálisis de sueño y después en el resto del día estoy de mal humor porque no dormí bien y me despierto enojada”*

PUNTUACIÓN TOTAL	
Puntaje cuantitativo 20 de 28 puntos totales	Rango cualitativo Depresión moderada

Escala de autoestima de Coopersmith Adultos

La puntuación natural obtenida por J.K en la presente escala, la sitúa en un rango cualitativo de autoestima total Muy Baja (con un puntaje cuantitativo de 19/21). Además, presenta una Baja autoestima en el área Social (4/6), dando a entender que es una persona que presenta dificultades para establecer sus relaciones interpersonales, ya que la presencia de otros le resulta incómoda, prefiriendo estar sola. Al indagar por medio de preguntas específicas, indica que: *“Yo solo quería estar en mi mundo en el colegio y ahora es igual, preferiría no tener que relacionarme con nadie, quiero estar tranquila y que no me digan que no sirvo para nada o me quieran usar, pero la gente se me sigue acercando, aunque no me cierro del todo a conocerlos porque a veces estar sola es muy deprimente”*.

Por otra parte, en el área Laboral-Académica presenta una autoestima Normal (4/5), dando a comprender que se siente cómoda y en confianza con el entorno psicosocial con el cual lleva su día a día en la institución académica en donde estudia, logrando un rendimiento adecuado e integrándose al grupo: *“Por ahora me siento tranquila con mi grupo de amigas de la U, pero están comenzando a ver que me va bien como estudiante y me da miedo que todo vuelva a ser como antes, ahora si me doy cuenta que hay gente interesada y mala, así que trato de alejarme de esas personas y decirles que no, pero al hacerlo me siento culpable y vuelvo a caer... pero estoy trabajando con mi psicóloga para mejorar eso de mí porque a ratos siento que cuando me saco buenas notas mis amigas me miran feo”*.

Mientras que, en el área Hogar, presenta una autoestima Muy Baja (1/2), indicando que se siente incómoda con sus familiares cercanos, no pudiendo alcanzar las altas expectativas que le imponen y por ello, no la aceptan y comprenden: *“Mi madre sigue siendo igual que cuando estaba en el colegio, me trata como si fuera una niña frágil e indefensa que no sabe ni puede hacer nada, dice que tengo un carácter horrible y que soy una malagradecida, sigue gritándome y pegando cuando las cosas no salen como ella quiere... yo no puedo hacer nada y solo me quedo temblando de miedo cuando la veo así, no sé qué quiere de mí, nunca la pude entender porque cada que intento hablar del tema se ríe de mí y dice que me victimizo mucho”*.

Por tanto, a nivel General, presenta una autoestima Muy Baja (10/11), teniendo predominancia de pensamientos y sentimientos negativos, autoculpándose y reprochándose por su situación actual, dando como consecuencia que se sienta mal consigo misma y con su entorno psicosocial. Motivo por el cual, su autoestima a nivel Total, es Muy Baja (con un puntaje cuantitativo de 19/21).

PUNTAJES CUANTITATIVOS					
Mentira	Social	Laboral-Académica	Hogar	General	Total
2/5	4/6	4/5	1/2	10/11	19/21
RANGO CUALITATIVO					
Resultados interpretables	Baja	Normal	Muy Baja	Muy Baja	Muy Baja

VIII. Síntesis diagnóstica

A partir de los resultados obtenidos mediante la aplicación de los presentes instrumentos se concluye que J.K sufrió de bullying muy constatado, el cual comenzó al momento en el que ingreso al colegio e inicio su vida escolar. Esta situación la acompañó desde su infancia, hasta bien entrada su adolescencia, afectándola a nivel psicosocial, puesto que con el hostigamiento intimidación que ejercían en su contra, se desarrollaron psicopatologías y trastornos relacionados con su estado anímico, llegando a auto despreciarse y tener una autoimagen negativa. Además, fue excluida socialmente y bloqueada socialmente, por lo cual el estrés que padecía dio lugar a somatización de síntomas, teniendo hasta el día de hoy secuelas de ese entonces.

Estas secuelas le dejaron un TEPT grave, mismo que afecta a varias áreas de su funcionamiento cotidiano, puesto que la sintomatología que presenta viene hacia ella en forma de pensamientos intrusivos, evitativos y merma su capacidad cognitiva y del estado de ánimo, presentando alteraciones en la activación reactividad, llegando a manifestar disociaciones y desrealización. Asimismo, esto puede evidenciarse en sus rasgos de la personalidad, ya que a nivel clínico presenta alteraciones, especialmente en Psicoticismo, puesto que manifiesta diversas experiencias asociadas con alteraciones del pensamiento, con procesos inusuales en su pensamiento y fenómenos perceptuales, sintiéndose ajena a los demás.

Siento todo esto causal y motivo para la aparición de ansiedad en grado muy grave, con una sintomatología asertiva, física y psíquica muy marcada, además de una depresión moderada; por lo cual, su autoestima también se vio afectada, siendo esta, a nivel total, muy baja.

Por lo cual, la interacción entre estas variables remarca que el bullying sufrido durante toda su etapa escolar fue precursor de la aparición del TEPT en su adolescencia, llegando a instaurarse en los rasgos de su personalidad y posteriormente manifestarse como ansiedad y depresión, las cuales repercutieron negativamente en su autoestima general.

5.2 Caso 2

I. Datos Personales

Nombre: B.C

Edad: 23 años

Sexo: Femenino

Lugar y fecha de nacimiento: Tja Bolivia - 04/04/2002

Nivel educativo: Bachillerato; estudios universitarios en curso

Ocupación: Modelo

II. Motivo de Consulta

Refiere hallarse frustrada por no poder avanzar y dejar su pasado atrás, por lo cual se le dificulta tener una vida plena con su familia, su trabajo y sus relaciones afectivas, sintiéndose deprimida, cansada y con ataques de ansiedad. Llegando a tener recuerdos y pensamientos que la invaden constantemente, por lo cual, considera que todo lo que haga no servirá para nada y terminara auto saboteándose.

III. Antecedentes Personales

B.C es una joven estudiante de 23 años de edad, nacida en la capital de Tarija, su contextura corporal es delgada, de tez pálida y semblante risueño. Durante el transcurso de las sesiones, siempre mantuvo un extremo cuidado y esmero en su vestimenta y arreglo físico, vistiendo ropa elegante y pulcra, además de estar bastante maquillada y bien peinada, denotando un cuidado sumamente minucioso de su autoimagen personal.

Su relato clínico comienza mencionando que de ser posible, prefiere no recordar los acontecimientos de su pasado relacionados con el bullying, ya que le generan una sensación de nostalgia y arrepentimiento, considerando que de tener la oportunidad de volver hacia atrás y revivir esos años hubiese tomado otras decisiones: *“Hay demasiadas cosas en mi pasado que ahora no me gustan, quisiera que se pudieran cambiar, lo digo sin vergüenza ahora, fui una tonta y loca y si te digo la verdad me cuesta hacer memoria porque no quiero hacerlo y para mí, así está bien, mejor solita que mal acompañada de gente mala en la que no se puede confiar para nada”*.

Indagando en el porqué de esas afirmaciones, comenta que todo inició cuando ella era muy pequeña, alrededor de su primera infancia: *“Creo que tendría unos cinco años, me acuerdo clarito que mi hermana ya estaba en la universidad, era muy loca, salía a tomar, de jodas y se iba con cualquier chico que veía, me acuerdo que le conocí al menos a dos novios por mes, era tan tremenda que mis papás me controlaban y decían todo el tiempo que yo no tenía que ser así, que tenía que ser una niña buena y hacerles caso en todo y que no hablara con gente que no conocía. Además, mi hermana se daba cuenta de esto y me cuidaba demasiado, como si tuviera miedo de que también fuera a ser así, me mimaba mucho y me compraba chicles o galletas oreo siempre que llegaba a mi casa, yo la quería, pero no me gustaba como sus loqueras hacían que mis papás discutieran y bueno, prefería irme a mi cuarto cuando eso pasaba y no oír nada porque si no, lloraba.*

Este control y sobreprotección llegó a afectarle en su relación interpersonal con sus compañeros de curso, ya que, al momento de ingresar al kindergarten prefirió quedarse lejos y al margen de estos: *“Ya no sabía qué hacer, a veces pensaba que mis papás eran exagerados porque yo si quería jugar, me daban muchas ganas de ir con los demás, pero luego mis compañeros de curso en el recreo se peleaban y se insultaban y eso me daba miedo porque después estaban llorando cuando la profesora los castigaba y eso según mis papás me habían dicho era malo y yo tenía que ser una niña buena y no una loquita, total... preferí oír a mis papás y me quedaba calladita lejos de ellos (de sus compañeros de curso).*

Esta situación se mantuvo de la misma manera hasta que ella cumplió sus 6 años y fue tiempo de ingresar al colegio, en el nivel básico, pero debido a un cambio del lugar de trabajo de su padre, tuvo que mudarse y la inscribieron a otro colegio, en el cual comenzó a tener sus primeros problemas con el bullying: *“Después me acuerdo que me cambiaron de colegio por temas de trabajo de mi papá y nos tuvimos que mudar a otra casa, para mi mejor porque no me gustaba que los loquitos de ese colegio se paraban peleando. En ese nuevo colegio al inicio éramos todas chicas, ahí como no había chicos, yo si tuve amigas porque ellas no eran tan violentas en sus juegos, pero igual era de las que hablaba poco, al inicio me decían ¿qué tienes, que te pasa?, vamos a jugar al patio; pero prefería estar en mi rincón nomas, solo les movía la cabeza como diciéndoles no y me comenzaron a ignorar en todo lo que hacían, me*

decían la mudita y que me fuera a mi rincón, así que perdí su amistad o capaz era que nunca la tuve.”

Al mencionarle esta situación a sus padres, le decían que era algo normal en los niños y que con el tiempo se les iría pasando: *“Mi mami me sabia decir que eran unas feas que estaban envidiosas de mí, que yo era la más bonita y que por eso no me querían hablar, mi papi decía que yo era la más linda, como mi mami y que eran unas imillas (término en quechua que significa niña, pero que ocasionalmente se usa de forma despectiva para referirse a una mujer, que se comporta de manera grosera y maleducada) envidiosas y que con el tiempo se les pasaría cuando se dieran cuenta de que ellas eran las del problema y no yo. Eso me hacía reír y sentir bien, pero yo la verdad no me consideraba linda, era una más del montón así que me seguía quedando calladita para que no me molesten”.*

B.C pasó años repitiendo este comportamiento, tratando en lo posible de mantener un perfil bajo, sorteando de este modo el bullying; el tiempo transcurrió sin mayores acontecimientos hasta llegar a su adolescencia e ingresar a secundaria. Allí, el bullying hacia su persona se manifestó de forma agresiva e incesante: *“Uh, ahí si ya fue distinto, me re jodían toditas, yo me había desarrollado mucho más que mis compañeras, era bien pechugona y ese rato mi colegio ya no solo era de chicas, sino que era de chicos también y ellos supongo que les gustaba mi cuerpo o no sé, yo no quería hablar con nadie, pero ellos me charlaban y me invitaban cosas y me decían que era re linda, ahí tuve mis primeros amigos y comencé a tenerme confianza y hablar porque una cosa es que tus papis te digan que estas linda, pero si te lo dicen otros, ¿es otra cosa no?*

Sin embargo, refiere que, durante en sus relaciones sociales e interpersonales en esta etapa de su vida no pudo tener amigos o amigas verdaderas y prefería alejarse de todos, ya que no le gustaba oír los comentarios de sus compañeros de curso: *“Amigas nunca las tuve, fue como si les hubiera hecho algo bien feo a ellas porque comenzaron a decirme que era una zorra de la nada, yo paraba en mi mundo nomas y en mi rincón de siempre, porque de verdad, odiaba, odiaba que hablaran de mí, pero ellas ya ni me dejaban salir a comprar al recreo, me decían que yo era una zorra y una perra y las perras comían solo basura y que por eso tenía pechos más grandes, porque era una gorda, según ellas todo eso era porque me metía con sus novios y yo ni novio tenía y estoy bien segura de que ellas tampoco, que cuidadito con estar*

metiéndome con ellas porque me iban a hacer pegar; en las clases de educación física los chicos me silbaban cuando estaba con el short del uniforme, era asqueroso y mis compañeras me gritaban que yo estaba gorda, que mis pechos eran puro grasa... que mi culo era como el de una chancha y que tenía panza colgando que rebotaba cuando saltaba al hacer ejercicio y encima ponían en sus celulares ruidos de chanchos y después de eso siempre había un grupito de ridículas que me seguían y estaban haciendo ruidos de chanco tras de mí, me daba miedo decirles algo porque era varias y si me daba la vuelta a mirarlas se ponían a silbarme, y me ponía a pensar y decía... ¿será que soy así de verdad?, capaz si soy y por eso me dicen todo eso, esas mierdas me hacían sentir como basura y me iba alejando de todos”.

Estas acciones, palabras y acoso le significaron un bajón muy fuerte en su autoestima al grado de aislarse aún más de su entorno, tanto a nivel educativo como familiar: *“Me hacia la loca nomás, la que no las oía, pero luego llegaba a mi casa y me ponía a llorar... en las noches antes de dormirme lloraba de nuevo porque todo me venía de golpe, me acordaba de todito lo que me pasaba y casi no dormía mucho porque tenía como sueños raros en donde todo estaba oscuro y escuchaba como voces llamándome en mi cuarto, hasta pensaba que había fantasmas.*

Esto, le generó un fuerte deseo de alejarse de todos: *“Ya en el colegio les sabía decir cosas feas a los chicos para que se alejaran de mí y no me hablaran, con la única que tenía confianza era con mi hermana mayor, pero la veía poco porque ahora trabajaba y paraba en la universidad y no quería molestarla con mis cosas; a mis papis me daba cosa decirles lo que me pasaba porque estaba segura de que me iban a decir que era igual que mi hermana, una loca de esas que paraba jugando y jodiendo con todos los chicos”.*

Buscando ayuda, y con la creencia que su familia no podría entender la situación por la cual estaba atravesando, B.C comenzó a frecuentar foros y páginas web relacionadas con dietas y formas de bajar de peso: *“Ahí comencé a entrar a internet y leer sobre dietas, yo me sentía gorda, sentía como los pechos me pesaban y tenía algo de pancita y como mis caderas y piernas eran muy grandes, me daba mucha vergüenza verme y sentirme así, como hinchada y pensaba que era porque estaba gorda, me acuerdo que entré a un foro sobre como bajar de peso y había un comentario que me grabé de por vida, en donde indicaban que tomándome laxantes luego de comer y comiendo menos iba a bajar de peso”.*

Para B.C, el hacer esto se convirtió parte esencial de su vida, volviéndose una rutina que seguía religiosamente: *“Todos los días con mi recreo me compraba laxantes, iba a la farmacia y me vendían nomas, había veces que por el miedo a que me pillaran me olvidaba de comprar o no me daba el valor de ir y me inventaba cualquier cosa para salir ese ratito a buscar”*.

De no hacerlo, manifiesta que: *“Si no encontraba sentía que estaba arruinando mi cuerpo con la comida y que iba a subir como diez quilos de peso y me faltaba el aire y me dolía la cabeza horrible, me agitaba y siempre me ponía a pensar en lo que me molestaban como si fuera una novela, todo el rato solo pensaba en que voy a hacer si engordo más y lo que iban a decir esas malditas, quería morirme de solo pensarlo”*.

Refiere que el hacer esto le significó una gran alegría ya que comenzó a perder peso y reuniendo valor, se miró al espejo: *“Te juro que en una semana perdí como diez kilos de peso, yo estaba re feliz, me saque una foto y me re gustó y me animé a mirarme al espejo y no pues, otra cosa, no me reconocía, pero yo quería estar más flaquita, pensaba como sería si bajaba otros diez, no me gustaba que igual mis caderas y pechos seguían siendo grandes y me decidí a seguir bajando, ahora pensando en seco sé que estaba re mal lo que me hacía y me arrepiento en el alma pero tú no me entiendes que para mí verme así era todo porque estaba segurísima que me iban a dejar de molestar”*.

Sin embargo, el bullying por su apariencia física no cesó, por el contrario, se acrecentó: *“Estaba súper delgada, los chicos me decían la inalcanzable porque nunca les quería hablar o aceptarles lo que me invitaban, también me decían que era una zorra porque según ellos me hacia la buena y mis compañeras de perra no me bajaban y yo creo que sospechaban que algo me hacía porque me decían que iba al baño mucho y que seguro vomitaba y era una cagona que paraba cagandome porque tenía diarrea, me hacían caras como de asco y se metían el dedo en la boca cuando yo las miraba y decían ahí está la wacareadora, no se junten con ella porque los va a wacarear (vomitar) la cochina, es una cagona y no queremos que la cagona juegue con nosotras en el recreo porque huele a mierda. Mi miedo más grande era que algún profe fuera a decir a mis papás lo que me decían porque yo estoy segura que los profes las escuchaban molestarme”*.

Estos comportamientos y su creciente miedo a ser descubierta motivaron a B.C a tener una charla con su hermana, no quedándole otra opción más que relatarle por lo que estaba atravesando: *“Una vez mi hermana llegó a casa más temprano, ella llegaba súper tarde cuando yo ya estaba durmiendo, pero esa vez llegó bien temprano y me pilló llorando en mi cuarto, no le quería decir, pero ella se enojó y le dije nomás, ella ya sospechaba algo porque me decía cada que me veía que estaba muy delgada y que tenía que comer, así que le fue a decir a mis papis, ellos al comienzo no sabían que hacer, me retaron feo”*.

Lo cual derivó en que su familia, preocupada por su situación la llevara a consulta psicológica:

“Al día siguiente me llevaron donde una psicóloga, yo la oía nomas, pero nada de lo que me decía me convencía, me programaron varias sesiones, pero en cada una yo le mentía y le decía que yo ya me sentía mejor, mi hermana se daba cuenta de que era mentira porque me controlaba mucho y trataba de aconsejarme y mis papis comenzaron a ponerse muy buenitos conmigo, si yo quería algo, lo tenía ese ratito”.

Al pasar las sesiones y no notar mejorías en su hija, sus padres decidieron dar parte al colegio por lo que ella estaba atravesando: *“La psicóloga donde yo iba les dijo a mis papás que para ayudarme tenían que hablar con el colegio, pero en el colegio no hicieron nada, más bien me molestaron más, me decían que era una zorra anoréxica chismosa por andar diciendo mentiras de ellas... supongo que fue porque las llevaron a la dirección, pero no pasó nada más que eso y bueno, X, (como restándole importancia) total ya era mi último año del colegio”*.

En la actualidad B.C relata que el haber sufrido bullying le dejó marcas que la acompañaran por el resto de su vida: *“Desde esa vez ya ni me puedo mirar al espejo y sentirme segura de mí misma porque me veo gorda, no siento que sea yo misma, no pienses que estoy loquita, porque trabajo eso con mi psicóloga cada vez porque ahora soy modelo de una empresa de comunicaciones de aquí de Tarija, lo tengo que hacer porque necesito plata*.

Además, relata que cada día siente que está librando una batalla con su cuerpo: *“Pero no me gusta como estoy, trato de comer los fines de semana sin usar laxantes, porque sino capaz me despiden si bajo mucho más de peso, pero me entra la desesperación y me dan nauseas, quisiera vomitar, pero me da asco el sabor que eso tiene así que me aguanto, pero de ahí toda*

la semana si o si laxante, me duele mucho el estómago si los tomo pero prefiero eso porque que nadie me puede entender, y cuando me veo en el espejo me sigo viendo gorda, te juro que sé que estoy flaca pero en el espejo me veo gorda... es que es clarito, quien va a enamorarse de una chancha pechugona y culona, y no estoy para cuentitos”.

Expresa que los recuerdos son intermitentes, puesto que, debido a su profesión, termina expuesta ante las personas que la acosaron durante su época escolar y su cuerpo somatiza esto, pero ella lo prefiere, debido a que lo ve como una forma de combatir y vencer las experiencias traumáticas las que fue sometida: *“Todo el rato veo a esas mierdas en las ferias y eventos donde estoy como modelo, no puedo hacer nada más que sonreír porque es mi trabajo, pero no quiero ni verlas en pintura y si yo fuera la que organiza eso no las dejaría ni entrar. Son unas perras de mierda, te juro que me da rabia acordarme. Escogí ser modelo para tratar de ya no sentirme una basura y salir adelante y mi psicóloga me anima a que lo haga, ella es un amor, así lucho yo porque ya de mi pasado sé que nada va a cambiar, aunque te juro que quisiera borrarlo todo”.*

Expresa que esto la ayudó a tener pequeños avances, pero los recuerdos del pasado aún la continúan asechando: *“Al comienzo medio que funcionaba, me gustaba que la gente me mirara y me dijera cosas lindas, pero en las noches me da parálisis de sueño y todo eso lo termino mezclando con lo del colegio y lo que me decían esas perras, más cuando las veo en mis eventos; y por eso tengo ojeras pero las cubro con mi maquillaje, a ratos quisiera morirme, no sé para qué vivo, quizá es para llegar a mi meta de verme en el espejo y sentirme linda por fin y ya no pensar en esas mierdas de personas, porque las veo y me arruinan el día, llego a mi casa y para relajarme me tomo un vinito, aunque este solita, eso me pone de buen humor... eso y ver una serie o alguna película para alejar malos pensamientos”.*

B.C, remarca que el bullying no es un juego y menciona que: *“Si alguien lee esto, que sepa que no está sola, capaz yo también tengo la culpa porque no le dije antes a mis papás o a mi hermana, los ataques de ansiedad, de depresión, verme en el espejo y sentirme una mierda y sentir el olor de la comida y tener hambre y creer que si como voy a echar todo a perder son lo más feo que hay, así que díganlo, cuéntenlo, si a la persona que le cuentan no los escucha o entiende, díganle a otra, te juro que nadie se merece pasar algo así”.*

IV. Antecedentes familiares

La familia de B.C está conformada por su madre, padre y hermana mayor, siendo ella la hija menor; menciona que la relación con su madre es buena ya que: *“Mi mami me mimaba mucho, se esfuerza para que yo coma, me cocina todo lo que me gusta y eso es muy lindo, no me presiona a que coma, trata de entender por lo que estoy pasando”*.

Sin embargo, hay momentos de mucha tensión en los cuales la madre se desespera por el comportamiento de su hija: *“A veces ella llora, sé que es por mi culpa porque mi mami dice que sigo bajando de peso y no sabe qué hacer, trata de ocultarme eso y te juro que si me esfuerzo por comer y darle el gusto de que me vea hacerlo, porque me duele mucho verla mal, si ella está mal yo estoy mal, igual a ratos me sermonea y me dice que si no como me voy a morir y que ella se va a arrepentir por toda su vida de eso y de que debió ser más fuerte y poner un alto a lo que me hacían en el colegio”*.

Mientras, su relación con su padre es buena: *“Mi papi... al comienzo era súper estricto conmigo, en el colegio siempre me ayudaba, pero era muy estricto, cuando ya se supo lo que yo tenía él se volvió muy permisivo y como que me mimaba demasiado, si hay algún evento el me acompaña, es como mi guardaespaldas, está ahí para mí”*.

Aunque es consciente que su situación actual repercute negativamente en ella y en el ambiente familiar en general: *“Pero se nota en sus ojos que esta triste y me quisiera ver bien, igual trato de verdad de darles contento a ellos dos porque por mi culpa terminan discutiendo, se preocupan mucho por mí y no quiero que pase eso, así que hago el esfuerzo por ir a terapia y tratar de comer delante de ellos para que estén más tranquilos, en especial el... quiero verlo feliz porque es como mi ángel guardián”*.

Respecto a su hermana mayor indica: *“Mi hermana la veo muy poco, para trabajando, ella es ingeniera y vive en mi casa, pero por su trabajo viaja todo el tiempo, aunque cuando llega lo primero que hace es preguntar por mí, que como estoy, si subí de peso y que le chismosee de mi vida; cuando pasaron todas estas cosas del colegio ella siempre se daba tiempo para hablar conmigo y siempre voy a estar súper agradecida”*.

Finalmente, en relación a enfermedades o antecedentes psicológicos en su familia, B.C menciona que además de su propia persona, no existieron o existen casos clínicos de relevancia.

V. Observaciones del entrevistador

Se aplicaron tres sesiones, de un lapso aproximado de sesenta minutos, si bien, el discurso fue coherente durante el transcurso de las mismas, presentó algunas alteraciones del estado anímico y corporal. En la primera sesión B.C se presentó con cierta renuencia de participar, ya que para ella recordar el pasado le era doloroso; al realizarle preguntas relacionadas con sus primeros recuerdos y relaciones interpersonales durante su escolaridad, no dejó de tener un tic nervioso en sus piernas, moviéndolas continuamente de arriba hacia abajo, cruzándolas y profiriendo miradas furtivas a sus costados, además, tuvo alteraciones en la modulación vocal (voz quebrada y alza del tono vocal), suspirando continuamente y meditando un breve momento antes de proferir respuesta ante las interrogantes planteadas, especialmente las relacionadas a su autopercepción e imagen corporal, en las cuales alzó la voz al expresarse de sus compañeras escolares.

Durante el desarrollo de la segunda sesión, al tocar temas relacionados con su familia y relación con sus compañeros de curso durante su etapa escolar presentó breves bloqueos emocionales, por lo cual, se respetó su silencio y se le dio el espacio para poder ensamblar su discurso.

Finalmente, el transcurso de la sesión número tres, al llegar al cierre de la misma, tuvo un quiebre emocional al pensar en las consecuencias actuales del bullying sufrido en su escolaridad, presentando ataques de llanto, hiperventilación y ansiedad, por lo cual se aplicó contención emocional mediante ejercicios de respiración.

VI. Instrumentos utilizados

- Cuestionario/autoinforme (AVE) Acoso y violencia escolar
- Escala EGEP-5 Evaluación Global del Estrés Postraumático
- Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2, Forma Reestructurada (MMPI 2 RF), Escala PSY-5
- Cuestionario de Rojas para valorar la ansiedad (CDRVA)

- Inventario de depresión de Beck (BDI-II)
- Escala de autoestima de Coopersmith (CSEI Adultos)

VII. Análisis e interpretación de los resultados

Cuestionario/autoinforme (AVE) Acoso y violencia escolar

Según los datos recopilados y proporcionados por B.C (en el cuestionario/autoinforme AVE), se confirma que sufrió a nivel general de acoso escolar (bullying) muy constatado a nivel global, PC:99, con una intensidad de P.C: 99. Mientras, que a nivel específico, durante su etapa escolar secundaria, presentó afectación muy constatada en las áreas de: hostigamiento, intimidación, amenazas, bloqueo social, manipulación social y acoso bien constatado en agresiones.

ESCALAS DE ACOSO							
Hostigamiento	Intimidación	Amenazas	Coacciones	Bloqueo social	Exclusión social	Manipulación social	Agresiones
PUNTAJE DIRECTO							
19	3	1	3	8	6	8	5
PERCENTIL							
99	99	99	99	99	99	99	95
Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso bien constatado

En la escala Hostigamiento se confirma que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje directo de 19 y un percentil de 99, el cual se manifestó en faltas de respeto, en el desprecio y falta de consideración hacia su dignidad como persona.

Por otra parte, en la escala de Intimidación, se confirma que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje directo de tres y un percentil de 99, mismo que se manifestó en conductas hacia su persona de persecución, amedrentamiento y consumo emocional mediante acciones intimidatorias, buscándole inducirle miedo.

De similar modo, en la escala de Amenazas, se confirma que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje directo de uno y un percentil de 99, manifestándose en conductas de amilanamiento contra su integridad física, la de su familia o extorsión.

En la escala Coacciones, se confirma que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje directo de tres y un percentil de 99, mismo que se manifestó en conductas que pretendían que realizara actos en contra de su voluntad, ejerciéndole un sometimiento y dominio por encima de esta, proporcionándoles beneficios a los perpetradores, silenciándose por miedo.

La escala Bloqueo Social, confirma que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje directo de ocho y un percentil de 99, mismo que se presentó en conductas que aislamiento social y marginación impuesta hacia su persona.

Respecto a la escala de Exclusión Social, se evidencia que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje directo de seis y un percentil de 99, el cual se manifestaba en conductas que la excluían de actividades, siendo menospreciada y aislada, generando un vacío social.

En la escala de Manipulación Social, se confirma que existió la presencia de comportamientos hacia su persona que generaban una distorsión de su imagen social en sus pares, con un puntaje directo de ocho y un percentil de 99.

La escala Agresiones, confirma que existió la presencia de comportamientos de agresión física, verbal y psicológica hacia su persona, con un puntaje directo de cinco y un percentil de 95.

En complementación, el cuestionario/autoinforme AVE, posee ocho escalas clínicas, las cuales son consecuencias directas del bullying sufrido y evalúan diversas psicopatologías que llegaron a afectar a B.C durante su etapa escolar, constatando que sufrió de: Ansiedad, Estrés Postraumático, Distimia, Disminución de Autoestima, Flashbacks, Somatización, Autoimagen Negativa y Autodesprecio.

ESCALAS CLÍNICAS							
Ansiedad	Estrés Postraumático	Distimia	Disminución de Autoestima	Flashbacks	Somatización	Autoimagen Negativa	Autodesprecio
PUNTAJE DIRECTO							
6	13	8	8	3	6	5	3
PERCENTIL							
95	99	95	99	95	95	95	80
Constatada	Muy constatado	Constatada	Muy constatada	Constatado	Constatada	Constatada	Bien constatado

La escala clínica Ansiedad, con un puntaje directo de seis y un percentil de 95, constata que B.C tuvo presencia de sintomatología propia para este trastorno, en sus dimensiones físicas, cognitivas y asertivas; ya que, mientras más ansiosa se sintiese en sus años escolares, más alta era la probabilidad de ser percibida por sus compañeros como vulnerable y, por tanto, mayor fue el bullying que recibió en su diario vivir.

Por otra parte, la escala clínica Estrés Postraumático, con un puntaje directo de trece y un percentil de 99, constata que existió la presencia de sintomatología propia de este trastorno relacionada con acontecimientos vividos en el ámbito escolar como ser la hipervigilancia, el aislamiento social, la hipersensibilidad a la crítica y la invasión de visualizaciones recurrentes.

La escala clínica sobre Distimia, con un puntaje directo de ocho y un percentil de 95, constata que existió la presencia de sintomatología relacionada con la misma, presente en forma de cambios de humor bruscos, tristeza, desesperanza y retraimiento social, más un estado anímico depresivo.

De similar modo, la escala clínica, Disminución de autoestima, con un puntaje directo de ocho y un percentil de 99, constata que la misma fue mermada, debido al bullying e insultos que sufría, las agresiones y la exclusión social.

La escala clínica Flashbacks, con un puntaje directo de tres y un percentil de 95, constata que existió la presencia de episodios traumáticos, que repercutieron en la aparición del síndrome de estrés postraumático al ser un trauma no digerible para ella durante su niñez y adolescencia, manifestándose en imágenes, sensaciones o recuerdos no deseados, además de pesadillas y disociación de recuerdos.

Respecto a la escala clínica Somatización, con un puntaje directo de seis y un percentil de 95, constata que existió manifestación física de síntomas psicosomáticos en el cuerpo de B.C, producto del bullying sufrido.

Sobre la escala clínica, Autoimagen Negativa, con un puntaje directo de cinco y un percentil de 95, constata que existió la presencia de cambios importantes su autopercepción, ya que las humillaciones y vejaciones le hacían creer ser merecedora de todo lo que le estaba pasando.

La escala clínica, Autodesprecio, con un puntaje directo de tres y un percentil de 80, constata que producto del bullying sufrido, existió una alteración en su autoimagen, poniendo en evidencia actitudes de odio y desprecio hacia sí misma, e ideación suicida.

Concluyendo, en base a lo anteriormente mencionado, se confirma que B.C sufrió de bullying muy constatado en las áreas de: Hostigamiento, Intimidación, Amenazas, Bloqueo social, Manipulación Social y Agresiones, durante la gran parte de su vida colegial, de forma continua y repetitiva.

Además de constatar que existió presencia de: Ansiedad, Estrés Postraumático, Distimia, Disminución de Autoestima, Flashbacks, Somatización, Autoimagen Negativa y Autodesprecio, dejándole secuelas y daños psicológicos a largo plazo.

Escala EGEP-5 Evaluación Global del Estrés Postraumático

- Caracterización de la experiencia traumática

B.C indicó haber sufrido un único acontecimiento traumático, que es el que le genera malestar en la actualidad. El acontecimiento identificado es bullying, que sufrió en su etapa escolar y que valoró como de gravedad grave, viviéndolo con miedo e indefensión. Este acontecimiento implicó una amenaza para su vida, integridad física y escenas desagradables y amenazas para su dignidad y honor.

- Cumplimiento de los criterios de TEPT

B.C cumple el criterio A del DSM 5, puesto que ha experimentado un acontecimiento traumático del que haya transcurrido más de un mes, también se cumplen los criterios referidos a la presencia de sintomatología postraumática (B, C, D, E, F), ya que presenta 3/5 Síntomas intrusivos; 2/2 de Evitación, 7/7 de Alteraciones cognitivas y del estado del ánimo y 5/6 de Alteraciones en la activación y reactividad. El criterio F de duración también se cumple, puesto que indica que experimenta los problemas desde hace más de tres meses. Además, cumple con el criterio G, referido a Funcionamiento, porque presenta alteración en 6/7 áreas de funcionamiento en su diario vivir.

Por tanto, en base a la información anterior, se puede concluir que B.C cumple con todos los criterios para considerar que presenta TEPT. Además, ha puntuado afirmativamente los ítems 48 y 49, mismos que son indicadores de TEPT con síntomas disociativos en desrealización.

CRITERIOS SEGÚN EL EGEP 5				
I	E	C	A	F
3/5	2/2	7/7	5/6	6/7
CRITERIOS SEGÚN EL DSM 5				
B	C	D	E	G
3/5	2/2	7/7	5/6	6/7

- Valoración normativa

Cuando se comparan las puntuaciones de B.C en las escalas de síntomas, con los baremos normativos de corrección, se observa que la mayoría de sus puntuaciones se sitúan en niveles altos, lo cual indica una intensidad esperable en relación con su sintomatología postraumática, dada la intensidad del bullying que sufrió, prestando niveles altos y dando especial atención en Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (C), PC: 98, Alteraciones en la activación y la reactividad (A), PC: 95, Síntomas Evitativos (E), donde se da un puntaje de PC:90. La única excepción se observa en Síntomas intrusivos, con un nivel medio-bajo (I), PC: 40. Esta sintomatología actual altera a su Funcionamiento cotidiano (F), con un nivel de afectación alto, PC: 95. Por lo cual, su puntaje total es de P.C: 70, calificando como TEPT de gravedad alta.

PUNTAJE DIRECTO					
I	E	C	A	F	Total
6/20	7/8	22/28	16/24	6/7	51
PERCENTILES					
I	E	C	A	F	Total
40	90	98	95	95	95

- Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos en la evaluación realizada a B.C, se concluye que presenta un TEPT de gravedad alto, a raíz del bullying sufrido durante su etapa escolar, tal como ella refiere al resumir su experiencia durante sus años en el colegio: *“Me excluían y se burlaban de mi forma de ser, más que todo físicamente”*.

Dentro de su sintomatología postraumática parece especialmente relevante la referida en alteraciones cognitivas y del estado de ánimo: *“La verdad me cuesta acordarme porque no quiero hacerlo y para mí, así está bien, mejor solita que mal acompañada de gente mala en la que no se puede confiar para nada”, “No puedo hacer nada más que sonreír porque es mi trabajo, pero no quiero ni verlas en pintura”. “Es que es clarito, quien va a enamorarse de una chancha pechugona y culona, yo no estoy para cuentitos”*.

También existe presencia de sintomatología en alteraciones en la activación y reactividad, puesto que indica que: *“Son unas perras de mierda, te juro que me da rabia acordarme”, “En las noches me da parálisis de sueño y todo eso lo termino mezclando con lo del colegio y lo que me decían esas perras, más cuando las veo en mis eventos”. “Las veo y me arruinan el día”*.

Además, presenta sintomatología y pensamientos evitativos: *“No puedo hacer nada más que sonreír porque es mi trabajo, pero no quiero ni verlas en pintura y si yo fuera la que organiza eso no las dejaría ni entrar”. “Y ya no pensar en esas mierdas de personas”*.

Así mismo, pero en menor medida, existe presencia de sintomatología intrusiva: *“Te juro que me da rabia acordarme”, “En las noches me da parálisis de sueño y todo eso lo termino mezclando con lo del colegio”*.

Por tanto, queda plasmado que la presencia de sintomatología postraumática es muy frecuente, llegando a afectar e interferir negativamente en el funcionamiento de gran parte de las áreas de su vida: *“Quien va a enamorarse de una chancha pechugona y culona, yo no estoy para cuentitos”, Desde esa vez ya ni me puedo mirar al espejo y sentirme segura de mí misma porque me veo gorda, ahora que soy modelo de una empresa de comunicaciones de aquí de Tarija lo tengo que hacer pero no me gusta como estoy”, “Llego a mi casa y para relajarme me tomo un vinito, aunque este solita, eso me pone de buen humor”*. Finalmente, B.C refiere que: *“Desde esa vez ya ni me puedo mirar al espejo y sentirme segura de mí misma porque me veo gorda, no siento que sea yo misma, no pienses que estoy locuita,”*. Por lo cual, queda verificada la presencia de sintomatología disociativa con desrealización.

Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2, Forma Reestructurada (MMPI 2 RF), Escala PSY-5

Teniendo en cuenta la puntuación natural obtenida por B.C, (escala por escala) el rango cualitativo que encaja en el rasgo de la personalidad clínica, Agresividad revisada (AGGR-r), es el de “ser sumisa y pasiva a nivel interpersonal”. Con un puntaje cuantitativo de 35 ($T \leq 39$), indicando sumisión en sus relaciones interpersonales: *“Soy como los perritos que ladran y se hacen los saltones, pero después se escapan si los espantas y ladran de lejitos, me da mucho coraje encontrarme o ver a las mierdas esas de mis ex compañeras, pero sé que no soy capaz de hacerles nada, ya tengo suficiente con mis propias cosas, así que me aguanto y paro sonriendo”*.

En el rasgo de la personalidad clínica, Psicoticismo revisado (PSYC-r), el rango cualitativo que obtuvo “Indica diversas experiencias asociadas con alteraciones del pensamiento”. Con un puntaje cuantitativo de 88 ($T \geq 65$), indicando que experimenta procesos de pensamiento inusual y fenómenos perceptuales, sintiéndose ajena a los demás, llegando a manifestar pensamientos poco realistas: *“Llego a mi cuarto del trabajo y me miro al espejo, no me gusta mirarme pero lo tengo que hacer, así se si tengo que tomarme mis laxantes ese ratito, sino después estoy re mal cuando me acuesto en mi cama, me siento una chancha, me toco mi cuerpo y siento mis huesos y aunque no me creas no me siento flaca, me siento gorda como años antes en el colegio y todo me viene rápido a mi cabeza, trato de pensar en otra cosa y no me deja mi cabeza, escucho las risotadas de esas perras molestándome y me pongo a llorar”*

Mientras que, en el rasgo de la personalidad clínica, Impulsividad-revisada (DISC-r), obtuvo como rango cualitativo a “Poca presencia de no ser reservada o conductas de acting out”. Con un puntaje cuantitativo de 40 ($T \leq 39$), indicando un comportamiento reservado: *“No me gusta que estén chismeando de mí... en mi trabajo sobre todo siempre pienso en que deben estar diciendo que estoy gorda, que me veo fea, que soy operada porque tengo mucho pecho, solo quiero que me dejen ser como soy sin que me anden juzgando por todo, así calladitos se ven más bonitos y yo calladita también”*.

Por otra parte, en el rasgo de la personalidad clínica, Neuroticismo-revisado (NEGE-r), obtuvo como rango cualitativo a “Puede llegar a reportar experiencias negativas y quejarse en nivel promedio”. Con un puntaje cuantitativo de 80 ($T \geq 65$), indicando que trata de no sentirse

agobiada por emociones negativas ya que no le gusta que las personas la juzguen o se metan en su vida privada, puesto que presenta ideas intrusivas, se inhibe y auto sabotea y tiende a auto culparse, llegando a experimentar ansiedad e inseguridad: *“Eso que me hicieron esas malditas me dejó bien insegura, me dan ataques de ansiedad fuertes en donde siento un dolor en mi costado, me cuesta respirar y el pecho me duele feo, ese ratito pienso en todas las cosas malas que me hicieron y me quedo llorando, me bloqueo porque me preocupa mucho el morirme sin alcanzar a ser feliz y llegar a verme como quiero ser, si yo no hubiera sido débil y no seguiría siendo débil otra cosa hubiera sido de mi ahorita”*.

Finalmente, el rasgo de la personalidad clínica, Disminución de emociones positivas-revisado (INTR-r), obtuvo como rango cualitativo a “Sentimientos y experiencias en el nivel promedio”, Con un puntaje cuantitativo de 60 ($T \geq 65$) expresando y manifestando en su mayoría vivencias y experiencias negativas: *“ Pienso que como todos tengo mis días re malos, me siento súper bajoneada, de chancha no me bajo, pero después cuando me purgo me siento mejor, aunque me duela el estómago horrible, esa es otra de mis formas de sentirme un poquito mejor y pensar que algún rato capaz si pueda ser feliz pero me dura poquito, aunque dicen que nunca hay que perder la esperanza, ¿no?”*.

Cuestionario de Rojas para valorar la ansiedad (CDRVA)

Teniendo en cuenta la puntuación natural obtenida por B.C en el presente cuestionario, el rango cualitativo en el cual encajan sus resultados es el de Ansiedad muy grave (con un puntaje cuantitativo de 86/100). Además, presenta una intensidad Media en sintomatología ansiosa Física (35/40). Al consultarle sobre sobre los mismos relata: *“Cuando tengo mis días re feos me falta el aire y me duele el costado, como con pinchazos y el corazón me late mucho”*. *“No me gusta vomitar porque tiene un sabor re feo, pero lo hago y más los laxantes paro un rato en el baño, no le dije esto a mi psicóloga, pero eso me da pesadillas y al día siguiente me levanto con mucha hambre, sin tener ganas de comer”*.

Por otra parte, presenta una intensidad sintomatología ansiosa Psíquica a nivel alto (51/60); menciona que padece de nerviosismo e intranquilidad, lo cual la lleva a tener ataques de pánico y sentirse insegura e inferior a los demás, como si estuviera perdiendo su propia identidad: *“No confió mucho en las personas, me dan nervios cuando en mi trabajo me presentan una nueva compañera porque ese ratito ya estoy pensando que está hablando mal*

de mí, que piensa que como una gorda como yo va a ser modelo y me veo a su lado en traje de baño cuando estamos cambiándonos en el vestidor y me pongo súper nerviosa, porque así quisiera verme yo, y no puedo”.

En sintomatología ansiosa de Conducta puntúa en un nivel Medio (33/40), mencionando que: *“Hay días en que estoy muy débil y soy bien torpe, me paro tropezando y me pongo roja, estoy súper nerviosa y cualquier ruido o si la música de mi trabajo está muy fuerte me molesta”.* *“Estoy tan nerviosa que agarro cualquier cosa con las manos y me pongo a tocarla, si es que son muchos los nervios me cuesta hablar y dentro de mi digo, ya la cague y no sé qué hacer”.*

Mientras que, en sintomatología ansiosa Cognitiva puntúa en un nivel Alto (50/60), indicando que tiende a tener rumiación, incurriendo en pensamientos pesimistas y fatalistas, con generalización excesiva en términos o palabras, llegando a creer que un cambio radical en su vida es la única forma de cambiar las cosas: *“Apenitas me puedo acordar de las cosas que me dicen cuando me pongo así, me pongo a pensar y pensar y siempre me digo lo mismo, yo no sirvo para esto, no sirvo para nada, pero ese ratito me pongo a pensar que eso me dirían las malditas que me molestaban en el colegio y me pasa por un ratito pero de nuevo vuelvo a pensar que no sirvo y quisiera escaparme de ahí e irme bien lejos aunque lo disimulo sonriendo a la gente”.*

Por otra parte, en sintomatología ansiosa Asertiva puntúa en un nivel Alto (46/60), expresando que le es difícil el poder decirle “no” a las personas cuando le piden algo, tratando de parecer agradable ante todas las personas, estando muy pendiente de lo que los demás puedan decir de ella: *“Si me dicen anda a pararte allá, a hablarle a ese, lo hago, pero ese ratito pienso en si no lo estoy arruinando y no quisiera hacer algunas de las cosas que me mandan a veces pero no quiero que después piensen que no puedo hacer ni eso, me da cosita hablar pero me aguanto y lo hago aunque después estoy bien apenada y quiero que la tierra me trague, porque todo el rato, cuando estoy así, estresada solo me acuerdo de lo malo que me pasó y muero de vergüenza”.*

PUNTUACIÓN TOTAL	
Puntaje cuantitativo	Rango cualitativo
86 de 100 puntos totales	Ansiedad muy grave
PUNTUACIÓN CUANTITATIVA POR SINTOMATOLIGIA ESPECIFICA	

Síntomas Físicos	Síntomas Psíquicos	Síntomas de Conducta	Síntomas Cognitivos	Síntomas Asertivos
35/40	51/60	33/40	50/60	46/60
PUNTUACIÓN CUALITATIVA EN SINTOMATOLOGÍA ESPECIFICA				
Sintomatología a nivel Medio	Sintomatología a nivel Alto	Sintomatología a nivel Medio	Sintomatología a nivel Alto	Sintomatología a nivel Alto

Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

Teniendo en cuenta la puntuación natural obtenida por B.C en el presente inventario, el rango cualitativo en el que encajan sus resultados es el de Depresión Grave (con un puntaje cuantitativo de 36/63). De manera específica, en sintomatología cognitiva afectiva manifiesta presencia de tristeza y llanto, pesimismo, sentimientos de culpabilidad y fracaso, además de autocrítica y disconformidad hacia su persona, incurriendo en pensamientos suicidas: *“Casi siempre antes de dormirme lloro porque siento que soy la gorda torpe inútil, que me estoy forzando a ser algo que no soy”. “Soy una mentirosa que se engaña solita al querer hacer cosas que no le gustan y pensar que así podré lograr algo”. “Quisiera morirme de una vez, pero soy muy cobarde para si quiera pensar en matarme”.*

Por otra parte, en sintomatología somático motivacional indica sentirse desvalorizada, con baja energía y cambios en sus hábitos de sueño, presentando irritabilidad, fatiga y cambios en su apetito: *“No soy nadie, al lado de mis compañeras soy una chancha, en el colegio tenían razón cuando me molestaban”, “Llego muerta de hambre a mi cuarto y me duele el estómago bien feo, quisiera comer, pero me siento una asquerosa que está votando a la basura todo su progreso y me da rabia, yo me doy rabia solita”*

PUNTUACIÓN TOTAL	
Puntaje cuantitativo 36 de 63 puntos totales	Rango cualitativo Depresión grave

Escala de autoestima de Coopersmith Adultos

La puntuación natural obtenida por B.C en la presente escala, la sitúa en un rango cualitativo de autoestima total Muy Baja (con un puntaje cuantitativo de 15/21). Además, presenta una Muy Baja autoestima en el área Social (1/3), dando a entender que es una persona que presenta dificultades para establecer sus relaciones interpersonales, ya que la presencia de

otros le resulta incómoda, prefiriendo estar sola. Al indagar por medio de preguntas específicas, indica que: *“Si no fuera porque me obligo a ser sociable por lo de mi trabajo yo quisiera no salir de mi cuarto o quedarme en mi casa con mi familia porque ellos si se esfuerzan por entenderme, aunque sea un poquito y estoy muy agradecida por eso con mis papis”*.

Por otra parte, en el área Laboral-Académica presenta una autoestima Muy Baja (1/1), dando a comprender que se siente rechazada y descontenta en su ámbito académico – laboral, puesto que siente que no tiene las suficientes habilidades para desenvolverse en los mismos: *“No me gusta hablar de la U, casi no voy porque todo el rato estoy trabajando, pero no me gustaba ir, sentía que me miraban mucho y era muy incómodo, no quería hablar con nadie porque no me sentía a su nivel de ellos, siempre paraba atrasada en las materias”*. *“En el trabajo tampoco me siento bien, pero me obligo a hacerlo, quizá un día de tanto presionarme en eso de verdad me lo crea y me sienta bien”*

Mientras que, en el área Hogar, presenta una autoestima Alta (6/6), indicando que se siente cómoda y apreciada con su familia, sintiéndose amada, apreciada y comprendida, redundando en el agrado de convivir con ellos: *“Mis papis son mi fortaleza muchas veces, ellos nunca me ponen caras feas ni me dicen nada malo, me hacen sentir entendida, aunque sé que no me entienden y nadie lo va a hacer por lo menos ellos hacen el esfuerzo y mi hermana, aunque no esté en mi casa siempre está para mí cuando me siento muy mal y ya no puedo más... aunque me siento mal porque sé que soy una carga para ellos y por mi culpa discuten”*.

Por tanto, a nivel General, presenta una autoestima Muy Baja (9/11), teniendo predominancia de pensamientos y sentimientos negativos, autoculpándose y reprochándose por su situación actual, dando como consecuencia que se sienta mal consigo misma y con su entorno académico laboral. Motivo por el cual, su autoestima a nivel Total, es Muy Baja (con un puntaje cuantitativo de 15/21).

PUNTAJES CUANTITATIVOS					
Mentira	Social	Laboral-Académica	Hogar	General	Total
2/5	1/3	1/1	6/6	9/11	15/21
RANGO CUALITATIVO					
Resultados interpretables	Muy Baja	Muy Baja	Alta	Muy Baja	Muy Baja

VIII. Síntesis diagnóstica

A partir de los resultados obtenidos mediante la aplicación de los presentes instrumentos se concluye que B.C sufrió de bullying muy constatado, el cual comenzó al momento en el que ingresó al colegio e inició su vida escolar. Esta situación la acompañó desde su infancia, hasta bien entrada su adolescencia, afectándola a nivel psicosocial, puesto que con el hostigamiento intimidación y amenazas que ejercían en su contra, se desarrollaron psicopatologías y trastornos relacionados con su estado anímico, llegando a despreciarse y tener una autoimagen negativa. Además, fue excluida y bloqueada socialmente, por lo cual el estrés que padecía dio lugar a somatización de síntomas, cargando hasta el día de hoy secuelas de ese entonces.

Estas secuelas le dejaron un TEPT grave, que afecta a varias áreas de su funcionamiento cotidiano, puesto que la sintomatología que presenta viene hacia ella en forma de pensamientos intrusivos, evitativos y merma su capacidad cognitiva y del estado de ánimo, presentando alteraciones en la activación reactividad, llegando a manifestar disociaciones y desrealización.

Asimismo, esto puede evidenciarse en sus rasgos de la personalidad, ya que a nivel clínico presenta alteraciones, especialmente en psicoticismo, puesto que manifiesta diversas experiencias asociadas con alteraciones del pensamiento y neuroticismo, con procesos inusuales en su pensamiento y fenómenos perceptuales, sintiéndose ajena a los demás y cargada de emociones negativas, las cuales provocan que se autosabotee.

Siendo esto causal y motivo para la aparición de ansiedad en grado muy grave, con una sintomatología psíquica y cognitiva muy marcada, además de una depresión grave; por lo cual, su autoestima también se vio afectada, siendo esta, a nivel total, muy baja.

Por tanto, la interacción entre estas variables remarca que el bullying sufrido durante toda su etapa escolar fue precursor de la aparición del TEPT en su adolescencia, llegando a instaurarse en sus rasgos de su personalidad y posteriormente manifestarse como ansiedad y depresión, las cuales repercutieron negativamente en su autoestima general.

5.3 Caso 3

I. Datos personales

Nombre: E.F

Edad: 23

Sexo: Femenino

Lugar y fecha de nacimiento: 24/02/2002

Nivel educativo: Bachillerato; estudios universitarios en curso

Ocupación: Cajera

II. Motivo de consulta

Refiere hallarse deprimida y cansada de su situación actual, menospreciándose constantemente y sintiéndose incapaz de lograr avances en su vida.

III. Antecedentes personales

E.F es una joven estudiante de 23 años, nacida en la capital de Tarija; su contextura corporal es delgada, de tez morena y semblante hosco. Durante el transcurso de las sesiones aplicadas, asistió sin mostrar mucho cuidado y esmero en su vestimenta y apariencia física, vistiendo ropa casual, manchada y descuidada, además de llevar siempre puesto un barbijo que tapaba su rostro, dejando a la vista solo sus ojos, denotando inseguridad y aislamiento de su persona hacia su entorno psicosocial.

Inicia el relato clínico mencionando que ella es una persona de pocas palabras y no le gusta recordar las cosas de su pasado y primera infancia, mencionando en reiteradas oportunidades que: *“Esas son sonseras que me pasaron”*. Sin embargo, mientras la sesión avanzaba y se respetaban sus silencios y las interrupciones en su relato, fue ganando confianza y soltándose un poco más: *“Cuando yo era chica no teníamos mucho, yo era la única hija que mis papás tuvieron”*.

Tras un breve silencio y pausa continuó: *“Cuando era niña me metieron directo a un cole fiscal y todo normal, básico normal, éramos poquitos en el curso, toditos callados y me*

gustaba que era así". Además, menciona que: *"Mi papá se fue con otra mujer cuando yo nací, así que mi mamá me crio sola"*. Razón por la cual tuvo que trabajar desde los 5 años, vendiendo caramelos y gelatinas en la calle: *"Mi mamá no me daba ni un peso, con lo que yo vendía en la calle me ganaba para mi recreo y mis útiles, ella solo me daba el almuerzo y cena y ropa a veces"*. Pasaron los años y E.F llegó a su adolescencia y fue cambiada de colegio, puesto que el de su barrio solo tenía hasta el nivel primario; en este nuevo centro educativo su dinámica familiar siguió sin muchas variaciones: *"Seguía trabajando yo, mi mamá igual y cada una por su lado, ella me daba la comida nomás y ya, lo demás lo compraba yo"*.

Sin embargo, al tratarse de un colegio más grande, y lleno de niños, tuvo sus primeros encuentros y roces con el bullying: *"Yo era callada, no me gustaba mucho hablar porque en el otro colegio era así y no me decían nada, este era más lleno y me decían cosas de mi uniforme, que estaba sucio porque yo salía directo del colegio a vender, me decían la heladera"*.

Al comienzo, E.F prefirió ignorar estos comentarios, pero llegó un punto en donde se volvieron insoportables para su persona ya que además de decirle cosas, comenzaron a jalonear su ropa y empujarla: *"Callada y haciéndome la sonsa nomás paraba, pero había unos que me molestaban siempre y ya me estaba cansando así que le metí un puñete en su cara a uno y se armó la grande y llamaron a mi mamá, pero ella no fue porque paraba trabajando"*.

Tras este suceso, el bullying no disminuyó, al contrario, se acrecentó: *"Después de eso me comenzaron a molestar en grupitos, ya no me volvieron a pegar o empujar, pero me decían que era la lora, la fea, la perico, la narizona"*. Hasta ese momento E.F nunca había prestado atención a su apariencia física, por lo cual, oír a sus compañeros proferir tales palabras fue un shock bastante fuerte para ella: *"Ese ratito me fui corriendo al baño a llorar y solo oía narizona, narizona"*.

Por lo cual, considera que, a partir de ese momento, todo fue un declive en todas las áreas de su vida, afectando sus relaciones familiares e interpersonales: *"Me decían narizona, anda a comprármelo narizona, yo los miraba re feo y se callaban, pero me sentía mal, no sabía qué hacer, a mi mamá le conté, pero me dijo hija, no molestes estoy cansada y nunca más le volví a contar nada"*.

Este constante estado de agresiones verbales y psicologías provocaron en ella un rechazo hacia el colegio y los estudios, además que la pandemia del Covid 19 había comenzado, por lo cual se decidió abandonarlos y dedicarse a trabajar, llegando con el tiempo a independizarse de su madre: *“Ya no quería ir al cole y justo llegó el covicho (Covid-19), así que dejé de estudiar dos años, porque mi mamá tampoco tenía plata, ni bien cumplí 18 me fui de mi casa, a mi mamá no le importó mucho, medio, medio que me hizo sentir mal eso porque yo pensé que al menos me iba a decir quédate hijita, pero nada”*.

E.F comenta que, gracias al trabajo que había realizado durante la pandemia, había podido ahorrar algo de dinero, por lo establecerse no le fue un problema y decidió retomar sus estudios: *“Me entré al CEMA (Centro de educación para adultos mayores), porque yo quería mi cartón de bachiller para estudiar en la U después”*. Sin embargo, en esta nueva etapa de su vida, el bullying volvería a hacer acto de presencia: *“Al principio todo bien, luego nunca falta el chistoso del curso y otra vez me dijeron lora, a mí me gustaba la pandemia porque me tapaba mi nariz con barbijo y nadie me decía huevadas, pero me aguanté nomás, los miraba feo y no decía nada y se iban callando”*. Pero, estos comentarios mermaban constantemente su autoestima, llevándola a buscar ayuda por internet: *“Yo me sentía como fosforito, me aguantaba nomas y no les decía nada, pero por dentro me daba rabia y pensaba cosas feas, me desconocía yo, pensaba que cualquier rato les iba a hacer algo malo a ellos así que busqué en internet ayuda”*.

Tras una larga búsqueda y peregrinaje por diversas páginas web, foros y videos, llegó a la conclusión de que en línea no encontraría lo que buscaba, así que se decidió ir a terapia presencial: *“Yo me había dicho, te tienes que conocer, cuidado que te desconozcas y viendo por Facebook me salió el Intraid, así que ahí nomás fui, me tuvieron así yendo y viniendo un mes y me derivaron al psiquiatra, ahí me dijo que yo tenía TDAH y me dio una receta”*.

Menciona que la primera vez que tomó los medicamentos de la receta que le dieron se sintió muy relajada y tranquila, con lo cual pudo terminar sus estudios secundarios sin mayor inconveniente: *“Estaba súper tranqui, si me decían algo yo me reía nomás, igual salía a trabajar más tranqui porque antes paraba como resorte de un lado para otro, así con el trabajo y mis estudios paraba ocupada y según mi psicóloga eso me hacía bien”*.

En la actualidad E.F refiere sobre el bullying que, de no haber recibido ayuda psicológica y medicación, no sabría que hubiera sido de su vida: *“Antes de eso me decían algo me ponía a llorar, no en su delante, sino que volvía a mi casa y ahí lloraba súper fuerte”*. Además, junto al llanto se presentaban otros síntomas, los cuales describe como: *“Me ponía mal, me dolía el cuerpo y pensaba cosas feas de mí, me han dicho que era por el TDAH, pero yo creo que era por los insultos y apodos que me decían”*. Por lo cual, prefiere bloquear y evitar esos pensamientos: *“Si me pongo necia a pensar en mi promo sí, me acuerdo de algunas cosas, pero mi psicóloga me ha dicho que tengo que alejar esos pensamientos malos porque después paro ansiosa”*.

Refiere que, si bien los medicamentos la ayudaron, hay cosas que se le dificultan bastante: *“¿Ves que uso barbijo no?, es porque me da vergüenza mostrar mi nariz, me acuerdo del cole y me da mucha vergüenza, en el único lugar que más o menos no tengo eso es en el trabajo, pero igual me trato de tapar”*. Relata que, uno de los momentos más tensos y que más la marcaron sobre este tema ocurrieron durante sus estudios en el CEMA:

“Había un chico que me hablaba ahí, era novio de una de mis ex compañeras y como yo era muy tímida, le respondía poquito mirando al piso, nunca paso nada con él, pero su novia, mi ex compañera pensó que yo le tenía ganas y que se lo quería bajar (robarle la pareja) y me echó la culpa que él había terminado con ella porque según se alucinó esa, yo me le había declarado”. E.F menciona que esto le generó una marca de por vida, impidiendo que pudiera tener hasta el día de hoy una relación de pareja: *“Que oso (vergüenza) fue porque desde esa vez me convertí en la espanta viejos (que aleja a potenciales parejas), fea sin suerte soy, mejor no me acuerdo y listo”*.

Finalmente, E.F refiere que el bullying ha trascendido a diversas áreas de su vida: *“Hay ratos donde me loqueo y paro saltando por cualquier ruido, voy por la calle y salto, resortito soy, no sé, aquí atrás de mi cabeza, en la nuca siento como si me miraran, pero me doy la vuelta y nada, no hay gente y dentro de mí digo por fea no me miran”*.

Por lo cual, refiere que actualmente acude regularmente a consulta psicológica: *“Todavía sigo yendo donde mi psicóloga porque en la facultad de la U me sentía rara, me decía que estaré haciendo aquí y no quería hablar con nadie, me ponía a oír música o a jugar con el celu, quisiera tener amigos, pero soy poca cosa para eso y chico peor, que oso (vergüenza)”*.

Acotando que lo hace debido a que siente que: *“Me ponía a pensar mucho cuando toditos estaban con sus grupitos en el curso hablando en la facultad y me sentía como sonsa, así como volada, me daba miedito pensar que algo me estaba haciendo mal”*

A pesar de ello, trata de tranquilizarse y continuar con sus actividades: *“Pero después estoy bien porque siempre me digo, tienes que estar tranqui... si no, no dormiría porque tendría sueños medio raros, igual poco duermo porque casi, no me da sueño”*. *“Luego en el trabajo ahora ando como volada che, me pagan y no me acuerdo de que me estoy cobrando”*. Refiriendo que prefiere no recordar nada de estos sucesos ya que: *Para que me voy a acordar de eso, son huevadas, ya fue eso, aparte que si lo pienso mucho me hace sentir re mal, porque me miro en el espejo y me veo re fea y me quiere hacer llorar eso”*.

IV. Antecedentes familiares

Actualmente E.F vive sola y no tiene lazos cercanos con ninguno de sus familiares, ya que ella los considera como ajenos a su vida, puesto que fue hija única, fruto de una relación en la cual su padre prefirió abandonarla cuando ella nació, no llegando a conocerlo, mientras que su madre, en sus propias palabras, solo la ayudó en sus primeros años de vida: *“Mi mamá me ayudó cuando era chiquita, me dio comida y ropa, ya en lo demás yo solita me las arreglaba vendiendo cosas, después cuando yo ya estaba jovencita ya casi no me ayudaba y yo estaba por mi cuenta nomas.*

Indica que esta relación nunca fue cercana y al día de hoy: *“Ya cuando me independicé a mis 18 años mi mamá no me dijo nada, solo me dijo bueno, si eso quieres ándate nomás, ojalá por lo menos se hubiera despedido, pero ni eso, desde esa vez ya no la vi, ni ella tampoco me visitó ni nada a mí”*.

Finalmente, en relación a enfermedades o antecedentes psicológicos en su familia menciona que no existieron casos que ella haya podido constatar por parte de la rama materna y paterna, puesto que nunca preguntó o se le comentó dicha información, siendo su propia persona la única en tener un diagnóstico clínico de TDAH y consumir medicación relacionada a paliar los síntomas del mismo con regularidad.

V. Observaciones del entrevistador

Se aplicaron tres sesiones de un lapso aproximado de sesenta minutos cada una, si bien el discurso fue coherente durante el transcurso de las mismas presentó diversas alteraciones en su estado anímico y corporal. En la primera sesión E.F se mantuvo seria, renuente y poco colaborativa en los primeros minutos de la misma, con incapacidad de habla, ya que sus mecanismos de defensa terminaban bloqueando su discurso en preguntas relacionadas con sus primeros recuerdos y sus relaciones psicosociales a nivel interpersonal durante su escolaridad, presentando alteraciones en la modulación vocal (susurros, voz quebrada, alza del tono vocal y quedarse sin proferir ninguna palabra), lanzando miradas furtivas por encima de su hombro como si tuviese miedo de que alguien pudiera oírla, evitando en todo momento el contacto visual directo y tapándose más de la mitad de su rostro con un barbijo negro.

Durante el desarrollo de la segunda sesión, al tocar temas relacionados con su familia y relación con sus compañeros de curso durante su etapa escolar se presentó apática y dispersa, por lo cual se le aplicó una técnica para romper el hielo y captar su atención, siendo esta el entrenamiento autógeno de Schultz.

Finalmente, el transcurso de la sesión número tres, tuvo una menor cantidad de inconvenientes y E.F se presentó ligeramente más relajada y predispuesta a brindar información, manteniendo un lenguaje corporal y un estado anímico en su mayoría sereno, aunque, durante breves momentos, su comunicación no verbal reflejaba pequeños bloqueos al no levantar la vista del piso y tener las manos bien metidas en los bolsillos de su chamarra.

VI. Instrumentos utilizados

- Cuestionario/autoinforme (AVE) Acoso y violencia escolar
- Escala EGEP-5 Evaluación Global del Estrés Postraumático
- Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2, Forma Reestructurada (MMPI 2 RF), Escala PSY-5
- Cuestionario de Rojas para valorar la ansiedad (CDRVA)
- Inventario de depresión de Beck (BDI-II)
- Escala de autoestima de Coopersmith (CSEI Adultos)

VII. Análisis e interpretación de los resultados

Cuestionario/autoinforme (AVE) Acoso y violencia escolar

Según los datos recopilados y proporcionados por E.F (en el cuestionario/autoinforme AVE), se confirma que sufrió de acoso escolar (bullying) se confirma que sufrió a nivel general de acoso escolar (bullying) muy constatado a nivel global, PC:99, con una intensidad de P.C: 99. Mientras, que a nivel específico, durante su etapa escolar secundaria, presentó afectación muy constatada en las áreas de: Hostigamiento, Bloqueo social, Exclusión social, Manipulación Social y Agresiones; mientras que, recibió bullying bien constatado en Coacciones. Por otra parte, indica no haber sufrido bullying en Intimidación y Amenazas.

ESCALAS DE ACOSO							
Hostigamiento	Intimidación	Amenazas	Coacciones	Bloqueo social	Exclusión social	Manipulación social	Agresiones
PUNTAJE DIRECTO							
12	0	0	1	3	6	10	6
PERCENTIL							
99	0	0	95	99	99	99	99
Acoso muy constatado	Sin constatar	Sin constatar	Acoso bien constatado	Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso muy constatado

En la escala Hostigamiento se confirma que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje directo de doce y un percentil de 99, el cual se manifestó en faltas de respeto, en el desprecio y falta de consideración hacia su dignidad como persona.

Por otra parte, las escalas de Intimidación y Amenazas no se puntúan en este caso, puesto que el bullying que E.F recibió no tuvo presencia de las mismas, ya que no fue perseguida, amedrentada y consumida emocionalmente por acciones intimidatorias, al igual que no existió presencia de amilanamiento físico o extorsión contra su familia.

En la escala Coacciones, se confirma que sufrió de bullying bien constatado, con un puntaje directo de uno y un percentil de 95, mismo que se manifestó en conductas que pretendían que realizara actos en contra de su voluntad, ejerciéndole un sometimiento y dominio por encima de esta, proporcionándoles beneficios a los perpetradores, silenciándose por miedo.

La escala Bloqueo Social, confirma que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje directo de tres y un percentil de 99, mismo que se presentó en conductas que aislamiento social y marginación impuesta hacia su persona.

Respecto a la escala de Exclusión Social, se evidencia que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje directo de seis y un percentil de 99, el cual se manifestaba en conductas que la excluían de actividades, siendo menospreciada y aislada, generando un vacío social.

En la escala de Manipulación Social, se confirma que existió la presencia de comportamientos hacia su persona que generaban una distorsión de su imagen social en sus pares, con un puntaje directo de diez y un percentil de 99.

La escala Agresiones, confirma que existió la presencia de comportamientos de agresión verbal y psicológica hacia su persona, con un puntaje directo de seis y un percentil de 99.

En complementación, el cuestionario/autoinforme AVE, posee ocho escalas clínicas, las cuales son consecuencias directas del bullying sufrido y evalúan diversas psicopatologías que llegaron a afectar a E.F durante su etapa escolar, constatando que sufrió de: Ansiedad, Estrés Postraumático, Distimia, Disminución de Autoestima, Flashbacks, Somatización, Autoimagen Negativa y Autodesprecio.

ESCALAS CLÍNICAS							
Ansiedad	Estrés Postraumático	Distimia	Disminución de Autoestima	Flashbacks	Somatización	Autoimagen Negativa	Autodesprecio
PUNTAJE DIRECTO							
5	7	11	12	2	5	10	8
PERCENTIL							
95	95	99	99	95	95	99	99
Bien Constatada	Bien constatado	Muy Constatada	Muy constatada	Bien Constatado	Bien Constatada	Muy Constatada	Muy constatado

La escala clínica Ansiedad, con un puntaje directo de cinco y un percentil de 95, constata que E.F tuvo presencia de sintomatología propia para este trastorno, en sus dimensiones físicas, cognitivas y asertivas; ya que, mientras más ansiosa se sintiese en la etapa escolar secundaria, más alta era la probabilidad de ser percibida por sus compañeros como vulnerable y, por tanto, mayor fue el bullying que recibió en su diario vivir.

Por otra parte, la escala clínica Estrés Postraumático, con un puntaje directo de siete y un percentil de 95, constata que existió la presencia de sintomatología propia de este trastorno relacionada con acontecimientos vividos en el ámbito escolar como ser la hipervigilancia, el aislamiento social, la hipersensibilidad a la crítica y la invasión de visualizaciones recurrentes.

La escala clínica sobre Distimia, con un puntaje directo de once y un percentil de 99, constata que existió la presencia de sintomatología relacionada con la misma, presente en forma de cambios de humor bruscos, tristeza, desesperanza y retraimiento social, más un estado anímico depresivo.

De similar modo, la escala clínica, Disminución de autoestima, con un puntaje directo de doce y un percentil de 99, constata que la misma fue mermada, debido al bullying e insultos que sufría, las agresiones y la exclusión social.

La escala clínica Flashbacks, con un puntaje directo de dos y un percentil de 95, constata que existió la presencia de episodios traumáticos, que repercutieron en la aparición del síndrome de estrés postraumático al ser un trauma no digerible para ella durante su adolescencia, manifestándose en imágenes, sensaciones o recuerdos no deseados, además de pesadillas y disociación de recuerdos.

Respecto a la escala clínica Somatización, con un puntaje directo de cinco y un percentil de 95, constata que existió manifestación física de síntomas psicósomáticos en el cuerpo de E.F, producto del bullying sufrido.

Sobre la escala clínica, Autoimagen Negativa, con un puntaje directo de diez y un percentil de 99, constata que existió la presencia de cambios importantes su autopercepción, ya que las humillaciones y vejaciones le hacían creer ser merecedora de todo lo que le estaba pasando.

La escala clínica, Autodesprecio, con un puntaje directo de ocho y un percentil de 99, constata que producto del bullying sufrido, existió una alteración en su autoimagen, poniendo en evidencia actitudes de odio y desprecio hacia sí misma, e ideación suicida.

Concluyendo, en base a lo anteriormente mencionado, se confirma que E.F sufrió de bullying muy constatado en las áreas de: Hostigamiento, Bloqueo social, Exclusión social, Manipulación Social y Agresiones; mientras que, recibió bullying bien constatado en Coacciones. Por otra parte, indica no haber sufrido bullying en Intimidación y Amenazas.

Además de constatar que existió presencia de: Ansiedad, Estrés Postraumático, Distimia, Disminución de Autoestima, Flashbacks, Somatización, Autoimagen Negativa y Autodesprecio, dejándole secuelas y daños psicológicos a largo plazo.

Escala EGEP-5 Evaluación Global del Estrés Postraumático

- Caracterización de la experiencia traumática

E.F indicó haber sufrido un único acontecimiento traumático, que es el que le genera malestar en la actualidad. El acontecimiento identificado es bullying, que sufrió en el grado escolar secundario y que valoró como de gravedad moderada, viviéndolo con miedo e indefensión. Este acontecimiento implicó una amenaza para su integridad física y la integridad física de otras personas, teniendo escenas desagradables y amenazas para su dignidad y honor.

- Cumplimiento de los criterios de TEPT

E.F cumple el criterio A del DSM 5, puesto que ha experimentado un acontecimiento traumático que ocurrió en varias ocasiones del que haya transcurrido más de un mes, también se cumplen los criterios referidos a la presencia de sintomatología postraumática (B, C, D, E, F), ya que presenta 3/5 Síntomas intrusivos; 2/2 de Evitación, 5/7 de Alteraciones cognitivas y del estado del ánimo y 6/6 de Alteraciones en la activación y reactividad. El criterio F de duración también se cumple, puesto que indica que experimenta los problemas desde hace más de tres meses. Además, cumple con el criterio G, referido a Funcionamiento, porque presenta alteración en 5/7 áreas de funcionamiento en su diario vivir.

Por tanto, en base a la información anterior, se puede concluir que E.F cumple con todos los criterios para considerar que presenta TEPT. Además, ha puntuado afirmativamente los ítems 48 y 49, mismos que son indicadores de TEPT con síntomas disociativos en desrealización.

CRITERIOS SEGÚN EL EGEP 5				
I	E	C	A	F
3/5	2/2	5/7	6/6	5/7
CRITERIOS SEGÚN EL DSM 5				
B	C	D	E	G
3/5	2/2	5/7	6/6	5/7

- Valoración normativa

Cuando se comparan las puntuaciones de E.F en las escalas de síntomas, con los baremos normativos de corrección, se observa que la mayoría de sus puntuaciones se sitúan en niveles medios, lo cual indica una intensidad esperable en relación con su sintomatología postraumática, dada la intensidad del bullying que sufrió, presentando un nivel alto y de

especial atención en Alteraciones en la activación y reactividad (A), PC: 90 y niveles medio-altos (y de igual cuidado y observación) en Síntomas Evitativos (E), PC: 80, Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (C), PC: 65. Siendo la única excepción observable en Síntomas intrusivos, en un nivel medio-bajo (I), PC: 35. Estas sintomatologías alteran a su Funcionamiento cotidiano (F), con un nivel de afectación alto, PC: 85. Por lo cual, su puntaje total es de P.C: 70, calificando como TEPT de gravedad media-alta.

PUNTAJE DIRECTO					
I	E	C	A	F	Total
5/20	2/5	5/10	6/15	5/7	35
PERCENTILES					
I	E	C	A	F	Total
35	80	65	90	85	70

- Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos en la evaluación realizada a E.F, se concluye que presenta un TEPT medio-alto, a raíz del bullying sufrido durante su etapa escolar, tal como ella refiere al resumir su experiencia durante sus años en el colegio: *“Me llegaron a molestar con mi nariz, me llegaron a insultar, me decían la naca, también me decían la fea de la promo, me inculparon por algo que no hice y desde ahí me hicieron bullying”*.

Dentro de su sintomatología postraumática parece especialmente relevante la referida en alteraciones en la activación y la reactividad: *“Hay ratos donde me loqueo y paro saltando por cualquier ruido, voy por la calle y salto, resortito soy, no sé, en la nuca siento como si me miraran, pero me doy la vuelta y nada, no hay gente y dentro de mí digo por fea no me miran, pero después estoy bien porque siempre me digo, tienes que estar tranqui... si no, no dormiría porque tendría sueños medio raros, igual poco duermo porque casi, no me da sueño”*. *“Luego en el trabajo ahora ando como volada che, me pagan y no me acuerdo de que me estoy cobrando”*

También existe presencia de sintomatología en síntomas evitativos: *“Para que me voy a acordar de eso, son huevadas, ya fue eso, aparte que si lo pienso mucho me hace sentir re mal, porque me miro en el espejo y me veo re fea y me quiere hacer llorar eso”*.

Además, presenta alteraciones cognitivas y del estado del ánimo: *“Que oso fue porque desde esa vez me convertí en la espanta viejos, fea sin suerte soy, mejor no me acuerdo y listo”* (refiriéndose a que desde esa oportunidad no pudo conseguir pareja a nivel afectivo).

Así mismo, pero en menor medida, existe presencia de sintomatología intrusiva: *“Si me pongo necia a pensar en mi promo sí, me acuerdo de algunas cosas, pero mi psicóloga me ha dicho que tengo que alejar esos pensamientos malos porque después paro ansiosa”*.

Por tanto, queda plasmado que la presencia de sintomatología postraumática es relativamente frecuente, llegando a afectar e interferir negativamente en el funcionamiento de gran parte de las áreas de su vida: *“Todavía sigo yendo donde mi psicóloga porque en la facultad me sentía rara, me decía que estaré haciendo aquí y no quería hablar con nadie, me ponía a oír música o a jugar con el celu (celular), quisiera tener amigos, pero soy poca cosa para eso y chico peor, que oso (vergüenza)”*. Finalmente, E.F refiere que: *“Me ponía a pensar mucho cuando toditos estaban con sus grupitos en el curso hablando en la facultad y me sentía como sonsa, así como volada, me daba miedito pensar que algo me estaba haciendo mal”*. Por lo cual, queda verificada la presencia de sintomatología disociativa con desrealización.

Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2, Forma Reestructurada (MMPI 2 RF), Escala PSY-5

Teniendo en cuenta la puntuación natural obtenida por E.F, (escala por escala) el rango cualitativo que encaja en el rasgo de la personalidad clínica, Agresividad revisada (AGGR-r), es el de “un regular sentimiento de pasividad y agresividad”. Con un puntaje cuantitativo de 45 ($T \geq 65$): *“Cuando me hablan en el trabajo o en la facultad les contesto poquito, me da vergüenza hablar mucho, como en el cole nomas, así callada me siento más segura porque a mí no me tendrían que hablar por fea”*

En el rasgo de la personalidad clínica, Psicoticismo revisado (PSYC-r), el rango cualitativo que obtuvo “Indica diversas experiencias asociadas con alteraciones del pensamiento”. Con un puntaje cuantitativo de 66 ($T \geq 65$), indicando que experimenta procesos de pensamiento inusual y fenómenos perceptuales, sintiéndose ajena a los demás, llegando a manifestar pensamientos poco realistas: *“En el cole me sentía como volada, en la facultad lo mismo,*

como volando, como si los bancos se fueran lejos de mí y en el trabajo me cuelgo, me quedo parada como borracha, así no me dicen nada”

Mientras que, en el rasgo de la personalidad clínica, Impulsividad-revisada (DISC-r), obtuvo como rango cualitativo a “Poca presencia de no ser reservada o conductas de acting out”. Con un puntaje cuantitativo de 40 ($T \leq 39$), indicando un comportamiento reservado: *““Las pastillas para mi TDAH me tienen tranquila, porque si no las tomo ese ratito estoy mal, me vuelvo como un resortito y me da miedo que pase algo feo, me ponía a revisar los perfiles de mis ex compañeras del cole y me pongo a insultarlas en sus post (publicaciones) con una cuenta falsa que tengo, igual después me calmo y me pongo mal por hacerles eso, aunque capaz se lo merecen por andar diciéndome que era una lora”*”.

Por otra parte, en el rasgo de la personalidad clínica, Neuroticismo-revisado (NEGE-r), obtuvo como rango cualitativo a “Puede llegar a reportar experiencias negativas y quejarse en nivel promedio”. Con un puntaje cuantitativo de 48 ($T \geq 65$), indicando que trata de no sentirse agobiada por emociones negativas ya que no le gusta que las personas la juzguen o se metan en su vida privada, puesto que presenta ideas intrusivas, se inhibe y auto sabotea y tiende a auto culparse, llegando a experimentar ansiedad e inseguridad: *“Soy la lora, ojalá hubiera nacido sin esta nariz toda fea y chueca, solitas nomas, no creo que alguien que me aguante, es por mi culpa ser así, mal hecha”*.

Finalmente, el rasgo de la personalidad clínica, Disminución de emociones positivas-revisado (INTR-r), obtuvo como rango cualitativo a “Sentimientos y experiencias en el nivel promedio”, Con un puntaje cuantitativo de 47 ($T \geq 65$) expresando y manifestando en su mayoría vivencias y experiencias negativas: *“La psicóloga me dice siempre que tengo que pensar en las cosas bonitas, intento hacerlo y no me nace, aunque mis pastillas del TDAH me hacen sentir más tranqui, si me descuido después lloro porque comienzo a pensar mucho en lo feo del cole”*.

Cuestionario de Rojas para valorar la ansiedad (CDRVA)

Teniendo en cuenta la puntuación natural obtenida por E.F en el presente cuestionario, el rango cualitativo en el cual encajan sus resultados es el de Ansiedad muy grave (con un puntaje cuantitativo de 55/100). Además, presenta una intensidad Ligera en sintomatología ansiosa Física (14/20). Al consultarle sobre sobre los mismos relata: *“Cuando estoy pensando mucho en lo del cole y como está mi vida ahora, me quedo como sonsa, piensa y piensa sin poder dormirme, en el día se me van las ganas de comer de golpe y siento la boca como seca”*.

Por otra parte, presenta una intensidad sintomatología ansiosa Psíquica a nivel Medio (36/40); menciona que padece de nerviosismo e intranquilidad, lo cual la lleva a tener ataques de pánico y sentirse insegura e inferior a los demás, como si estuviera perdiendo su propia identidad: *“Me iría donde no me digan lora, me siento fea y no quiero que me miren mi cara ni cuando estoy en el trabajo... yo no soy nadie, me da cosita que si no tomo mis pastillas del TDAH capaz me loqueo y hago alguna sonsera a mis ex compañeras”*.

En sintomatología ansiosa de Conducta puntúa en un nivel Leve (17/20), mencionando que: *“Siempre estoy con mi cara de culo porque soy fea y así no me hablan, me siento sonsa, lenta,”*.

Mientras que, en sintomatología ansiosa Cognitiva puntúa en un nivel Alto (48/60), indicando que tiende a tener rumiación, incurriendo en pensamientos pesimistas y fatalistas, con generalización excesiva en términos o palabras, llegando a creer que un cambio radical en su vida es la única forma de cambiar las cosas, además de tener problemas de memoria y concentración: *“Me miran y seguro dicen para que contrataron a esa fea para que atienda, ojalá tuviera plata así me voy donde no me conozca nadie... aquí me hacen sentir sonsa porque siempre me paro olvidando lo que me dicen y se ríen de mí por eso, es mi culpa ser así, mal hecha”*.

Por otra parte, en sintomatología ansiosa Asertiva puntúa en un nivel Medio (22/40), expresando que a veces no sabe que decir ante ciertas personas, tratando de agradar a todos y siguiendo siempre la corriente general, estando muy pendiente de lo que los demás puedan

decir de ella: “Como soy sonsa mejor estoy callada, así no me miran y piensan que soy fea y sonsita”.

PUNTUACIÓN TOTAL				
Puntaje cuantitativo			Rango cualitativo	
55 de 100 puntos totales			Ansiedad muy grave	
PUNTUACIÓN CUANTITATIVA POR SINTOMATOLOGIA ESPECIFICA				
Síntomas Físicos	Síntomas Psíquicos	Síntomas de Conducta	Síntomas Cognitivos	Síntomas Asertivos
14/20	36/40	17/20	48/60	22/40
PUNTUACIÓN CUALITATIVA EN SINTOMATOLOGÍA ESPECIFICA				
Sintomatología a nivel Leve	Sintomatología a nivel Medio	Sintomatología a nivel Leve	Sintomatología a nivel Alto	Sintomatología a nivel Medio

Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

Teniendo en cuenta la puntuación natural obtenida por E.F en el presente inventario, el rango cualitativo en el que encajan sus resultados es el de Depresión Grave (con un puntaje cuantitativo de 33/63). De manera específica, en sintomatología cognitiva afectiva manifiesta presencia de tristeza y llanto, pesimismo, sentimientos de culpabilidad y fracaso, además de autocrítica y disconformidad hacia su persona, incurriendo en pensamientos suicidas: “*Nada me sale bien por como soy, así fea, si pasa algo segurito es mi culpa, ojalá me muriera, pero tengo miedo a morirme... así que solo lloro cuando estoy mal*”.

Por otra parte, en sintomatología somático motivacional indica sentirse desvalorizada, con baja energía y cambios en sus hábitos de sueño, presentando irritabilidad, fatiga y dificultades para concentrarse: “*Soy muy indecisa, ojalá tuviera alguien que me diga que hacer, pero así solita, no tengo ganas de hacer nada y no me gusta sentirme así, sonsita, tan sonsa que ni dormir me sale bien*”.

PUNTUACIÓN TOTAL	
Puntaje cuantitativo	Rango cualitativo
33 de 63 puntos totales	Depresión grave

Escala de autoestima de Coopersmith Adultos

La puntuación natural obtenida por E.F en la presente escala, la sitúa en un rango cualitativo de autoestima total Muy Baja (con un puntaje cuantitativo de 18/21). Además, presenta una Muy Baja autoestima en el área Social (3/3), dando a entender que es una persona que presenta dificultades para establecer sus relaciones interpersonales, ya que la presencia de otros le resulta incómoda, prefiriendo estar sola. Al indagar por medio de preguntas específicas, indica que: *“Siempre fui muy sonsa para hablar con los demás, para no hacer el oso (ridículo) mejor me quedo calladita”*.

Por otra parte, en el área Laboral-Académica presenta una autoestima Normal (3/3), dando a comprender que se siente cómoda ámbito laboral y sus compañeros de trabajo, logrando un rendimiento adecuado: *“Mis compañeros en el trabajo me molestan y se hacen la burla de mi un poco pero medio que me caen bien porque me cubren cuando me siento mal y me dan mi cena en las noches, pero en la facultad es otra cosa, ahí si me siento una sonsa”*.

Mientras que, en el área Hogar, presenta una autoestima Baja (3/3), indicando que sus relaciones familiares no la satisfacen, lo cual genera distanciamiento y escaso compromiso familiar: *“Nunca me entendían y tampoco quería estar con ellos, porque cuando me molestaban en el cole, no decían nada y tampoco les importaba que yo tuviera TDAH”*.

Por tanto, a nivel General, presenta una autoestima Muy Baja (9/11), teniendo predominancia de pensamientos y sentimientos negativos, autoculpándose y reprochándose por su situación actual, dando como consecuencia que se sienta mal consigo misma y con su entorno psicosocial. Motivo por el cual, su autoestima a nivel Total, es Muy Baja (con un puntaje cuantitativo de 18/21).

PUNTAJES CUANTITATIVOS					
Mentira	Social	Laboral-Académica	Hogar	General	Total
1/5	3/3	3/5	3/3	9/11	18/21
RANGO CUALITATIVO					
Resultados interpretables	Muy Baja	Normal	Baja	Muy Baja	Muy Baja

VIII. Síntesis diagnóstica

A partir de los resultados obtenidos mediante la aplicación de los presentes instrumentos se concluye que E.F sufrió de bullying muy constatado, el cual comenzó en el momento que ingresó a su etapa escolar secundaria, al ser cambiada de colegio. Esta situación la acompañó desde su adolescencia, hasta que se graduó y salió bachiller, afectándola a nivel psicosocial, puesto que, con el hostigamiento, el bloqueo social y agresiones que ejercían en su contra, se desarrollaron psicopatologías y trastornos relacionados con su estado anímico, llegando a despreciarse y tener una autoimagen negativa. Además, fue excluida y bloqueada socialmente, por lo cual el estrés que padecía dio lugar a la manifestación de síntomas propios del mismo, cargando hasta el día de hoy las secuelas de ese entonces.

Estas le dejaron un TEPT grave, mismo que afecta a varias áreas de su funcionamiento cotidiano, puesto que la sintomatología que presenta viene hacia ella en forma de pensamientos intrusivos, evitativos y merma su capacidad cognitiva y del estado de ánimo, presentando alteraciones en la activación y reactividad, llegando a manifestar disociaciones y desrealización.

Asimismo, esto puede evidenciarse en sus rasgos de la personalidad, ya que a nivel clínico presenta alteraciones, especialmente en psicoticismo, puesto que manifiesta diversas experiencias asociadas con alteraciones del pensamiento y neuroticismo, con procesos inusuales en su pensamiento y fenómenos perceptuales, sintiéndose ajena a los demás y cargada de emociones negativas, las cuales provocan que se autosabotee.

Siendo esto causal y motivo para la aparición de ansiedad en grado grave, con una sintomatología psíquica y cognitiva muy marcada, además de una depresión grave; por lo cual, su autoestima también se vio afectada.

Por tanto, la interacción entre estas variables remarca que el bullying sufrido durante toda su etapa escolar secundaria fue precursor de la aparición del TEPT en su adolescencia, llegando a instaurarse en sus rasgos de su personalidad y posteriormente manifestarse como ansiedad y depresión, las cuales repercutieron negativamente en su autoestima general, siendo esta muy baja.

5.4 Caso 4

I. Datos personales

Nombre: A.B

Edad: 23 años

Sexo: Femenino

Lugar y fecha de nacimiento: Tja Bolivia - 21/07/2002

Escolaridad: Bachillerato; estudios universitarios en curso

Ocupación: Estudiante

II. Motivo de Consulta

Relata tener pesadillas constantes, sentirse muy fatigada y ansiosa, además de un prolongado malestar estomacal y frecuentes dolores de cabeza.

III. Antecedentes personales

A.B es una joven estudiante de 23 años, nacida en la capital de Tarija; su contextura corporal es delgada, de tez morena y semblante serio. Durante el transcurso de las sesiones, siempre asistió teniendo especial esmero en su vestimenta y apariencia física, vistiendo ropa formal y limpia, denotando un buen cuidado de su autoimagen personal.

Inicia su relato clínico mencionando que recuerda todos los acontecimientos por los cuales pasó en su primera infancia puesto que posee una buena memoria, pero preferiría no tenerla ya que se le dificulta el poder olvidar muchas situaciones que no le son gratas: *“Siempre desde chiquita tenía buena memoria, me acuerdo de todo lo que me dicen y lo que me hacen, por eso me decían que era rencorosa y todavía lo hacen, quisiera no ser así y alejarme de las cosas malas porque las tengo dando vueltas en mi cabeza todo el tiempo”*.

Refiere que sus primeros años estuvieron marcados por peleas familiares: *“Cuando tenía unos 4 años mi papá iba y venía de mi casa, me acuerdo claramente que mi mamá paraba peleando con él por su trabajo, era minero y solo venia cada quince días a vernos y a darnos plata”*.

Menciona que, si bien el dinero nunca fue un problema en su familia, la ausencia paterna conllevó al divorcio de sus padres, situación que la afectó bastante: *“Mi papá no era malo, era serio y estricto, pero nunca me trataba mal o me levantaba la mano y me dolió mucho ya no*

verlo, solo se fue diciendo que iba a trabajar un tiempo más largo en la mina y ya no volvió más, no supe qué fue de su vida hasta que entré a la promoción del colegio, allí me llamó a mi celular y desde esa vez hablamos algún rato”.

Esto generó un quiebre emocional en su madre, la cual la comenzó a tratar fríamente y mostrarle indiferencia por bastante tiempo: “Mi mamá tampoco era muy cariñosa pero no era mala conmigo, pero cuando se fue mi papá se volvió seria, me respondía a todo con un sí o con un no, antes por lo menos me abrazaba cuando se iba a trabajar, pero desde ahí solo me decía ya me voy”. En simultaneo, esa etapa de su vida coincidió con su ingreso al colegio, allí los niños comenzaron a molestarla por no tener a sus dos padres: “En las horas cívicas se dieron cuenta que no iba nadie a verme, porque mi papá no estaba y mi mamá trabajaba”.

Por lo cual, sus compañeros de colegio la comenzaron a aislar y tuvo sus primeros encuentros con el bullying: “Cuando se dieron cuenta de eso, me comenzaron a preguntar por mis papás y decirme que era la huérfana, que vivía en el hogar de niños o que vivía en la calle, que me habían dejado porque nadie me quería por negra, le conté eso a mi mamá y me dijo que no les hiciera caso y que era una tonta por andar dándoles importancia”. Esto le fue generando un sentimiento de vacío y exclusión, por lo cual comenzó a retraerse del resto de niños: “Si yo les hablaba me ignoraban, decían cosas como ¿escuchas algo? Porque yo no; quien será que está hablando, seguro es el duende del hogar de niños y se escapaban riéndose, así que me volví retraída, solo iba a clases, me quedaba en el curso y hacía mis tareas y como me sentaba bien adelante tampoco me molestaban porque la profesora no salía al recreo, se quedaba ahí en el curso”.

Al no tener una figura de autoridad presente, expresa que se aguantaba todo, encerrándose en su cuarto y llorando a escondidas de su madre: “Me había dado cuenta que mi mamá lloraba en su cuarto por las noches porque la escuchaba, así que yo también comencé a llorar en mi cuarto cuando ella no estaba en mi casa, no entendía bien por qué me molestaban y eso me afectaba demasiado, como si no tener papás hubiera sido gracioso”

Así transcurrió todo su ciclo escolar, hasta llegar a su adolescencia e ingresar a la secundaria: “Fue mucho peor, yo comencé a tener muy buenas notas en todas las materias, pero como igual nadie iba a las horas cívicas a verme me decían que seguro era una hija no deseada, una bastarda de mi papá y que por eso se había ido, porque seguro él tenía una aventura con

otra mujer”. Pasó el tiempo y durante un examen vio como sus compañeros se ponían a copiar las respuestas de un examen: *“En literatura se habían robado la hoja de respuestas del profesor, yo los veía copiar a todos en mi curso, se pasaban la hoja con todo anotado y no me aguanté, yo estudiaba siempre y me esforzaba por tener buenas notas porque eso me hacía sentir bien y no iba a dejar que lo único que me hacía feliz lo arruinaran también”*

Por lo cual, no dudó en denunciarlos: *“Fui a ver al profesor en el recreo y le dije que todo el curso se había copiado el examen, según yo, no me había creído, pero cuando volvieron del recreo comenzó a revisar las mochilas diciendo que un pajarito le había dicho que habían copiado el examen”.* Al inicio, se sintió muy feliz, ya que con la requisita se encontró la hoja de respuestas bien escondida en el estuche de uno de sus compañeros, pero a la siguiente clase, el profesor devolvió los exámenes y el único que tuvo buena nota y no fue anulado era el de ella, con lo cual sus compañeros se dieron cuenta de quién los había denunciado: *“Estaba muy feliz, en mi mente me decía que era lo que se merecían, que era lo justo por haber sido siempre tan malos conmigo, pero un grupito, el de los más populares y habladores del curso me espero en el recreo y me dijeron, ¿fuiste vos no?, yo me quede callada y me puse bien roja, ellos con rabia me comenzaron a decir que era una perra, una chismosa, una mosca muerta que se hacia la pobrecita por no tener papás”.* Al escuchar estos comentarios, A.B salió corriendo de su curso, no volviendo al colegio hasta el día siguiente, refiriendo que, a partir desde ese momento, todos comenzaron a molestarla sin parar, en cada uno de los días, hasta que se graduó del colegio: *“Para ellos era la chupamedia de los profesores, la perra abandonada que nadie quería, pero siempre paraba callada y no decía nada, nunca me llegaron a amenazar de pegarme o hacerme algo, solo eran insultos porque les daba miedo que los profesores los mandaran con la directora o llamaran a sus papás; igual el colegio casi ni hacía nada para ayudarme, solo cuando ya era mucho lo que me molestaban si, les decían que una más y era memorándum”.*

A.B menciona que el hecho que más la marcó en el colegio fue una agresión sexual, perpetrada por uno de sus compañeros de curso, durante la fiesta de graduación: *“Fui sola, mi mamá como siempre decía que tenía trabajo y mi papá no pudo llegar a Tarija , no sé ni para que fui porque nadie me quería en el curso, ya a eso de las 12 de la noche fue el brindis y había chicos que estaban bien mareados, ya me estaba por ir porque me aburrí de estar*

sentada y cuando salí a tomar taxi, uno de esos chicos vino por mi espalda, no pude ni verle la cara, solo sentía el olor a alcohol y cigarro, me tapó la boca y me comenzó a manosear los pechos y frotarse contra mi cuerpo, diciéndome que era para que me acuerde que no tenía que ser una perra chismosa, la chupapijas del profesor, me empujó al piso y se fue corriendo, riéndose, yo me quede llorando, nadie vino a ayudarme ni nada, en el radiotaxi me sentía mal, me puse a vomitar y el taxista se enojó pero como yo seguía llorando ya no me dijo nada.

Al llegar a su casa, A.B no sabía si contarle a su madre o no lo que acababa de sucederle, pero prefirió quedarse callada: *“Esto no lo sabe nadie, nunca lo había podido decir, pero nunca quise mostrarme hundida, ni ante mi mamá ni nadie, por eso no cuento mis cosas, no sé cómo hacerlo y no me gusta que me vean así, como inservible”*. A partir de ese momento, indica que su vida sufrió un cambio drástico: *“Comencé a ver a todos mis compañeros con asco, me sentía asquerosa yo, como si fuera de verdad una chupamedias, me daba vergüenza mi cuerpo, me odiaba por ser tan callada y por no haber dicho nada nunca”*. Por lo que en la actualidad indica que sufre de estrés, ansiedad y depresión casi a diario: *“Ahora en la universidad, paro asustada, siento que cualquier cosa me puede pasar si hablo mucho y pienso que ya van a decirme que soy la chupamedias de los docentes, evito un poco esos recuerdos, pero me cuesta.*

Menciona que hace el esfuerzo de ser sociable y salir de sus zonas de confort en todas las áreas de su vida pero aún le es complicado: *“Trato de esforzarme por ser sociable porque estoy en un cargo importante en mi carrera por mis notas, pero siento que me estoy haciendo daño al forzar a hablar, he llegado hasta a comer ladrillo molido, o darme atracones de comida porque me siento sucia y me agito por cualquier cosa, aunque sea algo simple, ya me siento mal, solo quiero desaparecerme porque quizá si es mi culpa por no haber podido hablar y guardarme todo”*.

Finalmente indica que hay momentos en donde siente como si su mundo no fuera más que una fantasía: *“A veces pasa que cuando me miro en el espejo, me doy asco, me vienen imágenes de mi metiéndome con los docentes y eso es algo que no haría jamás, pero eso de que soy chupamedias se me quedó bien marcado, sé que hay chicas que lo hacen y yo me pongo a fantasear un poco con qué pasaría si de verdad lo hago, pero luego siento tanto asco y*

vergüenza que no me reconozco y siento que puedo verme desde afuera de mi cuerpo, desde arriba y pienso que soy una asquerosa y me quedo llorando”.

IV. Antecedentes familiares

La familia de A.B está conformada por su madre y su padre; menciona que la relación con su madre es complicada: *“Desde que mi papá se fue, mi mamá es fría, con los años medio que entiendo por qué ella es así, pero quisiera que por lo menos me preguntara como me está yendo, si me pasa algo o me dijera que está orgullosa de mis logros, para mi mamá es solo almorzar juntas y eso es a veces, porque ella se va a trabajar al hospital y no la veo para nada”.*

Respecto a su padre, (con el cual no convive en su día a día), refiere que su relación es algo distante, al solo poder hablar con él por medio de llamadas de celular, no tiene la confianza para poder contarle sus preocupaciones y problemas: *“Desde que se fue a trabajar en la mina mi papá se esfumó de mi vida por muchos años, cuando yo estaba en la promoción recién fue como que quiso volver a hablarme, mi mamá me pasó su número y el me llamó, nunca tuve el valor para preguntarle porqué se había ido pero me llama al menos una vez al mes para saber cómo estoy y mandarme dinero, pero no es lo mismo, yo quisiera que él estuviera conmigo, me hizo falta muchas veces y me va a hacer falta seguramente más allá”.* Finalmente, en relación a enfermedades o antecedentes psicológicos en su familia, A.B menciona que no existieron o existen casos clínicos de relevancia que ella pueda recordar o que le hayan referido.

V. Observaciones del entrevistador

Se aplicaron tres sesiones de un lapso aproximado de sesenta minutos, si bien, el discurso fue coherente durante el transcurso de las mismas presentó bastantes alteraciones del estado anímico y corporal. En la primera sesión A.B se presentó con muchas ganas de participar, ya que para ella recordar el pasado le era doloroso, pero manifestaba no tener problemas en hacerlo; al realizarle preguntas relacionadas con sus primeros recuerdos y relaciones interpersonales durante su escolaridad, comenzó a reprimirse y cubrir su cuerpo con la mochila que había llevado, como si se tratara de un escudo, no pudiendo levantar la mirada del piso y evitando el contacto ocular a toda costa, además, tuvo alteraciones en la modulación

vocal (voz quebrada, alza del tono vocal y hablar en susurros), suspirando continuamente, pero sin interrumpir su discurso. Al llegar a interrogantes relacionadas a su autopercepción e imagen corporal, comenzó a mostrarse visiblemente agitada, por lo cual fue necesario pausar la sesión para aplicar ejercicios de respiración.

Durante el desarrollo de la segunda sesión, al tocar temas relacionados con su familia y relación con sus compañeros de curso durante su etapa escolar secundaria, presentó breves bloqueos emocionales, no interrumpiendo su discurso, pero manifestando un tic en uno de sus ojos, el cual la hacía parpadear constantemente, puesto que este comenzó a temblar, razón por la cual la sesión se pausó para poder aplicar una vez más ejercicios de respiración, hasta que se la vio más relajada y se continuo sin mayores inconvenientes.

Finalmente, en el transcurso de la sesión número tres, al llegar al cierre de la misma, A.B tuvo un quiebre emocional bastante fuerte al tocar temas relacionados con los últimos años de su escolaridad y acontecimientos que marcaron su vida. Este se manifestó con presencia de sintomatología ansiosa, motivo por el cual se aplicó contención emocional, ya que presentó ataques de llanto, hiperventilación y mareos.

VI. Instrumentos utilizados

- Cuestionario/autoinforme (AVE) Acoso y violencia escolar
- Escala EGEP-5 Evaluación Global del Estrés Postraumático
- Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2, Forma Reestructurada (MMPI 2 RF), Escala PSY-5
- Cuestionario de Rojas para valorar la ansiedad (CDRVA)
- Inventario de depresión de Beck (BDI-II)
- Escala de autoestima de Coopersmith (CSEI Adultos)

VII. Análisis e interpretación de los resultados

Cuestionario/autoinforme (AVE) Acoso y violencia escolar

Según los datos recopilados y proporcionados por A.B (en el cuestionario/autoinforme AVE), se confirma que sufrió de acoso escolar (bullying) se confirma que sufrió a nivel general de acoso escolar (bullying) muy constatado a nivel global, PC:99, con una intensidad de P.C: 99. Mientras, que a nivel específico, durante su etapa escolar secundaria, presentó afectación muy

constatada en las áreas de: Bloqueo social. Mientras que, sufrió de acoso bien constatado en el área de: Hostigamiento, Intimidación y Exclusión social. Además, sufrió de acoso constatado en el área de: Manipulación social y Agresiones. Por otra parte, no hay constancia de que haya sufrido de acoso en el área de: Amenazas y Coacciones.

ESCALAS DE ACOSO							
Hostigamiento	Intimidación	Amenazas	Coacciones	Bloqueo social	Exclusión social	Manipulación social	Agresiones
PUNTAJE DIRECTO							
7	1	0	0	3	3	3	3
PERCENTIL							
95	95	0	0	99	95	80	80
Acoso bien constatado	Acoso bien constatado	Acoso sin constatar	Acoso sin constatar	Acoso muy constatado	Acoso bien constatado	Acoso constatado	Acoso constatado

En la escala Hostigamiento se confirma que sufrió de bullying bien constatado, con un puntaje directo de siete y un percentil de 95, el cual se manifestó en faltas de respeto, en el desprecio y falta de consideración hacia su dignidad como persona.

De similar modo, en la escala de Intimidación, se confirma que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje directo de uno y un percentil de 95, mismo que se manifestó en conductas hacia su persona de persecución, amedrentamiento y consumo emocional, buscándole inducirle miedo.

Por otra parte, las escalas de Amenazas y Coacciones no se puntúan en este caso, puesto que el bullying que A.B recibió no tuvo presencia de las mismas, ya que no fue sometida y doblegada para brindarles beneficios a sus agresores, al igual que no existió presencia de amilanamiento físico o extorción contra su familia.

La escala Bloqueo Social, confirma que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje directo de tres y un percentil de 99, mismo que se presentó en conductas que aislamiento social y marginación impuesta hacia su persona.

Respecto a la escala de Exclusión Social, se evidencia que sufrió de bullying bien constatado, con un puntaje directo de tres y un percentil de 95, el cual se manifestaba en conductas que la excluían de actividades, siendo menospreciada y aislada, generando un vacío social.

En la escala de Manipulación Social, se confirma que existió la presencia de bullying constatado hacia su persona que generaban una distorsión de su imagen social en sus pares, con un puntaje directo de tres y un percentil de 80.

La escala Agresiones, confirma que existió la presencia de bullying constatado hacia su persona, con la presencia de agresión verbal y psicológica, con un puntaje directo de tres y un percentil de 80.

En complementación, el cuestionario/autoinforme AVE, posee ocho escalas clínicas, las cuales son consecuencias directas del bullying sufrido y evalúan diversas psicopatologías que llegaron a afectar a A.B durante su etapa escolar, constatando que sufrió de: Ansiedad, Estrés Postraumático, Distimia, Disminución de Autoestima, Flashbacks, Somatización, Autoimagen Negativa y Autodesprecio.

ESCALAS CLÍNICAS							
Ansiedad	Estrés Postraumático	Distimia	Disminución de Autoestima	Flashbacks	Somatización	Autoimagen Negativa	Autodesprecio
PUNTAJE DIRECTO							
8	13	11	12	3	7	10	8
PERCENTIL							
99	99	99	99	95	99	99	99
Muy Constatada	Muy constatado	Muy Constatada	Muy constatada	Bien Constatado	Muy Constatada	Muy Constatada	Muy constatado

La escala clínica Ansiedad, con un puntaje directo de ocho y un percentil de 99, constata que A.B tuvo presencia de sintomatología propia para este trastorno, en sus dimensiones físicas, cognitivas y asertivas; ya que, mientras más ansiosa se sintiese en sus años escolares, más alta era la probabilidad de ser percibida por sus compañeros como vulnerable y, por tanto, mayor fue el bullying que recibió en su diario vivir.

Por otra parte, la escala clínica Estrés Postraumático, con un puntaje directo de trece y un percentil de 99, constata que existió la presencia de sintomatología propia de este trastorno relacionada con acontecimientos vividos en el ámbito escolar como ser la hipervigilancia, el aislamiento social, la hipersensibilidad a la crítica y la invasión de visualizaciones recurrentes.

La escala clínica sobre Distimia, con un puntaje directo de once y un percentil de 99, constata que existió la presencia de sintomatología relacionada con la misma, presente en forma de

cambios de humor bruscos, tristeza, desesperanza y retraimiento social, más un estado anímico depresivo.

De similar modo, la escala clínica, Disminución de autoestima, con un puntaje directo de doce y un percentil de 99, constata que la misma fue mermada, debido al bullying e insultos que sufría, las agresiones y la exclusión social.

La escala clínica Flashbacks, con un puntaje directo de tres y un percentil de 95, constata que existió la presencia de episodios traumáticos, que repercutieron en la aparición del síndrome de estrés postraumático al ser un trauma no digerible para ella durante su niñez y adolescencia, manifestándose en imágenes, sensaciones o recuerdos no deseados, además de pesadillas y disociación de recuerdos.

Respecto a la escala clínica Somatización, con un puntaje directo de siete y un percentil de 99, constata que existió manifestación física de síntomas psicósomáticos en el cuerpo de A.B, producto del bullying sufrido.

Sobre la escala clínica, Autoimagen Negativa, con un puntaje directo de diez y un percentil de 99, constata que existió la presencia de cambios importantes su autopercepción, ya que las humillaciones y vejaciones le hacían creer ser merecedora de todo lo que le estaba pasando.

La escala clínica, Autodesprecio, con un puntaje directo de ocho y un percentil de 99, constata que producto del bullying sufrido, existió una alteración en su autoimagen, poniendo en evidencia actitudes de odio y desprecio hacia sí misma, e ideación suicida.

Concluyendo, en base a lo anteriormente mencionado, se confirma que A.B sufrió de bullying muy constatado en el área de: Bloqueo social. Mientras que, sufrió de acoso bien constatado en el área de: Hostigamiento, Intimidación y Exclusión social. Además, sufrió de acoso constatado en el área de: Manipulación social y Agresiones. Por otra parte, no hay constancia de que haya sufrido de acoso en el área de: Amenazas y Coacciones, durante la gran parte de su vida colegial, de forma continua y repetitiva.

Además de constatar que existió presencia de: Ansiedad, Estrés Postraumático, Distimia, Disminución de Autoestima, Flashbacks, Somatización, Autoimagen Negativa y Autodesprecio, dejándole secuelas y daños psicológicos a largo plazo.

Escala EGEP-5 Evaluación Global del Estrés Postraumático

- Caracterización de la experiencia traumática

A.B indicó haber sufrido dos acontecimientos traumáticos, el primero mencionado es el de ataque sexual en la fiesta de graduación de su etapa escolar y el segundo es bullying, que es el que le genera malestar en la actualidad, puesto que lo considera como el origen de todos sus males. Este inicio durante su etapa escolar y lo valoró como de gravedad grave, viviéndolo con miedo e indefensión, puesto que ocurría en varias ocasiones. Este acontecimiento implicó escenas desagradables y amenazas para su dignidad y honor.

- Cumplimiento de los criterios de TEPT

A.B cumple el criterio A del DSM 5, puesto que ha experimentado un acontecimiento traumático del que haya transcurrido más de un mes, también se cumplen los criterios referidos a la presencia de sintomatología postraumática (B, C, D, E, F), ya que presenta 3/5 Síntomas intrusivos; 2/2 de Evitación, 6/7 de Alteraciones cognitivas y del estado del ánimo y 5/6 de Alteraciones en la activación y reactividad. El criterio F de duración también se cumple, puesto que indica que experimenta los problemas desde hace más de tres meses. Además, cumple con el criterio G, referido a Funcionamiento, porque presenta alteración en 4/7 áreas de funcionamiento en su diario vivir.

Por tanto, en base a la información anterior, se puede concluir que A.B cumple con todos los criterios para considerar que presenta TEPT. Además, ha puntuado afirmativamente los ítems 47, 48 y 49, mismos que son indicadores de TEPT con síntomas disociativos en despersonalización y desrealización.

CRITERIOS SEGÚN EL EGEP 5				
I	E	C	A	F
3/5	2/2	6/7	5/6	4/7
CRITERIOS SEGÚN EL DSM 5				
B	C	D	E	G
3/5	2/2	6/7	5/6	4/7

- Valoración normativa

Cuando se comparan las puntuaciones de A.B en las escalas de síntomas, con los baremos normativos de corrección, se observa que la mayoría de sus puntuaciones se sitúan en niveles

altos, lo cual indica una intensidad esperable en relación con su sintomatología postraumática, dada la intensidad del bullying que sufrió, prestando niveles altos y dando especial atención en Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (C), PC: 98, Alteraciones en la activación y la reactividad (A), PC: 95, Síntomas Evitativos (E), donde se da un puntaje de PC:90. La única excepción se observa en Síntomas intrusivos, con un nivel medio-bajo (I), PC: 40. Esta sintomatología actual altera a su Funcionamiento cotidiano (F), con un nivel de afectación alto, PC: 95. Por lo cual, su puntaje total es de P.C: 98, calificando como TEPT de gravedad alta.

PUNTAJE DIRECTO					
I	E	C	A	F	Total
7/20	7/8	24/28	15/24	4/7	61
PERCENTILES					
I	E	C	A	F	Total
40	90	98	90	75	98

- Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos en la evaluación realizada a A.B, se concluye que presenta un TEPT de gravedad alta, a raíz del bullying sufrido durante su etapa escolar, tal como ella refiere al resumir su experiencia durante sus años en el colegio: *“En el colegio sufría de bullying porque solía ser bastante callada y me llegaban a excluir y molestar por ese motivo”*.

Dentro de su sintomatología postraumática parece especialmente relevante la referida en alteraciones cognitivas y del estado de ánimo: *“solo quisiera desaparecerme porque quizá si es mi culpa por no haber podido hablar y guardarme todo”*. También existe presencia de sintomatología en alteraciones en la activación y reactividad, puesto que indica que: *“Ahora en la universidad, paro asustada, siento que cualquier cosa me puede pasar si hablo mucho”*.

Además, presenta sintomatología y pensamientos evitativos: *“Pienso que ya van a decirme que soy la chupamedias de los docentes, evito un poco acordarme de eso, pero me cuesta”*.

Así mismo, pero en menor medida, existe presencia de sintomatología intrusiva: *“Me siento sucia y me agito por cualquier cosa, aunque sea algo simple, ya me siento mal, solo quisiera desaparecerme”*.

Por tanto, queda plasmado que la presencia de sintomatología postraumática es muy frecuente, llegando a afectar e interferir negativamente en el funcionamiento de gran parte de las áreas de su vida: *“Trato de esforzarme por ser sociable porque estoy en un cargo importante en mi carrera por mis notas, pero siento que me estoy haciendo daño al forzarme a hablar”*. Finalmente, A.B refiere que: *“A veces pasa que cuando me miro en el espejo, me doy asco, me vienen imágenes de mi metiéndome con los docentes y eso es algo que no haría jamás, pero eso de que soy chupamedias se me quedó bien marcado, sé que hay chicas que lo hacen y yo me pongo a fantasear un poco con qué pasaría si de verdad lo hago, pero luego siento tanto asco y vergüenza que no me reconozco, y siento que puedo verme desde afuera de mi cuerpo, desde arriba y pienso que soy una asquerosa y me quedo llorando”*. Por lo cual, queda verificada la presencia de sintomatología disociativa con despersonalización y desrealización.

Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2, Forma Reestructurada (MMPI 2 RF), Escala PSY-5

Teniendo en cuenta la puntuación natural obtenida por A.B, (escala por escala) el rango cualitativo que encaja en el rasgo de la personalidad clínica, Agresividad revisada (AGGR-r), es el de *“Indica un sentimiento regular de pasividad y agresividad”*. Con un puntaje cuantitativo de 49 ($T \geq 65$), denotando que por lo general suele ser sumisa y pasiva a nivel interpersonal, pero hay momentos en donde puede volverse asertiva y dominante: *“No me tengo la confianza para hablar y mandar, me da miedo que piensen que aparte de chupamedias sea antipática y mandona, aunque me sacan de mis casillas y ahí si exploto... me fuerzo a ser fuerte y me termino lastimando porque no me gusta ser así”*.

En el rasgo de la personalidad clínica, Psicoticismo revisado (PSYC-r), el rango cualitativo que obtuvo *“Indica diversas experiencias asociadas con alteraciones del pensamiento”*. Con un puntaje cuantitativo de 89 ($T \geq 65$), indicando que experimenta procesos de pensamiento inusual y fenómenos perceptuales, sintiéndose ajena a los demás, llegando a manifestar pensamientos poco realistas: *“Eso de verme en el espejo es lo que más miedo, pero también más curiosidad me da, me desconozco ahí, me siento asqueada por imaginarme cosas feas, pero también me atrae saber si todo lo que decían de mi puede ser cierto, no sé si viste esa serie de 100 años de soledad, pero yo a veces cuando como ladrillo molido, así en polvo me siento bien, se siente rico, como cuando llueve y queda el olor de tierra húmeda”*.

Mientras que, en el rasgo de la personalidad clínica, Impulsividad-revisada (DISC-r), obtuvo como rango cualitativo a “Poca presencia de no ser reservada o conductas de acting out”. Con un puntaje cuantitativo de 54 ($T \geq 65$), indicando un comportamiento reservado: *“Desde el colegio nunca me gusta estar cerca de las personas y es mejor, porque me guardo mis cosas como no tengo con quien hablarlas, tengo que ser fuerte para que no me vean mal, a mí no me pueden ver así, más en el cargo en el que estoy”*.

Por otra parte, en el rasgo de la personalidad clínica, Neuroticismo-revisado (NEGE-r), obtuvo como rango cualitativo a “Experiencia de emociones negativas, autocrítica, propensa a culparse, presentando ideas intrusivas”. Con un puntaje cuantitativo de 84 ($T \geq 65$), indicando que trata de no sentirse agobiada por emociones negativas ya que no le gusta que las personas la juzguen o se metan en su vida privada, puesto que presenta ideas intrusivas, se inhibe y auto sabotea y tiende a auto culparse, llegando a experimentar ansiedad e inseguridad: *“Sobre todo cuando algo no me sale bien... para mí si es como morirme, no tengo que fallar porque si no me van a querer criticar, pero a veces me pasa que de tanto estar pensando en cómo voy a dirigir y no verme como chupamedias me vienen pensamientos raros, como esos que te dije antes con los docentes y hasta con algunos compañeros”*.

Finalmente, el rasgo de la personalidad clínica, Disminución de emociones positivas-revisado (INTR-r), obtuvo como rango cualitativo a “Sentimientos y experiencias en el nivel promedio”, Con un puntaje cuantitativo de 50 ($T \geq 65$) expresando y manifestando en su mayoría vivencias y experiencias negativas, pero no cerrándose a la posibilidad de experimentar emociones positivas y tener intereses propios: *“Aunque no me gusta forzarme a ser sociable, se siente bien cuando te tratan bonito por el esfuerzo, por eso me gusta tener notas altas pero siempre me pongo a pensar que pasaría si llego a fallar y me pone depresiva”*.

Cuestionario de Rojas para valorar la ansiedad (CDRVA)

Teniendo en cuenta la puntuación natural obtenida por A.B en el presente cuestionario, el rango cualitativo en el cual encajan sus resultados es el de Ansiedad muy grave (con un puntaje cuantitativo de 82/100). Además, presenta una intensidad Leve en sintomatología ansiosa Física (15/20). Al consultarle sobre los mismos relata: *“Por eso del ladrillo si... siento mi estómago pesado y me dan náuseas y quiero vomitar, pero es más que nada diarrea,*

sé que estoy arruinando mi cuerpo, pero el olor y el sabor del polvo es rico, igual lo hago rara vez, es mi gusto”.

Por otra parte, presenta una intensidad sintomatología ansiosa Psíquica a nivel alto (55/60); menciona que padece de nerviosismo e intranquilidad, lo cual la lleva a tener ataques de pánico y sentirse insegura e inferior a los demás, como si estuviera perdiendo su propia identidad y sentirse vacía: *“Siento que haga lo que haga nunca voy a lograr estar feliz, así me saque 100 en todo, nadie me felicita o me dice cosas bonitas, tengo ganas de renunciar a todo y estar como en el colegio, callada sin llamar la atención porque qué pasaría si de nuevo me comienzan a molestar, ya estoy muy cansada de esforzarme por algo que no soy”.*

En sintomatología ansiosa de Conducta puntúa en un nivel Alto (43/60), mencionando que: *“Cuando estoy bien estresada me quedo bloqueada, el ruido me molesta mucho, desde que era niña es así, me hace sobresaltar y no me gusta que me vean molesta, con el ceño fruncido”*

Mientras que, en sintomatología ansiosa Cognitiva puntúa en un nivel Alto (59/60), indicando que tiende a tener rumiación, incurriendo en pensamientos pesimistas y fatalistas, con generalización excesiva en términos o palabras, llegando a creer que un cambio radical en su vida es la única forma de cambiar las cosas: *“No tengo recuerdos bonitos con mi familia y en el colegio solo tengo la satisfacción de mis notas, pero solo era yo la que se alegraba, soy una inútil que si se descuida arruinara todo”.*

Por otra parte, en sintomatología ansiosa Asertiva puntúa en un nivel Alto (52/60), expresando que le es difícil el poder decirle “no” a las personas cuando le piden algo, tratando de parecer agradable ante todas las personas, estando muy pendiente de lo que los demás puedan decir de ella: *“Nunca puedo negarme a ayudar a los de mi carrera, aunque me lastimo sola al hacerlo porque sé que me estoy forzando a ser algo que no soy, cada que les hablo me da vergüenza y pienso que ya arruine todo al decir algo que no era, quisiera que al menos por ayudarlos me digan que lo hice bien aunque me da vergüenza decirles que sean más agradecidos con eso”.*

PUNTUACIÓN TOTAL	
Puntaje cuantitativo	Rango cualitativo
82 de 100 puntos totales	Ansiedad muy grave
PUNTUACIÓN CUANTITATIVA POR SINTOMATOLOGIA ESPECIFICA	

Síntomas Físicos	Síntomas Psíquicos	Síntomas de Conducta	Síntomas Cognitivos	Síntomas Asertivos
15/20	55/60	43/60	59/60	52/60
PUNTUACIÓN CUALITATIVA EN SINTOMATOLOGÍA ESPECIFICA				
Sintomatología a nivel Leve	Sintomatología a nivel Alto	Sintomatología a nivel Alto	Sintomatología a nivel Alto	Sintomatología a nivel Alto

Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

Teniendo en cuenta la puntuación natural obtenida por A.B en el presente inventario, el rango cualitativo en el que encajan sus resultados es el de Depresión Grave (con un puntaje cuantitativo de 31/63). De manera específica, en sintomatología cognitiva afectiva manifiesta presencia de tristeza y llanto, pesimismo, sentimientos de culpabilidad y fracaso, además de autocrítica y disconformidad hacia su persona, incurriendo en pensamientos suicidas: *“No me veo bien en el futuro, me dan esas ideas de que solo siendo una chupamedias se puede lograr algo, creo que es el castigo que me autoimpongo por no poder contar mis cosas y me quedo llorando en las noches al pensar que no estoy avanzando aunque me estoy matando con mis notas, soy la única culpable de mis fracasos, quizá si me muriese ahí recién dirían, ella fue la mejor”*.

Por otra parte, en sintomatología somático motivacional indica sentirse desvalorizada, con baja energía y cambios en sus hábitos de sueño, presentando irritabilidad, fatiga y cambios en su apetito: *“Hay días que el sueño no me llega y cuando me llega ya es de mañana y me termino durmiendo más horas de las que quisiera, eso me hace despertarme enojada y me desquito con la comida, como más de la cuenta y eso me hace sentir pesada, floja, una sucia que es inútil e incapaz”*.

PUNTUACIÓN TOTAL	
Puntaje cuantitativo	Rango cualitativo
31 de 63 puntos totales	Depresión grave

Escala de autoestima de Coopersmith Adultos

La puntuación natural obtenida por A.B en la presente escala, la sitúa en un rango cualitativo de autoestima total Muy Baja (con un puntaje cuantitativo de 15/21). Además, presenta una

Muy Baja autoestima en el área Social (1/3), dando a entender que es una persona que presenta dificultades para establecer sus relaciones interpersonales, ya que la presencia de otros le resulta incómoda, prefiriendo estar sola. Al indagar por medio de preguntas específicas, indica que: *“De poder elegir, preferiría estar sola, no me gusta el ruido de la gente ni como me miran, no me gusta estar pendiendo de fingir cosas que no soy por agradecerles porque me lastimo sola al hacerlo”*.

Por otra parte, en el área Laboral-Académica presenta una autoestima Baja (2/2), dando a entender que se siente rechazada y descontenta en su ámbito académico – laboral, puesto que no se siente a gusto con la institución académica a la que pertenece, ya que aunque se esfuerce no consigue los resultados que ella desea: *“Quiero renunciar a mi puesto, porque no reconocen mi esfuerzo y tampoco me siento cómoda con ello, aunque tampoco quiero resaltar mucho porque me da miedo que se vuelva como en el colegio y me digan cosas... yo creo que ya lo hacen”*.

Mientras que, en el área Hogar, presenta una autoestima Baja (3/3), indicando que se siente que sus relaciones familiares no la satisfacen, generándole un distanciamiento y escaso compromiso familiar: *“No sirve de mucho que no pueda ver a mis papás, desde el colegio no estuvieron para mí y ahora que los necesito con más fuerza, tampoco están, solo con darme dinero no basta, yo quiero que me acompañen porque no tengo con quien hablar de mis cosas”*.

A nivel General, presenta una autoestima Muy Baja (7/11), teniendo predominancia de pensamientos y sentimientos negativos, autoculpándose y reprochándose por su situación actual, dando como consecuencia que se sienta mal consigo misma y con su entorno académico laboral. Motivo por el cual, su autoestima a nivel Total, es Muy Baja (con un puntaje cuantitativo de 13/21).

PUNTAJES CUANTITATIVOS					
Mentira	Social	Laboral-Académica	Hogar	General	Total
1/5	2/3	2/2	3/3	7/11	14/21
RANGO CUALITATIVO					
Resultados interpretables	Muy Baja	Baja	Baja	Muy Baja	Muy Baja

VIII. Síntesis diagnóstica

A partir de los resultados obtenidos mediante la aplicación de los presentes instrumentos se concluye que A.B sufrió de bullying muy constatado, el cual comenzó al momento en el que ingreso al colegio e inicio su vida escolar. Esta situación la acompañó desde su infancia, hasta bien entrada su adolescencia, afectándola a nivel psicosocial, puesto que por el hostigamiento, intimidación y exclusión social que ejercían en su contra, se desarrollaron psicopatologías y trastornos relacionados con su estado anímico, llegando despreciarse y tener una autoimagen negativa. Además, fue agredida y manipularon a su entorno social para que no interactuaran con ella, por lo cual el estrés que padecía dio lugar a somatización de síntomas, cargando hasta el día de hoy secuelas de ese entonces.

Estas secuelas le dejaron un TEPT grave, mismo que afecta a varias áreas de su funcionamiento cotidiano, puesto que la sintomatología que presenta se manifiesta en forma de alteraciones cognitivas y de su estado de ánimo, además de síntomas evitativos, presentando alteraciones en su activación y reactividad, llegando a manifestar disociaciones y desrealización.

Asimismo, esto puede evidenciarse en sus rasgos de la personalidad, ya que a nivel clínico presenta alteraciones, especialmente en psicoticismo y neuroticismo, puesto que manifiesta diversas experiencias asociadas con alteraciones del pensamiento, con procesos inusuales en su pensamiento y fenómenos perceptuales, sintiéndose ajena a los demás, al tener presencia marcada de ideas negativas, siendo muy autocrítica hacia sí misma, culpándose y auto saboteándose si las cosas no salen como ella quiere.

Siento todo esto causal y motivo para la aparición de ansiedad en grado muy grave, con una sintomatología asertiva, cognitiva y psíquica muy marcada, además de una depresión grave; por lo cual, su autoestima también se vio afectada, siendo esta, a nivel total, muy baja.

Concluyendo que, la interacción entre estas variables remarca que el bullying sufrido durante toda su etapa escolar fue precursor de la aparición del TEPT en su adolescencia, llegando a instaurarse en los rasgos de su personalidad y posteriormente manifestarse como ansiedad y depresión, las cuales repercutieron negativamente en su autoestima general.

5.5 Caso 5

I. Datos personales

Nombre: P.Q

Edad: 19 años

Sexo: Femenino

Lugar y fecha de nacimiento: Tja Bolivia - 13/02/2006

Escolaridad: Bachillerato; estudios universitarios en curso

Ocupación: Estudiante

II. Motivo de Consulta

Refiere tener constantes sentimientos de culpa y malestar corporal en general, además de crisis de ansiedad y sentirse deprimida la mayor parte del tiempo.

III. Antecedentes personales

P.Q es una joven estudiante de 19 años, nacida en la provincia de Méndez -Tarija; su textura corporal es delgada, de tez sumamente pálida y semblante inexpresivo. Durante el transcurso de las sesiones, siempre mantuvo un especial esmero en su vestimenta y apariencia física, vistiendo ropa muy informal, holgada y limpia, denotando un cuidado minucioso de su autoimagen personal.

Inicia su relato clínico mencionando que su relación con su madre y padre, así como su escolaridad tuvieron dos etapas, la primera abarcando toda su niñez hasta entrada su adolescencia: *“Cuando era niña todo era felicidad con mis papás, ellos siempre estaban en mi casa y ayudaban a mis vecinos con sus cultivos, los dos son ingenieros agrónomos y mi casa está en el campo, así que yo tenía animalitos y ellos me ayudaban a criarlos”*. Indica que cuando tuvo 5 años la inscribieron al colegio y a ella no le gustó para nada la idea de tener que irse de casa para asistir al mismo: *“No quería ir, no quería dejar a mis animalitos, pero mis papás me dijeron que los iban a cuidar así que tuve que ir a pasar clases a regañadientes, por suerte, el colegio estaba a la vuelta de mi casa”*. Ya dentro del colegio expresa que su convivencia con sus compañeros y profesores, durante todo el nivel básico fue muy buena y pasó sin problemas, teniendo gratos recuerdos de la misma: *“Éramos solo niños de la comunidad, nos conocíamos todos y como mis papás ayudaban a los de ellos con sus cultivos,*

a mí me trataban de lo mejor, todos salíamos a jugar juntos y los profesores eran bastante amables”.

Pero, al llegar su adolescencia tuvo que cambiarse de colegio, puesto que al que había asistido antes no tenía la modalidad de secundaria, en esta nueva institución educativa las cosas fueron muy distintas, y allí comenzó lo que en sus propias palabras refiere como su segunda etapa: *“Todos nos tuvimos que cambiar a otro colegio, uno que estaba más lejos y mis papás tenían que llevarme en bicicleta cada mañana, al principio parecía todo normal, nosotros seguíamos jugando entre los que nos conocíamos, pero habían otros niños que de niños no tenían nada, ya eran mayores, porque ese colegio mezclaba a todos en un mismo curso”.* Fue precisamente con estos, los que tuvo su primer acercamiento con el bullying: *“A los días de llegar al colegio nos llevaron aparte a mis amigos y a mí y nos dijeron que les teníamos que dar nuestro recreo, no sabíamos que hacer, si darles o no, mis amigos les dieron sin dudarlo, algo presentían”.*

P.Q menciona que lo siguiente que recuerda es que la comenzaron a golpear, mientras sus amigos la miraban sin hacer nada: *“Me agarraron del cabello y me comenzaron a pegar en el estómago, me puse a llorar porque nunca en mi vida nadie me había pegado, mis amigos se fueron a llamar al profesor, pero cuando vino solo les dijo que no se jugaba así y se fue, me dejaron ahí en el piso, botada, fue un duro golpe para mí, algo que me voy a acordar de por vida.”.*

Desde ese momento, la situación se repitió cada día: *“Me pegaban por todo, no les importaba que yo fuera una chica, hasta me pegaban en los pechos y me decían que era una perra, y nadie hacía nada, ni el portero, ni el profesor, ni nadie, les reclamé a mis amigos por qué no me ayudaban cuando me pegaban, pero me decían que tenían miedo de que les hagan lo mismo”.* Ya no soportando esa situación, P.Q decidió contarles a sus padres por lo que estaba atravesando: *“Les dije en la hora del almuerzo que me golpeaban, que me ponían apodos bien feos y me insultaban todo el tiempo, pero ellos me dijeron que a esas personas se las tenía que perdonar, mis papás eran muy religiosos, pero claro, ellos no tenían que recibir esos golpes”.*

Sin embargo, decidió seguir el consejo de sus padres y les dijo a sus abusadores que, aunque la golpearan, ella los perdonaba por todo: *“Todavía seguía siendo muy inocente, les dije lo que mis papás me habían dicho y ellos se mataron de risa y me dijeron que ellos no creían en*

nada, así que me siguieron pegando". Llena de frustración y dudas volvió a comentarle su situación a sus padres y le dijeron que no se podía hacer nada, solo quedaba aguantar y tener fe: *"Eso me quebró un poco más, a partir de ese día me alejé de mis amigos, nunca me defendieron ni me ayudaron y mis papás tampoco, aunque me veían con moretones a veces, solo me decían y repetían lo mismo, que tenía que aguantar, así que me comencé a escapar del colegio"*.

Esto generó que los agresores la siguieran hasta incluso fuera del colegio, buscándola hasta interceptarla: *"Me comenzaron a insultar diciéndome que era una perra y que me tenían que educar, llegando a decirme que iban a ir a tirar piedras a mi casa y matar a mis animalitos, yo me escapé corriendo hasta mi casa, me sentía tan mal que agarre un cuchillo de la mesa y les dije a mis papás que estaban allí porque ya casi era hora del almuerzo que si no hacían algo me iba a matar delante de ellos"*.

Ver a su hija en ese estado los motivó a ir al colegio al día siguiente a hablar con el director: *"El director también era el profesor que nunca hacía nada, aunque me pegaran delante de él, les dijo a mis papás que solo estábamos jugando y que no se preocuparan, que él iba a hablar con los chicos"*.

Al oír eso, sus padres decidieron retirarse a su casa a trabajar en sus cultivos, sintiéndose más tranquilos: *"Me dijeron que las cosas iban a cambiar, pero yo no les creía, y ese mismo día, aparte de que me golpeaban, me siguieron hasta el baño y querían que hiciera mis necesidades delante de ellos, diciéndome que a las perras no les tenía que importar hacer delante de los hombres, me quede aterrada al oír decirles eso, así que me escapé llorando y corrí hasta mi casa, este colegio no estaba cerca, pero aun así tanto era el miedo que corrí todo el camino"*. Cuando llegó a su casa, lo primero que hizo fue hablar con su mamá sobre lo que había pasado: *"Le conté todo, mi mamá estaba aterrada, creo que allí al fin se dio cuenta de la irresponsabilidad que habían hecho y se fue a buscar a mi papá que estaba trabajando en una finca al lado de mi casa"*. Tras este suceso, sus padres decidieron cambiarla de colegio: *"Mi papá me llamó para hablarme cuando mi mamá le contó todo, se disculpó conmigo, ambos lo hicieron, pero yo ya no creía nada, no quería saber nada, desde ese día ya no volví a hablar con mis papás de la misma manera que solía hacerlo ni verlos como antes"*.

Aproximadamente dos semanas después, P.Q fue transferida a un colegio privado del área urbana: *“Me cambiaron al mejor colegio que pudieron pagar en la ciudad, quizá era su forma de disculparse, pero yo no podía procesar como me habían hecho aguantar tanto por una creencia estúpida”*.

A modo de cierre de esta etapa de su vida menciona que: *“Tenía que levantarme bastante temprano y tomar dos micros para llegar al centro, porque mis padres tenían que trabajar y no podían llevarme, pero no me importaba, en este colegio ya no tuve ni quise hacer amigos, porque desde que me pegaban todos los días en los recreos hasta delante de los profesores ya no pude volver a creerle a nadie ni querer volver a tener un grupo de amigos, no quiero saber nada de la gente, es muy falsa”*.

En la actualidad, tras ya haberse graduado del colegio sin mayores inconvenientes ni problemas, menciona que su vida ha quedado marcada para siempre, producto del bullying sufrido contra su persona: *“Lo malo del campo es eso, todos se conocen y no puedo evitar estremecerme cada que vuelvo a recordar a esos dos, sobre todo al más abusivo, grandote y bruto, que no le importaba lastimar a los demás con tal de conseguir lo que quería, ahora hasta el ladrido del perro más chico o escuchar a las gallinas cacarear me hace latir fuerte el corazón, sé que debo parecer una cobarde, pero que me lance la primera piedra al que le hayan hecho lo mismo que a mí”*.

Indica que actualmente asiste a terapia psicológica, sin embargo: *“Ya ni yendo donde mi psicólogo me siento bien, ni tomándome el trago del valor de singani como decía mi papá, solo quiero que todo desaparezca y estar por fin tranquila, porque cuando vuelvo a mi casa, aunque sé que ya no viven ahí, prefiero irme a dar la vuelta al manzano entero para no ver sus casas ni a sus familias de esos dos abusadores, nunca les hicieron nada y eso me pone triste, por esa razón comencé a leer mucho, sobre todo poesía y estoy estudiando derecho, para algún momento, poder ayudar a las víctimas del bullying, que así como a mí, nadie escuchó ni escuchan”*.

IV. Antecedentes familiares

La familia de P.Q está conformada por su madre y padre, siendo ella la única hija, sin embargo, por temas de trabajo, sus padres viajan constantemente, por lo cual ella solo puede compartir tiempo con uno de ellos a la vez. Refiriendo, que su relación con ambos, tanto padre

como padre está quebrada de forma irreparable: *“Desde esos días ya nada fue lo mismo, no les tengo confianza y sé que ellos se sienten culpables, pero yo no los quiero perdonar, se me es imposible hacerlo porque precisamente por el perdón que se suponía que yo tenía que otorgarles a mis agresores me pasó todo esto, es una total ironía”*.

Luego de comentar esto, P.Q manifestó ya no querer tocar el tema, por lo cual se respetó su decisión y se indagó sobre los antecedentes psicológicos de su familia, mencionando que no tiene constancia de que existiese alguno, ni por parte paterna como materna.

V. Observaciones del entrevistador

Se aplicaron tres sesiones de un lapso de tiempo aproximado de sesenta minutos cada una, si bien, el discurso fue coherente durante el transcurso de las mismas, presentó algunas alteraciones del estado anímico y corporal. En la primera sesión P.Q presentó incapacidad de habla en relación a algunos temas, si bien se presentó amable y predispuesta a participar en la misma, sus mecanismos de defensa la terminaban bloqueando en preguntas relacionadas con los recuerdos de su adolescencia y relaciones interpersonales durante su escolaridad secundaria, teniendo alteraciones en la modulación vocal (susurros y voz quebrada).

Durante el desarrollo de la segunda sesión, al tocar temas relacionados con su familia y relación con sus compañeros de curso durante su etapa escolar secundaria presentó palidez y respiración entrecortada, sin embargo, al preguntarle si quería realizar una pausa indico que ponerse así era algo normal en ella y prosiguió con su discurso sin más.

Finalmente, el transcurso de la sesión número tres, se presentó relajada y con una alta predisposición para brindar información, indicando que se quería acostar en el piso del ambiente en donde se estaba llevando a cabo la misma, puesto que ella consideraba que ese era el lugar más cómodo. Ya recostada (había llevado una manta) mantuvo un lenguaje corporal y un estado anímico sereno, aunque, durante breves momentos, su comunicación no verbal reflejaba pequeños bloqueos al quedarse mirando al horizonte, mientras continuaba con su discurso sin expresar gesto alguno.

VI. Instrumentos utilizados

- Cuestionario/autoinforme (AVE) Acoso y violencia escolar
- Escala EGEP-5 Evaluación Global del Estrés Postraumático

- Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2, Forma Reestructurada (MMPI 2 RF), Escala PSY-5
- Cuestionario de Rojas para valorar la ansiedad (CDRVA)
- Inventario de depresión de Beck (BDI-II)
- Escala de autoestima de Coopersmith (CSEI Adultos)

VII. Análisis e interpretación de los resultados

Cuestionario/autoinforme (AVE) Acoso y violencia escolar

Según los datos recopilados y proporcionados por P.Q (en el cuestionario/autoinforme AVE), se confirma que sufrió de acoso escolar (bullying) se confirma que sufrió a nivel general de acoso escolar (bullying) muy constatado a nivel global, PC:99, con una intensidad de P.C: 99. Mientras, que a nivel específico, durante su etapa escolar secundaria, presentó afectación muy constatada en las áreas de: Hostigamiento, Intimidación, Amenazas, Coacciones, Bloqueo social, Exclusión Social, Manipulación social y Agresiones.

ESCALAS DE ACOSO							
Hostigamiento	Intimidación	Amenazas	Coacciones	Bloqueo social	Exclusión social	Manipulación social	Agresiones
PUNTAJE DIRECTO							
23	8	2	2	7	8	12	10
PERCENTIL							
99	99	99	99	99	99	99	99
Acoso bien constatado	Acoso bien constatado	Acoso sin constatar	Acoso sin constatar	Acoso muy constatado	Acoso bien constatado	Acoso constatado	Acoso constatado

En la escala Hostigamiento se confirma que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje directo de 23 y un percentil de 99, el cual se manifestó en faltas de respeto, en el desprecio y falta de consideración hacia su dignidad como persona.

Por otra parte, en la escala de Intimidación, se confirma que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje directo de ocho y un percentil de 99, mismo que se manifestó en conductas hacia su persona de persecución, amedrentamiento y consumo emocional mediante acciones intimidatorias, buscándole inducirle miedo.

De similar modo, en la escala de Amenazas, se confirma que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje de dos y un percentil de 99, manifestándose en conductas de amilanamiento contra su integridad física, la de su familia y extorsión.

En la escala Coacciones, se confirma que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje directo de dos y un percentil de 99, mismo que se manifestó en conductas que pretendían que realizara actos en contra de su voluntad, ejerciéndole un sometimiento y dominio por encima de esta, proporcionándole beneficios a los perpetradores, silenciándose por miedo.

Por otra parte, la escala Bloqueo Social, con un puntaje directo de siete y un percentil de 99, confirmando que sufrió de bullying muy constatado, mismo que se presentó en conductas que aislamiento social y marginación.

La escala Exclusión Social, confirma con un puntaje directo de ocho y un percentil de 99, que sufrió de bullying muy constatado, el cual se presentó en conductas de ninguneo hacia su persona, generándole un vacío social.

Además, en la escala de Manipulación Social, se confirma que existieron comportamientos hacia su persona, con un puntaje directo de doce y un percentil de 99, las cuales le generaban una distorsión de su imagen social hacia sus pares, creando en ella la sensación de que se merecía todo lo que le estaba pasando.

Finalmente, la escala Agresiones, confirma que sufrió de conductas de agresión, física, verbal y psicológica, con un puntaje directo de diez y un percentil de 99, manifestándose en gritos, insultos, burlas, puñetazos y empujones. En complementación, el cuestionario/autoinforme AVE, posee ocho escalas clínicas, las cuales son consecuencias directas del bullying sufrido y evalúan diversas psicopatologías que llegaron a afectar a P.Q durante su etapa escolar, constatando que sufrió de: Ansiedad, Estrés Postraumático, Distimia, Disminución de Autoestima, Flashbacks, Somatización, Autoimagen Negativa y Autodesprecio.

ESCALAS CLÍNICAS							
Ansiedad	Estrés Postraumático	Distimia	Disminución de Autoestima	Flashbacks	Somatización	Autoimagen Negativa	Autodesprecio
PUNTAJE DIRECTO							
9	14	10	10	2	8	8	7
PERCENTIL							
99	99	99	99	95	99	99	95
Muy Constatada	Muy constatado	Muy constatada	Muy constatada	Bien constatado	Muy constatada	Muy constatada	Bien constatado

La escala clínica Ansiedad, con un puntaje directo de nueve y un percentil de 99, constata que P.Q tuvo presencia de sintomatología propia de este trastorno, en sus dimensiones físicas, cognitivas y asertivas; ya que, mientras más ansiosa se sintiese está en sus años escolares, más alta era la probabilidad de ser percibida por sus compañeros como vulnerable y, por tanto, mayor fue el bullying que recibió en su diario vivir.

Por otra parte, la escala clínica Estrés Postraumático, con un puntaje directo de catorce y un percentil de 99, constata que existió la presencia de sintomatología propia de este trastorno relacionada con acontecimientos vividos en el ámbito escolar como ser la hipervigilancia, el aislamiento social, la hipersensibilidad a la crítica y la invasión de visualizaciones recurrentes.

La escala clínica sobre Distimia, con un puntaje directo de diez y un percentil de 99, evalúa constata que existió la presencia de sintomatología relacionada con la misma, presente en forma de cambios de humor bruscos, tristeza, desesperanza y retraimiento social, más un estado anímico depresivo.

De similar modo, la escala clínica, Disminución de autoestima, con un puntaje directo de diez y un percentil de 99, constata que la misma fue mermada, debido al bullying e insultos que sufría, las agresiones y la exclusión social. La escala clínica Flashbacks, con un puntaje directo de dos y un percentil de 95, constata que existió la presencia de episodios traumáticos, que repercutieron en la aparición del síndrome de estrés postraumático al ser un trauma no digerible para ella durante su niñez y adolescencia, manifestándose en imágenes, sensaciones o recuerdos no deseados, además de pesadillas y disociación de recuerdos.

Respecto a la escala clínica Somatización, con un puntaje directo de ocho y un percentil de 99, constata que existió manifestación física de síntomas psicósomáticos en el cuerpo de P.Q, producto del bullying sufrido.

Sobre la escala clínica, Autoimagen Negativa, con un puntaje directo de ocho y un percentil de 99, constata que existió la presencia de cambios importantes su autopercepción, ya que las humillaciones y vejaciones le hacían creer ser merecedora de todo lo que le estaba pasando.

La escala clínica, Autodesprecio, con un puntaje directo de siete y un percentil de 99, constata que producto del bullying sufrido, existió una alteración en su autoimagen, poniendo en evidencia actitudes de odio y desprecio hacia sí misma, e ideación suicida.

En conclusión, en base a lo anteriormente mencionado, se confirma que P.Q sufrió de bullying muy constatado durante su etapa escolar en las áreas de: Hostigamiento, Intimidación, Amenazas, Bloqueo social, Manipulación Social y Agresiones, durante la gran parte de su vida colegial, de forma continua y repetitiva.

Además de constatar que existió presencia de: Ansiedad, Estrés Postraumático, Distimia, Disminución de Autoestima, Flashbacks, Somatización, Autoimagen Negativa y Autodesprecio, dejándole secuelas y daños psicológicos a largo plazo.

Escala EGEP-5 Evaluación Global del Estrés Postraumático

- Caracterización de la experiencia traumática

P.Q indicó haber sufrido un único acontecimiento traumático, que es el que le genera malestar en la actualidad. El acontecimiento identificado es bullying, que sufrió en su etapa escolar y que valoró como de gravedad grave, viviéndolo con miedo e indefensión. Este acontecimiento implicó una amenaza para su integridad física, escenas desagradables y amenazas para su dignidad y honor.

- Cumplimiento de los criterios de TEPT

P.Q cumple el criterio A del DSM 5, puesto que ha experimentado un acontecimiento traumático del que haya transcurrido más de un mes, también se cumplen los criterios referidos a la presencia de sintomatología postraumática (B, C, D, E, F), ya que presenta 5/5 Síntomas intrusivos, 2/2 de Evitación, 7/7 de Alteraciones cognitivas y del estado del ánimo y 5/6 de Alteraciones en la activación y reactividad. El criterio F de duración también se cumple, puesto que indica que experimenta los problemas desde hace más de tres meses.

Además, cumple con el criterio G, referido a Funcionamiento, porque presenta alteración en 6/7 áreas de funcionamiento en su diario vivir.

Por tanto, en base a la anterior información, se puede concluir que P.Q cumple con todos los criterios para considerar que presenta TEPT. Además, ha puntuado afirmativamente los ítems 48 y 49, mismos que son indicadores de TEPT con síntomas disociativos en desrealización.

CRITERIOS SEGÚN EL EGEP 5				
I	E	C	A	F
5/5	2/2	7/7	5/6	6/7
CRITERIOS SEGÚN EL DSM 5				
B	C	D	E	G
5/5	2/2	7/7	5/6	6/7

- Valoración normativa

Cuando se comparan las puntuaciones de P.Q en las escalas de síntomas, con los baremos normativos de corrección, se observa que la mayoría de sus puntuaciones se sitúan en niveles altos, lo cual indica una intensidad esperable en relación con su sintomatología postraumática, dada la intensidad del bullying que sufrió, prestando especial atención en Alteraciones cognitivas y del estado del ánimo (C), donde se da un puntaje de PC:95, Evitación (E), con un puntaje de PC: 90, Síntomas intrusivos, con un puntaje de PC: 85 (I). Mientras que, se da un puntaje Medio-alto en Alteraciones en la activación y la reactividad, con un de PC: 70. Esta sintomatología actual altera a su Funcionamiento cotidiano (F), con un nivel de afectación alto, PC: 95. Por lo cual, su puntaje total es de P.C: 90, calificando como TEPT de gravedad alta.

PUNTAJE DIRECTO					
I	E	C	A	F	Total
14/20	7/8	18/28	11/24	6/7	50
PERCENTILES					
I	E	C	A	F	Total
85	90	95	70	95	90

- Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos en la evaluación realizada a P.Q, se concluye que presenta un TEPT de gravedad alta, a raíz del bullying sufrido durante su etapa escolar, tal como ella

refiere al resumir su experiencia durante sus años en el colegio: *“Me golpeaban, me ponían apodos bien feos y me insultaban todo el tiempo, me seguían hasta el baño y querían que hiciera mis necesidades delante de ellos, también decían que iban a ir a tirar piedras a mi casa y matar a mis animalitos”*.

Dentro de su sintomatología postraumática parece especialmente relevante la referida a sintomatología cognitiva y del estado de ánimo, mencionando que: *“Desde que me pegaban todos los días en los recreos hasta adelante de los profesores y el portero ya no pude volver a creerle a nadie ni querer volver a tener un grupo de amigos, no quiero saber nada de nadie”*.

Además, presenta una alta reactividad en sintomatología y pensamientos evitativos: *“Aunque sé que ya no viven ahí, prefiero irme a dar la vuelta al manzano entero para no ver sus casas ni a sus familias”*.

Por otra parte, manifiesta un alto malestar en síntomas intrusivos, en forma de, flashbacks y somatización al recordar el acontecimiento: *“Lo malo del campo es eso, todos se conocen y no puedo evitar estremecerme cada que vuelvo a recordar a esos dos, sobre todo al más abusivo, grandote y bruto, que no le importaba lastimar a los demás con tal de conseguir lo que quería”*.

Además, en grado medio-alto, existe presencia de sintomatología en alteraciones en la activación y reactividad, puesto que indica que: *“Ahora hasta el ladrido del perro más chico o escuchar a las gallinas cacarear me hace latir fuerte el corazón, sé que debo parecer una cobarde, pero que me lance la primera piedra el que le hayan hecho lo mismo que a mí”*.

Por tanto, queda plasmado que la presencia de sintomatología postraumática es muy frecuente, llegando a afectar e interferir negativamente en el funcionamiento de gran parte de las áreas de su vida: *“Ya ni yendo donde mi psicólogo me siento bien, ni tomándome el traguito del valor de singani como decía mi papá, solo quiero que todo desaparezca y estar por fin tranquila”*.

Finalmente, P.Q refiere que: *“Leer es libertad, prefiero vivir metida en mi imaginación, imaginando cualquier cosa que tener que vivir en esta vida sin sentido y llena de dolor, siempre me dicen que me tengo que atener a los hechos, pero en mi fantasía vivo tranquila”*. Por lo cual, queda verificada la presencia de sintomatología disociativa con desrealización.

Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2, Forma Reestructurada (MMPI 2 RF), Escala PSY-5

Teniendo en cuenta la puntuación natural obtenida por P.Q. (escala por escala) el rango cualitativo que encaja en el rasgo de la personalidad clínica, Agresividad revisada (AGGR-r), es el de “Sumisión y pasividad a nivel interpersonal”. Con un puntaje cuantitativo de 26 ($T \leq 39$), indicando que es totalmente pasiva y sumisa a nivel interpersonal, *“No pienso hacer nada, no vale la pena el esfuerzo, solo quiero paz y tranquilidad, soy una nube en el cielo, no molesto ni lastimo a nadie”*. En el rasgo de la personalidad clínica, Psicoticismo revisado (PSYC-r), el rango cualitativo que obtuvo *“Indica diversas experiencias asociadas con alteraciones del pensamiento”*. Con un puntaje cuantitativo de 69 ($T \geq 65$), indicando que experimenta procesos de pensamiento inusual y fenómenos perceptuales, sintiéndose ajena a los demás, llegando a manifestar pensamientos poco realistas: *“Al perderme en mis pensamientos a veces creo oír a gente a mi alrededor, me susurran cosas que no entiendo y me invitan a acompañarlos, ahí me da miedo que se vuelvan reales”*.

Mientras que, en el rasgo de la personalidad clínica, Impulsividad-revisada (DISC-r), obtuvo como rango cualitativo a *“Comportamiento excesivamente reservado”*. Con un puntaje cuantitativo de 39 ($T \leq 39$), indicando que: *“No me meto con nadie, mis cosas son solo mías”*.

Por otra parte, el rasgo de la personalidad clínica, Neuroticismo-revisado (NEGE-r), obtuvo como rango cualitativo a *“Experiencia de emociones negativas: autocrítica, propensa a culparse, presenta ideas intrusivas”*. Con un puntaje cuantitativo de 76 ($T \geq 65$), indicando que en la mayoría de situaciones presenta ideas intrusivas, se inhibe y auto sabotea y tiende a auto culparse, llegando a experimentar ansiedad e inseguridad: *“Me dejas sola y me pierdo, no creo ser capaz de llegar ni a la esquina sola, y si me acompañan tampoco llegaría porque me daría ansiedad”*.

Finalmente, el rasgo de la personalidad clínica, Disminución de emociones positivas-revisado (INTR-r), obtuvo como rango cualitativo a *“Pérdida de experiencias positivas y evitación de situaciones sociales, falta de interés, pesimismo y socialmente introvertida”*, Con un puntaje cuantitativo de 91 ($T \geq 65$), indicando que carece en gran medida de emociones positivas en su vida, al grado de experimentar anhedonia, desinterés e introversión: *“Nada ya es lo que era”*.

antes, de mí solo quedó una cascara vacía, muerta, que solo existe hasta que la existencia se lo permita”

Cuestionario de Rojas para valorar la ansiedad (CDRVA)

Teniendo en cuenta la puntuación natural obtenida por P.Q en el presente cuestionario, el rango cualitativo en el que encajan sus resultados es el de Ansiedad muy grave (con un puntaje cuantitativo de 76/100). Además, presenta una intensidad Alta en sintomatología ansiosa Física (43/60). Al consultarle sobre los mismos relata: *“Todo lo que siento en el cuerpo me lo aguanto, no quiero parecer una víctima de mi misma”*. Por otra parte, presenta una intensidad sintomatología ansiosa Psíquica a nivel alto (55/60); menciona que algunas veces padece de nerviosismo e intranquilidad, lo cual la lleva a tener ataques de pánico y sentirse distinta, como si estuviera perdiendo su propia identidad, teniendo temor a la muerte: *“Quiero irme volando, libre como los pájaros, sin ya sufrir miedos, cayendo por el cansancio y estar indecisa, quiero dejar a un lado la tristeza de la vida, pero sin llegar a la muerte, porque eso significaría desaparecer”*.

En sintomatología ansiosa de Conducta puntúa en un nivel Alto (42/60), mencionando que: *“Soy una rebelde pasiva, al estar callada yo lucho, por eso mi cara no tiene gestos”*.

Mientras que, en sintomatología ansiosa Cognitiva puntúa en un nivel Alto (55/60), indicando que tiende a tener rumiación, incurriendo en pensamientos fatalistas y generalización excesiva en términos o palabras, llegando a creer que un cambio radical en su vida es la única forma de cambiar las cosas: *“A veces pienso en lo peor, me confundo sola, pero me encuentro razonando, aunque de tanto razonar mi cabeza se bloquea y siento que es imposible cambiar mi vida”*. Por otra parte, en sintomatología ansiosa Asertiva puntúa en un nivel Alto (47/60), expresando que le es difícil el poder decirle “no” a las personas cuando le piden algo, tratando de parecer agradable ante todas las personas, pero percatándose de que es imposible hacerlo, razón por la cual prefiere la soledad a la convivencia social: *“Si realmente noto que es alguien sincero, lo ayudo y escucho sin importar nada, pero pasa rara vez, quiero estar en mi mundo, en donde yo puedo hablarme sola y no quedarme callada escuchando a otros y como soy muy sarcástica creo que termino incomodando a la gente y me hacen sentir vergüenza ajena que a su vez también me provoca vergüenza a mí”*.

PUNTUACIÓN TOTAL				
Puntaje cuantitativo			Rango cualitativo	
76 de 100 puntos totales			Ansiedad muy grave	
PUNTUACIÓN CUANTITATIVA POR SINTOMATOLOGÍA ESPECIFICA				
Síntomas Físicos	Síntomas Psíquicos	Síntomas de Conducta	Síntomas Cognitivos	Síntomas Asertivos
43/60	55/60	42/60	55/60	47/60
PUNTUACIÓN CUALITATIVA EN SINTOMATOLOGÍA ESPECIFICA				
Sintomatología a nivel Alto	Sintomatología a nivel Alto	Sintomatología a nivel Alto	Sintomatología a nivel Alto	Sintomatología a nivel Alto

Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

Teniendo en cuenta la puntuación natural obtenida por P.Q en el presente inventario, el rango cualitativo en el que encajan sus resultados es el de Depresión Grave (con un puntaje cuantitativo de 39/63). De manera específica, en sintomatología cognitiva afectiva manifiesta presencia de tristeza y llanto, pesimismo, sentimientos de culpabilidad y fracaso, además de autocrítica y disconformidad hacia su persona: *“Mi sensibilidad puede con todo lo demás, no me gusta eso de mí, pero también me gusta, porque así sé que aún puedo sentir y no estar tan vacía, tan inútil y sola”*

Por otra parte, en sintomatología somático motivacional indica sentirse desvalorizada, con baja energía y cambios en sus hábitos de sueño, presentando irritabilidad, fatiga y cambios en su apetito: *“Como estoy volviéndome vegetariana hay días en donde me levanto con dolor de estómago, mi cuerpo no se acostumbra, me siento enojada conmigo misma por eso, porque no tengo ganas de nada ni de levantarme de la cama, pero lo hago, no quiero ser una floja sin causa”*.

PUNTUACIÓN TOTAL	
Puntaje cuantitativo 39 de 63 puntos totales	Rango cualitativo Depresión grave

Escala de autoestima de Coopersmith Adultos

La puntuación natural obtenida por P.Q en la presente escala, la sitúa en un rango cualitativo de autoestima total Muy Baja (con un puntaje cuantitativo de 8/21). Además, presenta una

Muy baja autoestima en el área Social (2/3), dando a entender que es una persona que se inhibe y aísla de los demás, llegando a evitar establecer relaciones interpersonales, ya que siente que otras personas son mejores que ella o poseen más habilidades. Al indagar por medio de preguntas específicas, indica que: *“Estar sola me es más cómodo, así me muevo a mi ritmo y no tengo que arriesgarme a confiar en los demás, hay gente más capaz para ser sociable, se los dejo a ellos”*.

Por otra parte, en el área Laboral-Académica presenta una autoestima Muy baja (1/1), dando a comprender que se siente rechazada y descontenta con la institución educativa a la que asiste, por lo cual su rendimiento está en un déficit, creyendo no tener las habilidades académicas para desenvolverse adecuadamente: *“En la universidad hay mucha corrupción, no me pierdo en los exámenes y prácticos, seré depresiva y con problemas para socializar, pero tampoco quiero ser una analfabeta”*.

Mientras que, en el área Hogar, presenta una autoestima Muy Baja (1/2), indicando que se siente incómoda con sus familiares cercanos, no pudiendo alcanzar las altas expectativas que le imponen y por ello, no la aceptan y comprenden: *“Hace tiempo no hablo con mis papás, tampoco es que pueda hacerlo, viajan mucho y mientras yo apruebe mis materias no les importa mucho lo demás de mí, al menos en eso están satisfechos, porque en lo demás no me entienden para nada ni yo los entiendo a ellos”*.

Por tanto, a nivel General, presenta una autoestima Muy Baja (4/11), teniendo predominancia de pensamientos y sentimientos negativos, autoculpándose y reprochándose por su situación actual, dando como consecuencia que se sienta mal consigo misma y con su entorno psicosocial. Motivo por el cual, su autoestima a nivel Total, es Muy Baja (con un puntaje cuantitativo de 8/21).

PUNTAJES CUANTITATIVOS					
Mentira	Social	Laboral-Académica	Hogar	General	Total
1/5	2/3	1/1	1/2	4/11	8/21
RANGO CUALITATIVO					
Resultados interpretables	Muy Baja	Muy Baja	Muy Baja	Muy Baja	Muy Baja

VIII. Síntesis diagnóstica

A partir de los resultados obtenidos mediante la aplicación de los presentes instrumentos se concluye que P.Q sufrió de bullying muy constatado, el cual comenzó durante el inicio de su escolaridad secundaria. Esta situación la acompañó desde su adolescencia, hasta que ingresó a la universidad, afectándola a nivel psicosocial, puesto que por el hostigamiento, intimidación y exclusión social que ejercían en su contra, desarrolló psicopatologías y trastornos relacionados con su estado anímico, llegando desprenderse y tener una autoimagen negativa. Además, fue agredida a nivel físico, verbal y psicológico y manipularon a su entorno social para que no interactuaran con ella, por lo cual el estrés que padecía dio lugar a somatización de síntomas, cargando hasta el día de hoy secuelas de ese entonces.

Estas secuelas le dejaron un TEPT grave, mismo que afecta a varias áreas de su funcionamiento cotidiano, puesto que la sintomatología que presenta se manifiesta en forma de alteraciones cognitivas y de su estado de ánimo, además de síntomas evitativos e intrusivos, presentando alteraciones en su activación y reactividad, llegando a manifestar disociaciones y desrealización. Esto puede evidenciarse en sus rasgos de la personalidad, ya que a nivel clínico presenta alteraciones, especialmente en introversión y disminución de emociones positivas, además de psicoticismo y neuroticismo, puesto que manifiesta diversas experiencias asociadas con alteraciones del pensamiento, con procesos inusuales en su pensamiento y fenómenos perceptuales, sintiéndose ajena a los demás, al tener presencia marcada de ideas negativas, siendo muy autocrítica hacia sí misma, culpándose y auto saboteándose si las cosas no salen como ella quiere, tornándose pesimista e introvertida.

Siento esto causal y motivo para la aparición de ansiedad en grado muy grave, con una sintomatología psíquica, cognitiva y asertiva muy marcada, además de una depresión grave; por lo cual, su autoestima también se vio afectada. En conclusión, la interacción entre estas variables remarca que el bullying sufrido durante toda su etapa escolar fue precursor de la aparición del TEPT en su adolescencia, llegando a instaurarse en los rasgos de su personalidad y posteriormente manifestarse como ansiedad y depresión, las cuales repercutieron negativamente en su autoestima general.

5.6 Caso 6

I. Datos personales

Nombre: R.S

Edad: 20 años

Sexo: Femenino

Lugar y fecha de nacimiento: Tja Bolivia - 27/03/2005

Escolaridad: Bachillerato; estudios universitarios en curso

Ocupación: Estudiante

II. Motivo de Consulta

Menciona sentirse deprimida, con la autoestima por los suelos y frustrada con su vida en general, viviendo sin rumbo, en una continua incertidumbre.

III. Antecedentes personales

R.S es una joven estudiante de 20 años de edad, nacida en la capital de Tarija, su contextura es delgada, de tez cetrina y semblante parco. Durante el transcurso de las sesiones, no prestó mucho cuidado a su vestimenta y arreglo físico, denotando no darle demasiada importancia, pero sin caer en el abandono de su auto imagen personal.

Inicia su relato clínico refiriendo que: *“El bullying fue el peor de los males que tuve que sufrir en mi vida”*, ya que las secuelas que le dejó el mismo la acompañan en su diario vivir: *“Desde que entré al colegio por primera vez sentí que era un lugar feo, no quería estar allí, quería irme a mi casa, aunque en mi casa tampoco me sentía cómoda”*. Al indagar el motivo por el cual refería esas afirmaciones, menciona que todo se debía en gran parte al comportamiento paterno: *“Mi papá era y es muy agresivo, tiene un carácter muy torpe y violento, es una persona agresiva que grita por todo cuando algo no es como él quiere”*. Tras una breve pausa, comenta: *“Por ejemplo, se ponía a pelear con mi mamá por cualquier cosa que pasara en mi casa, ni me quiso inscribir al kindergarten porque según el eso no era necesario y que directo iba a aprender en primaria ya que él me iba a enseñar a leer y escribir en mi casa”*.

Esto generó en R.S una fuerte aversión a las relaciones sociales ya que: *“Si fue cierto que me enseñó a leer y escribir, pero a golpes y gritos, si mi mamá se quería meter la gritoneaba igual, por eso aprendí a estar callada y hacer lo que quisiera sin quejarme porque sabía que, si no lo hacía así me iban a gritar, hasta a pegar”*. Por lo cual, considera que para ella el colegio era un lugar feo, ya que: *“En el colegio, en primaria pensaba que iban a ser todos como mi papá, me daba miedo abrir la boca y decir algo, hasta mis compañeros me daban terror, más porque mi papá era el que me llevaba al colegio y siempre al despedirse decía pobre de vos que no entiendas nada, ya vas a ver al llegar a la casa”*.

Este accionar repercutió negativamente en su persona, al grado de reprimirse y aislarse de todo su entorno socioeducativo: *“No quería hablarle a nadie porque pensaba que me iban a gritar, sobre todo los chicos, pensaba que igual me iban a pegar y las chicas... pensaba que se iban a reír de mí se me equivocaba, más bien no era mala aprendiendo y me salían bien las tareas y los exámenes pero las escuchaba reírse de los demás cuando se equivocaban y susurrarse cosas entre ellas y me daba mucho miedo que me pasara lo mismo a mí”*. Sin embargo, a pesar de tratar de mantener un perfil bajo, el bullying se hizo presente casi de inmediato:

“No es que desde que entré al colegio fue que me molestaron, pero si fue al poco tiempo de hacerlo, como yo no decía nada se alzaban mis cosas sin que les diera permiso, se ponían a jugar con mis útiles y no es que me amenazaran al inicio o cosas así, pero sentía que si decía algo me iban a pegar, si los miraba cuando se estaban riendo de mí al llevarse mis cosas ponían cara de enojo y me daba más miedo, así que miraba al pupitre y me quedaba quieta”. Motivo por el cual, prefirió aislarse aún más de su entorno: *“Sé que me decían más cosas y que no solo eran risas de burla o gestos, pero mi mente bloquea todas sus palabras, disculpa si no puedo hacerlo, pero prefiero olvidar”*.

Este comportamiento se repetía incesantemente, día tras día, y para R.S, la situación solo empeoraba: *“Como no me sentía capaz para decirles alto, basta, tampoco me decían nada, creo, pero llegaron a ocultarme la mochila y los útiles todos los días y como tampoco le decía nada a la profesora, ella no se daba cuenta... quiero creer, porque ella me miraba y solo me hablaba para decirme que me había sacado una buena nota y cosas de las tareas y así, pero del bullying, cero, así que yo tampoco le decía nada y a mi papá tampoco le quería decir porque él me daba más miedo que mis compañeros y mi mamá también, siempre estaba*

siempre callada en casa y yo imitaba eso, así que cada día me quedaba un rato más en la salida buscando mis cosas para evitarme otros problemas y le decía a mi papá cuando me recogía del colegio que me había quedado jugando en el curso un ratito más para que no sospechara”.

Así pasaron los grados educativos y años, hasta llegar a secundaria: “Fue horrible, ya no me servía el quedarme sin decir nada, hasta los mismos profesores nos motivaban a charlar y hablar entre nosotros porque decían que éramos un curso y teníamos que ser unidos y trataba de hablarles, pero me molestaban y se mataban de risa de mi”.

Lo cual repercutió en que comenzaran a llamarla por diversos apodos, de forma hiriente y malintencionada: “La muda anormal había sabido hablar, a la duende le pusieron las pilas para la voz, no sé si conoces las muñecas de Monster High, pero hay una que es como un zombi, que se llama Ghoulia, ella no habla, solo hace ruidos que no se entienden, pero es porque es muy inteligente, esos ruidos suenan así como gemidos apagados y como yo también uso unos lentes similares a los de la muñeca y era... bueno, aún soy estudiosa y me parecía un poco físicamente por mi piel y mi cara, me comenzaron a decir así, haciendo ruidos cada que me veían o escuchaban hablar y riéndose entre todo el curso de mi”.

Al inicio, R.S se tomó esto como algo positivo puesto que: “Me gustaba ese personaje, me parecía linda y me identificaba con ella, pero mientras más me decían Ghoulia, Ghoulia, más me daba cuenta que lo hacían para herirme, porque para ellos yo era una fastidiosa, una nerd insoportable que solo abría la boca para contestar preguntas de las clases o hacer las tareas y no, no era así, es... solo que se desquitaban conmigo”. Esto, llevó a que sus agresores comenzaran a hostigarla, pidiéndole que les realizara sus tareas: “Solían amenazarme diciéndome que me iban a sacar la puta si es que no les hacía la tarea, era un grupo de unos 6 de todo el curso que siempre me hacían eso, entre chicos y chicas, y yo, por el miedo que tenía se los hacía, realmente me daba terror que fueran como mi papá y que de verdad me fueran a pegar, por suerte nunca lo hicieron porque yo no fallaba con sus tareas, pero vivía con el temor constante”.

Por otra parte, refiere que: “Sabes que es curioso... a todos los profesores les parecía normal que se comportaran así, decían que no teníamos que molestarnos tan feo, pero ellos decían profe, si a ella le gusta que le digan eso, y como yo me quedaba callada, los profesores

pensaban que era verdad, ni uno solo se dio cuenta de lo que yo tenía que pasar, si veían que me ocultaban mis cosas o me hablaban feo decían ya, a ver niños, así, no, eso está mal, les voy a llevar donde la psicóloga, pero nunca pasaba”.

Harta de esta situación, comenzó presentar ideación suicida y pensamientos rumiantes: *“Todos los días volvía del colegio cansada, mal, me sentía un asco, sé que para muchos volver a casa es como volver a su lugar seguro, pero para mí era la continuación del infierno, me encerraba y ponía de excusa que estaba estudiando para ser la mejor de mi clase... mentira no era, porque si era la mejor, lo hacía para no tener que ver a mis papas peleando, quizá es por eso que nunca me sentí merecer ser buena estudiante, solo no quería ver a mis padres llegar hasta los golpes; me repetía, para que nací, si me muero mañana nadie me va a llorar, nadie va a acordarse de mi para otra cosa que no sea reírse, me quiero morir de una vez, solo va a ser un dolor pequeño, de un ratito, luego tendré paz”.*

Esto, generó que su cuerpo comenzara a somatizar sus síntomas: *“Me salió un sarpullido en la espalda, que se extendía hasta mi cuello, unos granitos chicos que me picaban horrible, como usaba ropa que me cubría todo el cuerpo no se daban cuenta”.*

Sin embargo, un día su padre se percató de esta situación: *“Mi papá en el almuerzo me pidió que le pasara la comida y cuando me agaché con su plato se me vio un poco el cuello bajo la ropa y me preguntó qué era eso, le dije que era alergia al gato que teníamos como mascota había dormido conmigo y que por eso tenía esa alergia, mi papá reacciono muy mal, al día siguiente ya no había gato”.*

La pérdida de su mascota, el comportamiento paterno y el bullying sufrido en el colegio fungieron como catalizadores para R.S, llegando hasta el trastorno de autolesión no suicida, “cutting” como medio de sublimación para sus problemas: *“Comencé a cortarme, ese dolor hacía olvidar por un rato todo, no es que quería mucho al gato, pero él me acompañaba a veces, no tenía amigos, no quería tener amigos, quizá si lo quería en el fondo, pero no sabía cómo tenerlos, solo me veían como un meme, alguien a quien usar, así que, me cortaba, siempre estaba con mi ropa larga, no se daban cuenta, pero en esos instantes del dolor, yo... era libre, pero después veía los cortes y las cicatrices que dejaban cuando ya estaban cicatrizando y salía la lloradera, me sentía aún más invisible para todos, más alejada de mi propia vida”.*

Esto se había convertido en su rutina diaria, hasta que: *“Ya estaba acostumbrada a eso, lo hacía en modo automático, un día, ya cerca de graduarme del colegio, teníamos una práctica de emprendimiento, pasábamos una materia que se dedicaba a eso y teníamos que presentar un proyecto delante de todos los del curso para tener más confianza, estaba muerta de nervios, parecía que todo se hubiera ido juntando y me hubiera venido de golpe, cuando me tocó exponer mi emprendimiento que había preparado, comenzaron a reírse”*.

Además, comenzaron a insultarla y hacerle muecas: *“Vámonos, le tocó a la autista, esa mongola va a hablar, nunca había sentido tanta vergüenza y pena de mi misma, pensaba en matarme, en desaparecerme, sacaban la lengua y hacían ruidos, poniéndose los dedos en la cabeza y dándolos vuelta y se seguían riendo, salí corriendo y me encerré en el baño a llorar, hasta que escuché que la profesora estaba tocando la puerta”*.

Lejos de querer escuchar a su profesora, R.S, permanecía en silencio limitándose a oírla: *“Tocaba y tocaba y decía que salga, que se iban a disculpar, que iba a volver a comenzar a exponer yo sola, sin nadie que me vea, que estaba exagerando y solo era una broma, que en todas las exposiciones se habían reído y molestado porque eran amigos, escucharla decir eso me hacía llorar más fuerte, ella no entendía nada, nunca lo había hecho”*.

Ante su negativa de salir del baño, llamaron a sus padres: *“No me había dado cuenta, pero ya estaba como una hora ahí, hace rato ya no escuchaba a la profesora, mejor, porque me hacía sentir peor oírla, hasta que, de golpe, escuché que decía que mi papá estaba afuera, que me quería hablar”*. Esto, le generó una crisis de ansiedad y de llanto: *“Tenía tanto miedo de lo que mi papá fuera a hacerme que me puse a llorar y gritar más fuerte, el me escuchó y comenzó a gritarle a la profesora que me habían hecho, no sé si por miedo al verlo tan alterado la profesora le dijo los insultos que me habían dicho mis compañeros con la esperanza de que se calmara o que ya no le gritara, pero fue para peor”*.

R.S refiere que los gritos de su padre, sus compañeros y profesores llegaban hasta el baño, ya que, el mismo había irrumpido en su curso, interrumpiendo las exposiciones e insultando a quien estuviera a su alcance: *“No tengo recuerdos claros de ese día, prefiero olvidar, solo me acuerdo de mi expulsión y los gritos de mi curso y que al llegar a mi casa le conté todo lo que me había pasado por años a mis papás, tengo como flashes... de ahí, mi mente esta en blanco; al día siguiente fui a pasar clases con mucho miedo y vergüenza, pero ni bien me vieron me*

dieron un memorándum, indicándome que me habían expulsado y me dijeron que esperara en la dirección”.

Esto, género que su padre se hiciera presente nuevamente, pero en esta oportunidad, funcionarios de la defensoría de la niñez y adolescencia, que esperaban en el colegio junto con el director, lo interceptaron para hablar: *“Lo llevaron a la dirección, yo me quede afuera sentada, pero se escuchaban sus gritos diciéndoles que por años me habían hecho bullying y que los iba a demandar, pero ellos también querían demandarlo por violencia contra menores de edad... el portero se dio cuenta que estaba escuchando lo que decían y me alejó de la dirección”*.

Así transcurrió una semana, en la cual R.S se mantuvo aislada de todos, encerrada en su cuarto: *“Ni bien volvimos del colegio ese día, me fui directo a mi cuarto y solo salía para comer, mis papás no decían nada, a los días mi papá me dijo que nos íbamos a ir de Tarija por lo que restaba del año para que terminara mis estudios en otro departamento, no quise preguntar nada, solo me quede callada y dije que sí”*.

Refiere que, en este nuevo colegio pudo terminar sus estudios con relativa normalidad, puesto que casi no tenía compañeros: *“Mi papá es un hombre de mucho dinero, tiene su empresa y con su muñeca seguramente consiguió eso para mí, quisiera sentirme agradecida pero el miedo que le tengo no me deja hacerlo y sospecho que lo hizo más por el que para mí, para conservar su orgullo intacto, hasta el día de hoy se me dificulta hablarle”*.

Actualmente, al asistir a la universidad y retomar su vida R.S relata que el bullying le dejó marcas que la acompañaran siempre: *“No quiero tener amigos, no me quiero acercar a la gente, solo voy, doy mis exámenes y me vuelvo a casa, ya no vivo con mi papá, vivo sola desde que mi mamá murió, quisiera sentirme bien ahora que ya no estoy en un ambiente tan toxico como lo fue mi casa pero no puedo, en mi casa me encerraba cuando pasaban cosas feas y me sentía un poco mejor, pero en el colegio no podía, ellos estaban encima de mí siempre, no podía alejarme y tengo miedo, vivo con temor de que todo se repita y vuelva a sufrir y vivir sola no ayuda, me siento frágil, vulnerable”*.

Al preguntarle sobre si en la actualidad asiste a terapia o consulta psicología para buscar ayuda sobre sus vivencias expresa que: *“No te ofendas, pero para mí los psicólogos son unos*

inútiles, en mi colegio, nunca hizo nada la señora esa que decía ser psicóloga, era una vieja que solo decía son cosas de la vida, ya, ya, vas a estar bien, llévate un caramelo, pero sabes... yo no quería caramelos, yo quería estar bien, era un ser humano, ¿por qué yo no tenía el derecho de ser feliz?, esto no se lo había podido decir a nadie y espero que mi voz no quede olvidada, que sirva para que alguien más pueda tener el valor que yo no tuve”.

IV. Antecedentes familiares

Durante su etapa escolar, R.S convivió en su diario vivir con su padre y madre: *“Cuando vivía con mi familia solo éramos mi papá y mamá, las demás personas de mi familia nos evitaban por el carácter de mi papa”.* Pero, desde que su madre falleció decidió independizarse y alejarse de su padre: *“Mi mamá le aguantó mucho a mi papá, nunca fui muy unida a ella porque creía que no tenía personalidad y no entendía como se podía dejar hacer todo lo que se hizo por mi papá, pero desde que ella no está entendí que lo hacía para no tener más problemas, que como yo no decía nada para que no le pasaran o hicieran más cosas feas, con lo que ella me dejó de herencia me pude ir de mi casa... a veces me siento más tranquila viviendo sola pero me siento inútil, con la crisis económica del país me da miedo cometer un error y quedarme sin nada y me deprime pensarlo”.*

Por otra parte, refiere que su relación con su padre estuvo marcada por conflictos y peripecias:

“Papá es un hombre violento, abusivo y se pone a gritar, nunca lo llegué a ver como mi papá, me daba mucho miedo el tenerlo cerca, es más un extraño, siempre miraba al piso cuando él me hablaba porque pensaba que yo ya había hecho algo malo y me estaba hablando para castigarme”. Por lo cual, en la actualidad prefiere mantener su distancia: *“Ahora que vivo sola prefiero no verlo, tengo mi vida aparte, me llama a veces para preguntar cómo me está yendo, nunca le contesto las llamadas y solo le mando un mensaje mintiéndole, que dice que bien, el tampoco insiste mucho, quizá con los años le llegó el arrepentimiento de lo nos hizo, yo no quiero saber de él, no es que me afecte, lo ignoro totalmente de mi vida y solo me acuerdo cuando me quiere llamar, ojalá pudiera hacer lo mismo con el bullying, pero siempre vuelvo a sentirme mal por los recuerdos, los tengo muy presentes”.*

Por otra parte, en relación a enfermedades o antecedentes psicológicos en su familia, menciona que existieron casos por parte de la rama materna y paterna, refiriendo que: *“Que yo sepa, mi*

mamá iba al psiquiatra para que le haga una receta para unas pastillas, nunca le pregunté qué tipo de pastillas eran, pero me imagino que eran para sus nervios". Mientras que, por parte de la rama paterna indica: *"Mi papá nunca quiso ir al psicólogo ni al psiquiatra, ni cuando en el colegio lo amenazaron con demandar por violencia contra menores de edad... algo debe tener, porque yo no veo normal su conducta, una persona sana no hace daño a su propia familia".* Finalmente, en relación a si misma menciona que: *"Por lo que te comenté, prefiero no ir al psicólogo, sé que algo tengo, pero no quiero ir, ¿para qué?, para que ir, no quiero que escuche mis problemas y no haga nada otra vez, no me gusta hablar sobre eso".*

V. Observaciones del entrevistador

Se aplicaron cuatro sesiones de un lapso de tiempo aproximado de sesenta minutos cada una, si bien, el discurso fue coherente durante el transcurso de las mismas, presentó muchas alteraciones del estado anímico y corporal. En la primera sesión R.S presentó incapacidad de habla en relación a algunos temas, se resistía a hablar y participar en la misma, sus mecanismos de defensa la terminaban bloqueando en preguntas relacionadas con sus primeros recuerdos familiares y relaciones interpersonales durante su escolaridad, teniendo alteraciones en la modulación vocal (susurros, voz quebrada, quedarse sin proferir ninguna palabra), manteniendo la mirada clavada en el piso, evitando en todo momento el contacto visual directo y ruborizándose ante cada una de las preguntas que se le realizaba, por lo cual fue necesario aplicarle ejercicios de respiración para ayudarla a relajarse y tranquilizarse gradualmente.

Durante el desarrollo de la segunda y tercera sesión, al tocar temas relacionados con su familia y relación con sus compañeros de curso durante toda su etapa escolar, presentó sudoración, palidez y rubor, alternado entre ambos, manifestando una respiración entrecortada, refiriendo hallarse incomoda, por lo cual fue necesario aplicar nuevamente técnicas de respiración y relajación a modo de contingencia emocional, ya que desarrolló sintomatología relacionada con un ataque de ansiedad, una vez estable y a modo de sublimación se le aplicó el test de los colores para transformar sus pulsiones negativas en positivas y distraer su mente.

Finalmente, el transcurso de la sesión número cuatro (de forma general) se presentó algo más relajada y predispuesta a para brindar información, manteniendo un lenguaje corporal y un estado anímico levemente alterado, puesto que, durante momentos, su comunicación no verbal

reflejaba bloqueos, por lo cual, se respetó sus silencios, hasta que pudiera retomar su discurso y posteriormente, pasando a otras interrogantes, logrando finalizar la entrevista clínica sin mayores inconvenientes.

VI. Instrumentos utilizados

- Cuestionario/autoinforme (AVE) Acoso y violencia escolar
- Escala EGEP-5 Evaluación Global del Estrés Postraumático
- Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2, Forma Reestructurada (MMPI 2 RF), Escala PSY-5
- Cuestionario de Rojas para valorar la ansiedad (CDRVA)
- Inventario de depresión de Beck (BDI-II)
- Escala de autoestima de Coopersmith (CSEI Adultos)

VII. Análisis e interpretación de los resultados

Cuestionario/autoinforme (AVE) Acoso y violencia escolar

Según los datos recopilados y proporcionados por R.S (en el cuestionario/autoinforme AVE), se confirma que sufrió de acoso escolar (bullying) se confirma que sufrió a nivel general de acoso escolar (bullying) muy constatado a nivel global, PC:99, con una intensidad de P.C: 99. Mientras, que a nivel específico, durante su etapa escolar secundaria, presentó afectación muy constatada en las áreas de: Hostigamiento, Intimidación, Amenazas, Bloqueo social y Manipulación Social, y acoso bien constatado en el área de: Agresiones.

ESCALAS DE ACOSO							
Hostigamiento	Intimidación	Amenazas	Coacciones	Bloqueo social	Exclusión social	Manipulación social	Agresiones
PUNTAJE DIRECTO							
12	3	4	2	5	5	12	4
PERCENTIL							
99	99	99	99	99	99	99	95
Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso bien constatado

En la escala Hostigamiento se confirma que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje directo de doce y un percentil de 99, el cual se manifestó en faltas de respeto, en el desprecio y falta de consideración hacia su dignidad como persona.

Por otra parte, en la escala de Intimidación, se confirma que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje directo de tres y un percentil de 99, mismo que se manifestó en conductas hacia su persona de persecución, amedrentamiento y consumo emocional mediante acciones intimidatorias, buscándole inducirle miedo.

De similar modo, en la escala de Amenazas, se confirma que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje de cuatro y un percentil de 99, manifestándose en conductas de amilanamiento contra su integridad física, la de su familia y extorsión.

En la escala Coacciones, se confirma que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje directo de dos y un percentil de 99, mismo que se manifestó en conductas que pretendían que realizara actos en contra de su voluntad, ejerciéndole un sometimiento y dominio por encima de esta, proporcionándoles beneficios a los perpetradores, silenciándose por miedo.

Por otra parte, la escala Bloqueo Social, con un puntaje directo de cinco y un percentil de 99, confirmando que sufrió de bullying muy constatado, mismo que se presentó en conductas que aislamiento social y marginación.

La escala Exclusión Social, confirma con un puntaje directo de cinco y un percentil de 99, que sufrió de bullying muy constatado, el cual se presentó en conductas de ninguneo hacia su persona, generándole un vacío social.

Además, en la escala de Manipulación Social, se confirma que existieron comportamientos hacia su persona, con un puntaje directo de ocho y un percentil de 99, las cuales le generaban una distorsión de su imagen social hacia sus pares, creando en ella la sensación de que se merecía todo lo que le estaba pasando.

Finalmente, la escala Agresiones, confirma que sufrió de conductas de agresión, física, verbal y psicológica, con un puntaje directo de cinco y un percentil de 95, manifestándose en gritos, insultos y burlas en un nivel bien constatado.

En complementación, el cuestionario/autoinforme AVE, posee ocho escalas clínicas, las cuales son consecuencias directas del bullying sufrido y evalúan diversas psicopatologías que llegaron a afectar a R.S durante su etapa escolar, constatando que sufrió de: Ansiedad, Estrés Postraumático, Distimia, Disminución de Autoestima, Flashbacks, Somatización, Autoimagen Negativa y Autodesprecio.

ESCALAS CLÍNICAS							
Ansiedad	Estrés Postraumático	Distimia	Disminución de Autoestima	Flashbacks	Somatización	Autoimagen Negativa	Autodesprecio
PUNTAJE DIRECTO							
7	7	9	7	1	5	4	4
PERCENTIL							
95	95	95	95	80	95	80	80
Bien constatada	Bien constatado	Bien constatada	Bien constatada	Constatados	Bien constatada	Constatada	Constatado

La escala clínica Ansiedad, con un puntaje directo de siete y un percentil de 95, constata que R.S tuvo presencia de sintomatología propia de este trastorno, en sus dimensiones físicas, cognitivas y asertivas; ya que, mientras más ansiosa se sintiese está en sus años escolares, más alta era la probabilidad de ser percibida por sus compañeros como vulnerable y, por tanto, mayor fue el bullying que recibió en su diario vivir.

Por otra parte, la escala clínica Estrés Postraumático, con un puntaje directo de siete y un percentil de 95, constata que existió la presencia de sintomatología propia de este trastorno relacionada con acontecimientos vividos en el ámbito escolar como ser la hipervigilancia, el aislamiento social, la hipersensibilidad a la crítica y la invasión de visualizaciones recurrentes.

La escala clínica sobre Distimia, con un puntaje directo de nueve y un percentil de 95, evalúa constata que existió la presencia de sintomatología relacionada con la misma, presente en forma de cambios de humor bruscos, tristeza, desesperanza y retraimiento social, más un estado anímico depresivo.

De similar modo, la escala clínica, Disminución de autoestima, con un puntaje directo de siete y un percentil de 95, constata que la misma fue mermada, debido al bullying e insultos que sufría y la exclusión social.

La escala clínica Flashbacks, con un puntaje directo de uno y un percentil de 85, constata que existió la presencia de episodios traumáticos, que repercutieron en la aparición del síndrome de estrés postraumático al ser un trauma no digerible para ella durante su niñez y adolescencia, manifestándose en imágenes, sensaciones o recuerdos no deseados, además de pesadillas y disociación de recuerdos, teniendo lagunas mentales y recuerdos en blanco.

Respecto a la escala clínica Somatización, con un puntaje directo de cinco y un percentil de 95, constata que existió manifestación física de síntomas psicosomáticos en el cuerpo de R.S, producto del bullying sufrido.

Sobre la escala clínica, Autoimagen Negativa, con un puntaje directo de cuatro y un percentil de 80, constata que existió la presencia de cambios importantes su autopercepción, ya que las humillaciones y vejaciones le hacían creer ser merecedora de todo lo que le estaba pasando.

La escala clínica, Autodesprecio, con un puntaje directo de cuatro y un percentil de 80, constata que producto del bullying sufrido, existió una alteración en su autoimagen, poniendo en evidencia actitudes de odio y desprecio hacia sí misma, e ideación suicida.

En conclusión, en base a lo anteriormente mencionado, se confirma que R.S sufrió de bullying muy constatado durante su etapa escolar en las áreas de: Hostigamiento, Intimidación, Amenazas, Bloqueo social y Manipulación Social, y a nivel bien constatado en el área de: Agresiones durante la gran parte de su vida colegial, de forma continua y repetitiva.

Además de constatar que existió presencia de: Ansiedad, Estrés Postraumático, Distimia, Disminución de Autoestima, Flashbacks, Somatización, Autoimagen Negativa y Autodesprecio, dejándole secuelas y daños psicológicos a largo plazo.

Escala EGEP-5 Evaluación Global del Estrés Postraumático

- Caracterización de la experiencia traumática

R.S indicó haber sufrido un único acontecimiento traumático, que es el que le genera malestar en la actualidad. El acontecimiento identificado es bullying, que sufrió en su etapa escolar y que valoró como de gravedad grave, viviéndolo con miedo e indefensión. Este acontecimiento implicó escenas desagradables y amenazas para su dignidad y honor.

- Cumplimiento de los criterios de TEPT

R.S cumple el criterio A del DSM 5, puesto que ha experimentado un acontecimiento traumático del que haya transcurrido más de un mes, también se cumplen los criterios referidos a la presencia de sintomatología postraumática (B, C, D, E, F), ya que presenta 5/5 Síntomas intrusivos, 2/2 de Evitación, 6/7 de Alteraciones cognitivas y del estado del ánimo y 3/6 de Alteraciones en la activación y reactividad. El criterio F de duración también se

cumple, puesto que indica que experimenta los problemas desde hace más de tres meses. Además, cumple con el criterio G, referido a Funcionamiento, porque presenta alteración en 5/7 áreas de funcionamiento en su diario vivir.

Por tanto, en base a la anterior información, se puede concluir que R.S cumple con todos los criterios para considerar que presenta TEPT.

CRITERIOS SEGÚN EL EGEP 5				
I	E	C	A	F
5/5	2/2	6/7	3/6	5/7
CRITERIOS SEGÚN EL DSM 5				
B	C	D	E	G
5/5	2/2	6/7	3/6	5/7

- Valoración normativa

Cuando se comparan las puntuaciones de R.S en las escalas de síntomas, con los baremos normativos de corrección, se observa que dos de sus puntuaciones se sitúan en niveles medio-altos, lo cual indica una intensidad esperable en relación con su sintomatología postraumática, dada la intensidad del bullying que sufrió, prestando especial atención en Síntomas Evitativos (E), con un puntaje de PC: 80 y Alteraciones cognitivas y del estado del ánimo (C), donde se da un puntaje de PC:75. Siendo las excepciones observables: Alteraciones en la activación y reactividad (A), con un puntaje de PC: 45 y Síntomas intrusivos, en un nivel medio-bajo (I), PC: 50. Estas sintomatologías alteran a su Funcionamiento cotidiano (F), con un nivel de afectación alto, PC: 85 Por lo cual, su puntaje total es de P.C: 60, calificando como TEPT de gravedad media-alta.

PUNTAJE DIRECTO					
I	E	C	A	F	Total
8/20	5/8	12/28	6/24	5/7	31
PERCENTILES					
I	E	C	A	F	Total
50	80	75	45	85	60

- Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos en la evaluación realizada a R.S, se concluye que presenta un TEPT de gravedad media-alta, a raíz del bullying sufrido durante su etapa escolar, tal como ella refiere al resumir su experiencia durante sus años en el colegio: *“Paraban chismeando y*

decían cosas feas de mí, que era una mongola y una autista, me hacían sentir tan mal que pensaba en matarme casi a diario”.

Dentro de su sintomatología postraumática parece especialmente relevante la referida a evitación, mencionando que: *“No quiero que escuche mis problemas y no haga nada otra vez, no me gusta hablar sobre eso”.*

Además, presenta una media-alta reactividad en sintomatología relacionada con alteraciones cognitivas y del estado del ánimo: *“No tengo recuerdos claros de ese día, prefiero olvidar, solo me acuerdo de mi expulsión y los gritos de mi curso y que al llegar a mi casa le conté todo lo que me había pasado por años a mis papás, tengo como flashes... de ahí, mi mente esta en blanco”.*

Por tanto, queda plasmado que la presencia de sintomatología postraumática es muy frecuente, llegando a afectar e interferir negativamente en el funcionamiento de gran parte de las áreas de su vida: *“No quiero tener amigos, no me quiero acercar a la gente, solo voy, doy mis exámenes y me vuelvo a casa, ya no vivo con mi papá, vivo sola desde que mi mamá murió, quisiera sentirme bien ahora que ya no estoy en un ambiente tan toxico como lo fue mi casa pero no puedo, en mi casa me encerraba cuando pasaban cosas feas y me sentía un poco mejor, pero en el colegio no podía, ellos estaban encima de mí siempre, no podía alejarme y tengo miedo, vivo con temor de que todo se repita y vuelva a sufrir”.*

Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2, Forma Reestructurada (MMPI 2 RF), Escala PSY-5

Teniendo en cuenta la puntuación natural obtenida por R.S, (escala por escala) el rango cualitativo que encaja en el rasgo de la personalidad clínica, Agresividad revisada (AGGR-r), es el de “ser sumisa y pasiva a nivel interpersonal”. Con un puntaje cuantitativo de 16 ($T \leq 39$), indicando sumisión en sus relaciones interpersonales: *“Prefiero no hablar con nadie, si por algún caso lo hicieran les digo siempre que sí, estoy acostumbrada a hacerlo, así ya no me dicen nada, pero como te dije, prefiero evitar el tener que hablar”.*

En el rasgo de la personalidad clínica, Psicoticismo revisado (PSYC-r), el rango cualitativo que obtuvo “Indica diversas experiencias asociadas con alteraciones del pensamiento”. Con un puntaje cuantitativo de 69 ($T \geq 65$), indicando que experimenta procesos de pensamiento

inusual y fenómenos perceptuales, sintiéndose ajena a los demás, llegando a manifestar pensamientos poco realistas: *“No siento que mi vida tenga un propósito, como si fuera otra persona, ¿sabes?, a ratos creo que me estoy atrapando a mí misma en mis recuerdos del colegio y me encierro en esas ideas... es una incertidumbre”*

Mientras que, en el rasgo de la personalidad clínica, Impulsividad-revisada (DISC-r), obtuvo como rango cualitativo a “Indica un comportamiento excesivamente reservado”. Con un puntaje cuantitativo de 36 ($T \leq 39$), indicando un comportamiento sumamente reservado: *“No quiero que me juzguen por nada, mejor me quedo muda y así se alejan, siempre me funciona”*.

Por otra parte, en el rasgo de la personalidad clínica, Neuroticismo-revisado (NEGE-r), obtuvo como rango cualitativo a “Experimenta emociones negativas; es propensa a la autocrítica y autoculparse, presentando ideas intrusivas”. Con un puntaje cuantitativo de 67 ($T \geq 65$), indicando que trata de no sentirse agobiada por emociones negativas ya que no le gusta que las personas la juzguen o se metan en su vida privada, puesto que presenta ideas intrusivas, se inhibe y auto sabotea y tiende a auto culparse, llegando a experimentar ansiedad e inseguridad: *“No quiero que se metan en mi vida y en mis cosas, odio eso, tengo miedo que todo vuelva a ser como lo del colegio y si me pasa algo, no tengo a nadie”*.

Finalmente, el rasgo de la personalidad clínica, Disminución de emociones positivas-revisado (INTR-r), obtuvo como rango cualitativo a “Pérdida de experiencias positivas y evitación de situaciones sociales, falta de interés pesimismo y socialmente introvertida”, Con un puntaje cuantitativo de 91 ($T \geq 65$) expresando y manifestando en su mayoría vivencias y experiencias negativas: *“Desde que mi mamá murió y decidí vivir sola sentí que perdí con más fuerza el control de mi vida, el bullying ya me lo había quitado, pero ahora no tengo ni quien me diga un hola... quisiera tenerlo pero me da muchísimo miedo que me hagan cosas, por eso prefiero estar encerrada, directo de la universidad a mi casa”*.

Cuestionario de Rojas para valorar la ansiedad (CDRVA)

Teniendo en cuenta la puntuación natural obtenida por R.S en el presente cuestionario, el rango cualitativo en el cual encajan sus resultados es el de Ansiedad muy grave (con un puntaje cuantitativo de 59/100). Además, presenta una intensidad Media en sintomatología ansiosa Física (21/40). Al consultarle sobre sobre los mismos relata: *“Tengo mareos, me*

levanto de la cama o de la computadora y me quiero caer y comienzo a sudar, pero es solo un ratito, no me pasa todo el tiempo... y si me quedo mucho rato pensando siento como un temblor en el parpado del ojo izquierdo”.

Por otra parte, presenta una intensidad sintomatología ansiosa Psíquica a nivel Medio (30/40); menciona que se halla inquieta, con nerviosismo e intranquilidad, lo cual la lleva a tener ataques de pánico, teniendo miedo a la muerte: *“No sé qué será de mi vida, me da nervios hacerlo, a veces vuelvo a pensar en morirme y que pasaría si lo hago, pero soy muy cobarde, sé que nunca lo haría (matarse) ¿y si vuelve a pasarme lo del colegio?”.*

En sintomatología ansiosa de Conducta puntúa en un nivel Medio (23/40), mencionando que: *“Y cuando lo que te comenté antes pasa, me quedo trabada, atascada en mis recuerdos y todo me da flojera, no quiero hacer nada, solo estar acostada”.*

Mientras que, en sintomatología ansiosa Cognitiva puntúa en un nivel Medio (32/40), indicando que tiende a tener un bloqueo intelectual, el cual, no podrá superar: *“Antes, estudiaba y hacia mis tareas y las de mis compañeros para que no me hicieran algo ellos o mi papá, siempre fui buena en los estudios, pero ahora que vivo sola no sé si valdrá la pena, no me siento con la fuerza para decir que lo estoy haciendo para mí por primera vez en mi vida”.*

Por otra parte, en sintomatología ansiosa Asertiva puntúa en un nivel Medio (21/40), expresando que le es difícil el poder decirle “no” a las personas y mostrar su desacuerdo, dificultándosele el hablar en público: *“Asiento a todo, así se alejan de mi... no quiero hablarles porque me da mucha vergüenza y temor, como te dije, lo que menos quiero es que me vuelvan a hacer bullying y salir lastimada, aunque rara vez alguien se anima a hablarme, creo que ya conocen que prefiero no decir nada”.*

PUNTUACIÓN TOTAL				
Puntaje cuantitativo			Rango cualitativo	
59 de 100 puntos totales			Ansiedad muy grave	
PUNTUACIÓN CUANTITATIVA POR SINTOMATOLOGIA ESPECIFICA				
Síntomas Físicos	Síntomas Psíquicos	Síntomas de Conducta	Síntomas Cognitivos	Síntomas Asertivos
21/40	30/40	23/40	32/40	21/40

PUNTUACIÓN CUALITATIVA EN SINTOMATOLOGÍA ESPECÍFICA				
Sintomatología a nivel Medio	Sintomatología a nivel Medio	Sintomatología a nivel Medio	Sintomatología a nivel Medio	Sintomatología a nivel Medio

Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

Teniendo en cuenta la puntuación natural obtenida por R.S en el presente inventario, el rango cualitativo en el que encajan sus resultados es el de Depresión Grave (con un puntaje cuantitativo de 29/63). De manera específica, en sintomatología cognitiva afectiva manifiesta presencia de tristeza y llanto, pesimismo, sentimientos de culpabilidad y fracaso, además de autocrítica y disconformidad hacia su persona: *“Muchas veces, al llegar a mi casa me quedo llorando, siento que no logro nada y se bien que es por mi miedo, es lo que me agarra y no me deja avanzar”*

Por otra parte, en sintomatología somático motivacional indica sentirse desvalorizada, con baja energía y cambios en sus hábitos de sueño, presentando irritabilidad, fatiga, cambios en su apetito y dificultad para concentrarse: *“No quiero hacer nada, me acuesto y me quedo ahí, no me quiero levantar ni para comer... lo único que hago es forzarme a estudiar, más por el miedo de antes... por lo del bullying, no por mí, me enoja ser así”*.

PUNTUACIÓN TOTAL	
Puntaje cuantitativo 29 de 63 puntos totales	Rango cualitativo Depresión grave

Escala de autoestima de Coopersmith Adultos

La puntuación natural obtenida por R.S en la presente escala, la sitúa en un rango cualitativo de autoestima total Muy Baja (con un puntaje cuantitativo de 4/21). Además, presenta una Muy Baja autoestima en el área Social (1/3), dando a entender que es una persona que presenta muchas dificultades para establecer sus relaciones interpersonales, ya que la presencia de otros le resulta incómoda, prefiriendo estar sola. Al indagar por medio de preguntas específicas, indica que: *“No quiero tener amigos, no me quiero acercar a la gente”*.

Por otra parte, en el área Laboral-Académica presenta una autoestima Muy Baja (1/1), dando a comprender que se siente rechazada y descontenta en su ámbito académico – laboral, puesto

que siente que no tiene las suficientes habilidades para desenvolverse en los mismos, ya que cree no merecer el tener buenas notas: *“Lo único que hago es forzarme a estudiar, más por el miedo de antes... por lo del bullying, no por mí, me enoja ser así”.*”

Mientras que, en el área Hogar, presenta una autoestima Muy Baja (0/2), indicando que se siente incómoda en su hogar: *“Desde que mi mamá murió y decidí vivir sola sentí que perdí con más fuerza el control de mi vida, el bullying ya me lo había quitado, pero ahora no tengo ni quien me diga un hola... quisiera tenerlo, pero me da muchísimo miedo que me hagan cosas, por eso prefiero estar encerrada, directo de la universidad a mi casa”.*

Por tanto, a nivel General, presenta una autoestima Muy Baja (3/11), teniendo predominancia de pensamientos y sentimientos negativos, autoculpándose y reprochándose por su situación actual, dando como consecuencia que se sienta mal consigo misma y con su entorno académico laboral. Motivo por el cual, su autoestima a nivel Total, es Muy Baja (con un puntaje cuantitativo de 5/21).

PUNTAJES CUANTITATIVOS					
Mentira	Social	Laboral-Académica	Hogar	General	Total
0/5	1/3	1/1	0/2	3/11	5/21
RANGO CUALITATIVO					
Resultados interpretables	Muy Baja	Muy Baja	Muy Baja	Muy Baja	Muy Baja

VIII. Síntesis diagnóstica

A partir de los resultados obtenidos mediante la aplicación de los presentes instrumentos se concluye que R.S sufrió de bullying muy constatado, el cual comenzó durante el inicio de su escolaridad primaria y se extendió hasta la secundaria. Esta situación la acompañó desde su niñez, prolongándose a su adolescencia, mermando al ingresar a la universidad, afectándola a nivel psicosocial, puesto que por el hostigamiento, intimidación, bloqueo, manipulación social, exclusión social y agresiones que ejercían en su contra, conllevaron al desarrollo de psicopatologías y trastornos relacionados con su estado anímico, llegando despreciarse, sintiéndose ansiosa y tener una autoimagen negativa. Además, fue agredida a nivel verbal y psicológico, manipulando a su entorno social para que no interactuaran con ella, por lo cual el

estrés que padecía dio lugar a somatización de síntomas, cargando hasta el día de hoy secuelas de ese entonces.

Estas secuelas le dejaron un TEPT grave, mismo que afecta a varias áreas de su funcionamiento cotidiano, puesto que la sintomatología que presenta se manifiesta en forma de alteraciones cognitivas y de su estado de ánimo, además de síntomas evitativos. Esto puede evidenciarse en sus rasgos de la personalidad, ya que a nivel clínico presenta alteraciones, especialmente en introversión y disminución de emociones positivas, además de psicoticismo, puesto que manifiesta diversas experiencias asociadas con alteraciones del pensamiento, con procesos inusuales en su pensamiento, sintiéndose ajena a los demás, al tener presencia marcada de ideas negativas, siendo muy autocrítica hacia sí misma, culpándose y auto saboteándose, no creyéndose merecedora de nada, tornándose pesimista, introvertida y reservada.

Siento esto causal y motivo para la aparición de ansiedad en grado muy grave, con una sintomatología psíquica, cognitiva, asertiva y conductual marcada, además de una depresión grave; por lo cual, su autoestima social, laboral-académica y del hogar también se vio afectada. En conclusión, la interacción entre estas variables remarca que el bullying sufrido durante toda su etapa escolar fue precursor de la aparición del TEPT en su adolescencia, llegando a instaurarse en los rasgos de su personalidad y posteriormente manifestarse como ansiedad y depresión, las cuales repercutieron negativamente en su autoestima general.

5.7 Caso 7

I. Datos personales

Nombre: T.N

Edad: 22

Sexo: Femenino

Lugar y fecha de nacimiento: Tja Bolivia - 17/08/2003

Escolaridad: Bachillerato; estudios universitarios en curso

Ocupación: Estudiante

II. Motivo de Consulta

Relata sentirse bajo mucho estrés y ansiedad, desconfiando de su entorno psicosocial, sintiéndose ajena al mismo, además de presentar alergia constante en sus brazos y piernas, mismos que merman su autoestima y bienestar psicológico.

III. Antecedentes personales

T.N es una joven estudiante de 22 años, nacida en la capital de Tarija; su contextura corporal es sumamente delgada, de tez pálida y semblante serio. Durante el transcurso de las sesiones, asistió a las mismas mostrando mucho cuidado en cubrir sus extremidades superiores e inferiores, indicando énfasis y esmero en su vestimenta, remarcando de este modo, un alto cuidado y bloqueo de su autoimagen personal, en especial en las áreas mencionadas.

T.N Inicia su relato clínico mencionando que es una persona reservada, de pocas palabras y renuente al contacto social: *“Me gusta no hablar si no me hablan primero, pero si me hablan puedo dar un poco de charla si no son temas personales”*. Remarca que esto se debe a que prefiere no tener que cargar con otros problemas que no sean los propios, puesto que considera que: *“Ya me pasó de todo en mi vida, no quiero tener que cargar con un dolor que no es mío y las personas que conozco me comienzan a contar sus cosas y no me gusta”*.

Motivo por el que, no suele tocar temas personales: *“Me hacen sentir mal, tengo mis motivos para no volver a revivir esos recuerdos... tengo un par de recuerdos muy feos, de cuando*

inicio el bullying". Por lo cual, durante el transcurso de las sesiones se procedió a respetar sus tiempos y silencios, estableciendo paso a paso el rapport, hasta lograr un vínculo terapéutico, mermando las barreras en la comunicación: *"En mi casa, todo normal, mi familia es lo que la gente llama como de clase alta, de plata, recuerdo pocas cosas de pequeña... no son cosas malas, pero tampoco buenas, fue algo normal"*.

T.N, refiere que, los problemas relacionados con el bullying en su vida comenzaron cuando ingresó al nivel inicial: *"Me inscribieron a un colegio privado, soy hija única y me querían dar la mejor educación, el kínder lo hice en otro privado pero mis papás me cambiaron porque decían que no enseñaban nada"*. Indagando el motivo de esta afirmación, refiere que: *"O sea, no es que no enseñaban bien, pero para ellos no fue suficiente y cuando me cambiaron al otro colegio no podía tener amigos, te comento; en ese colegio hay mucho hijo de políticos y funcionarios de la alcaldía y la gobernación, mis papás también lo eran y muchos de esos chiquis eran hijos de esos trabajadores ves, por eso no querían hablarme, imagino que les debieron decir es la hija de tal, no la hagas enojar, hacete su amiga, pero como éramos chiquis que íbamos a saber de esas cosas"*.

Este bloqueo y exclusión social no fue muy severo, pero se extendió durante años, en los cuales, si bien pudo tener amistades, estas fueron efímeras: *"No sabían cómo tratarme y yo tampoco como ser con ellos, lo veía normal... si tenía mis amigas y amigos, pero eran solo de hola, chau, préstame tu corrector y jugar con la pelota en educación física y mis papas decían que eran sonsos por hacer eso y que no les diera pelota"*.

Así transcurrió el tiempo, hasta que: *"A eso de los meses, estando ya casi en sexto, hicieron un traspaso de una chiqui de otro colegio al mío, esa chiqui estaba sonriente y amable cuando la profe le pidió presentarse, pero en el recreo se me acercó y me dijo que era la hija del X, (a solicitud de T.N, por motivos de privacidad y precautelando su anonimato y testimonio, se emplearan los seudónimos "X" e hija de "X" cuando se considere necesario) yo, chiqui, que iba a saber de esas cosas, pero esa chiqui era muy alzada, se salió a jugar al recreo y toditos la siguieron porque había llevado figuritas de un álbum que estaba de moda ese año y los comenzó a regalar"*.

T.N, indica que, a partir de ese momento, el bullying se intensificó: *"Después la hija del X vino al curso con los demás chiquis detrás de ella y me dijo mi papá es el X, así que vos, me*

tienes que hacer caso en todo, cuando yo quiera algo vos ese ratito lo tienes que hacer” y los demás chiquis se pusieron en un círculo alrededor mío a decir: Uhhhhhhhhh, y se reían, gritaban y me pegaban fuerte en la espalda y me tiraron papeles de sus cuadernos, como esos monos de las películas, tenía mucho miedo”.

Desesperada, sin saber qué hacer ante estas agresiones, salió corriendo a la parte más lejana de los jardines de su colegio, experimentando por primera vez una crisis de ansiedad: *“Me fui, corrí llorando, los chiquis de los otros cursos estaban en el recreo, me veían, pero no me decían nada, llegué a un jardincito que teníamos en el colegio, en donde plantábamos arbolitos y sentía la cabeza latiéndome fuerte... mucho calor, me costaba respirar y la cara me picaba, nadie fue a verme, cuando el recreo se pasó, volví al curso así, llorosa y la profesora me sacó afuera para hablar y mis compañeros ahí riéndose, no querían callarse, así que me llevaron a la dirección”*

Allí, la directora le pidió que relatara lo ocurrido: *“Me pidió muy amable que le contara todo... me dijo hijita, a ver, cuéntame, porque estas así, creo que fui muy confianzuda y pensé que ella entendería, no sé, pero cuando le dije, fue la chiqui nueva, la que es hija de X, me miró como asustada y me dijo, ay hijita, ella es así, pero es porque quiere ser tu amiguita, ¿no ve?*

A lo cual, la profesora que la había llevado a la dirección respondió: *“Si mamita, le voy a llamar para que se hagan amiguitas, ¿espera aquí con la profe (directora) ya?, yo sonsa, le vine a creer, ya estaba más calmada y la hija del X cuando llegó poco más y se pone a llorar igual... la víbora fingió re bien, nos dimos la mano, nos abrazamos, pero en el segundo recreo me dijo que me iba a pegar si volvía a decir algo, que ella era la hija del X y los demás, que de nuevo estaban ahí con ella de nuevo comenzaron a decir: Uhhhh”.*

Esto, generó nuevamente en T.N una crisis de ansiedad, alejándose corriendo de su curso, pero siendo seguida por su profesora: *“De nuevo me salí corriendo, la profesora supongo que estaba por ahí cerca, porque me siguió y me dijo, mamita, cálmate, ella es buenita yo voy a hablarle para que sean amiguitas, yo sonsa, llorando le volví a decir lo que me había dicho y nada, quedamos en que si volvía a pasar algo iban a llamar a mis papás y a los de la hija de X... así que ese día me hicieron sentar lejos de ella, en un banco delante de la profesora y cuando fue hora de salida me fui corriendo mientras mis compañeros se reían”*

Pasaron los días y las agresiones continuaron, sin embargo, a pesar de esto, no hubo llamadas a sus padres y T.N, prefirió no decir nada a los mismos: *“Mis papás están siempre en su mundo, para ellos la política es su vida, alguna vez quise contarles unas cosas, pero me ignoraron y me dolió, no estaban ni para mis tareas o ayudarme con algo que no entendiera, la empleada me ayudaba, a ellos no le importaba mucho que tuviera buenas o malas notas, solo que fuera al colegio y no hiciera problemas ya les bastaba”*.

Por lo cual, se mantuvo en silencio, hasta que una semana más tarde, al presentarse a clases: *“La profesora, cuando me vio llegar al curso me llevó a la dirección de nuevo con la hija de X y la directora nos dijo que ya no quería peleas y que nos quería a las dos y le dolía vernos así, que ya era mucho tiempo y que para que nos lleváramos mejor nos íbamos a sentar juntas todos los días hasta que fuéramos las mejores amigas”*.

Para T.N, esta decisión significó el acrecentamiento del bullying que sufría: *“De nuevo, la hija de X, ese ratito todo sonrisas, disculpas y cariño re falso, después en el recreo de nuevo me amenazo, pero ya no solo era conmigo la amenaza, me dijo que desde que me había visto sabía quién era mi papá y mamá y cuando ella quisiera le decía a su papa, el X, que los despidan a los míos y así ya no me iba a tener que ver a mi más en el colegio... me dijo que cuidadito con estar hablando algo porque iba a terminar sin nada mi familia y yo por miedo, le hacía caso, porque no parecía mentira, todos le hacíamos caso, le compraban sus cosas o le daban plata si pedía”*

Con los años, T.N, convirtió el abuso sufrido en parte de su rutina, llegando a normalizarlo, ya que: *“Ya con el tiempo me di cuenta por los chismes que se iban sabiendo... porque la hija de X no le caía a nadie, de que a ella la habían transferido del otro colegio al mío por lo mismo que estaba haciendo aquí, lo hacía allá, pero aquí, ella tenía la protección de la directora y los profesores, nunca le decían nada, aunque se quejaban, siempre decían que iban a hablar con la psicóloga e iban a traer expertos de una ONG para hablar sobre bullying y que se estaban capacitando con la alcaldía para hacer programas, pero no pasaba nada... y como no pasaba nada, yo me acostumbre a hacer lo que me decía, por miedo”*.

Este constante hostigamiento y violencia, le generaron una fuerte somatización de sus síntomas: *“En la pre promo me comenzó a salir una alergia, primero en las piernas... luego en los brazos, yo no le daba importancia pero me di cuenta que cuando pasaba algo feo en el*

colegio aparecía más y más fuerte la alergia y me picaba mucho, fui al dermatólogo por mi cuenta porque no le quería decir a mis papás y como ellos siempre paran trabajando y en campañas, tampoco se dieron cuenta de que me estaba pasando algo, solo la empleada sabía... pero ella tampoco decía nada”.

Además, comenzó a presentar sintomatología asociada a la desrealización, la cual, la acompaña hasta el día de hoy: *“No tenía con quien hablar, mis papás en su trabajo, en su política, no tenía amigos... todos eran amigos de la hija de X, yo estaba sentada con ella siempre y en el curso fingía ser la chica perfecta, pero después se le salía lo víbora, hasta a las de los quioscos del colegio las tenía amenazadas, les iba a decir que era la hija de X y que le fiaran, porque nunca le gustaba pagar con su plata, pagaba con la que se hacía dar con los demás pero con la de ella no, me sentía perdida, mal, bien mal, no quería creer que estuviera viviendo mi vida, en ese tiempo veía una serie china de Netflix sobre el bullying y me imaginaba que yo era la de la serie, me sentía muy rara, no sé cómo explicártelo... mmmm, para que me entiendas mejor, a veces, ahora, vuelve, si... en estos meses, será porque tengo mucho en que pensar, A veces, ahora, vuelve, si... en estos meses, será porque tengo mucho en que pensar, siento la mente pesada, perdida”.*

Por otra parte, refiere que cayó en depresión, ya que: *“Todo me entristecía y lloraba, cualquier cosa, una canción, una película, ver los perritos sin comida en la calle, me sentía re mal y me volvía a mi casa y me quedaba tirada en mi cama, me costaba hasta levantar los brazos, los sentía muy pesados, como si todo mi cuerpo fuera un muñeco pesado, ahora, igual es así, alejo mi malestar, no lo quiero pensar, pero termina pasando”.*

Menciona que el bullying no paró hasta su último día en el colegio: *“Me gradué del colegio sin que le hayan hecho nada a ella, creo que me veían peor a mí que a ella... porque no le decían nada y a mí me molestaban por todo”*

Al indagar más sobre esto, T.N, refiere que: *“A veces iba muy mal al colegio, no podía dormir bien y sentía mi cuerpo pesado y me decían que me veía fea... llena de granos y con manchas en la piel por la alergia que tenía, no quiero acordarme de los apodos que me pusieron; mis profesores decían que me tenía que cuidar, que estaba muy dejada y a ella le decían que era re linda, que tenía buenas notas... ahora está en Europa, como si fuera su premio por todo lo*

que me hizo en el colegio, la gente dice que a los malos les pasan cosas malas, pero parece que hay gente mala a la que nunca le pasa nada”.

Por otra parte, indica que, actualmente trata de asistir a terapia psicológica, para de este modo superar el flagelo del bullying en su vida: *“Me obligo a ir a terapia, no tenía confianza para hablar cuando estaba iniciando, es que la psicóloga en el colegio rara vez aparecía a dar charlas sobre el bullying a los cursos y nos decía que teníamos que ser amigos porque éramos un equipo... pero ya vi que como en todo hay buenos y malos profesionales, creo que por eso me animé a hablar, me siento rara al hacerlo porque así no soy yo, si me dicen hace esto, hago, antes se aprovechaban mucho de mí por esa razón y hacer algo como esto, de hablar es nuevo, ojalá no sea para mal”.*

Además, menciona que, el bullying le dejó secuelas que la acompañan en su día a día actual: *“Deja secuelas, tengo diagnosticada depresión y ansiedad y es muy difícil que me anime a tener amigos y salir, trato, pero me cuesta mucho, siento envidia de la gente que es extrovertida porque para ellos es muy fácil, pero por más que intento termino callándome antes de poder decir algo, tengo dos amigas en la U a las que les pasó algo parecido a lo mío y nos apoyamos entre nosotras y lo que más me duele ver es la alergia, sentirla, no se va y no me gusta... tampoco mis ojeras, tuve un pretendiente pero cuando me vio la alergia se alejó de mí y desde ahí me cubro más, me da pena, me hace sentir fea, con culpa de ser así”.*

T.N, cierra su relato refiriendo que: *“Quisiera que no haya bullying, las profesoras decían que en chiquis, era normal, que a todos nos pasaría alguna vez, pero, ¿Ves normal que se tenga que ir a sufrir al colegio?, ojalá cosas como esta sirvan para hacer ver la realidad de Tarija y como los mismos profesores y colegios tapan lo que pasa por su prestigio o muñeca con alguien de plata, ¿y luego qué?, ¿qué pasa con los que nos tocó sufrir?, no quiero vivir esto, mi vida está mal, todo lo que siento o me pasa es malo”.*

IV. Antecedentes familiares

La familia de T.N está conformada por su madre y su padre, puesto que es hija única y no convive con otros familiares; menciona que la relación con su padre es indiferente: *“Mas para al pendiente de cómo van las cosas en su partido que de mi vida, no es malo mi papá, es solo que él cree que el dinero es lo que importa y capaz tiene razón, pero desearía que se hubiera*

dado cuenta de mis cosas, de las señales que les daba, él nunca se enteró del bullying, no pude decirle... estoy segura de que hubiera dicho que no le de importancia, como hicieron esa vez cuando estaba en primaria y era una chiqui, estoy segura de que hubiera dicho lo mismo que la psicóloga del colegio o capaz igual la cubrían a la víbora”.

Respecto a su madre, refiere que su relación es frustrante puesto que: *“Siempre está en reuniones y entrevistas, es una persona muy sociable y eso me molesta, ¿cómo es tan sociable y cariñosa con la gente de la calle y conmigo no lo es?, me frustra, había veces, cuando era chiqui que ella si me cuidaba, me peinaba y me regalaba cosas que me gustaban, pero fui creciendo y todo eso se lo dejaron a la empleada y esa señora es muy seca, no me transmite confianza, mi mamá en eso es como mi papá, que cree que si me dan todo lo que necesito ya están cumpliendo y no es así... tampoco le pude decir nada del bullying por ese motivo y aparte, ¿si de verdad la hija de X hacia que los despidan? ”.*

Finalmente, en relación a enfermedades o antecedentes psicológicos en su familia, T.N menciona que no existieron o existen casos clínicos de relevancia que ella pueda recordar o que le hayan referido, siendo su propia persona la única en presentar un diagnóstico clínico por trastorno depresivo y ansiedad, asistiendo a terapia psicológica con regularidad.

V. Observaciones del entrevistador

Se aplicaron tres sesiones de un lapso de tiempo aproximado de sesenta minutos cada una, si bien, su discurso fue coherente durante el transcurso de las mismas, presentó alteraciones del estado anímico y corporal. En la primera sesión T.N presentó incapacidad de habla en relación a diversos temas concernientes con su entrevista clínica, sus mecanismos de defensa se activaron en preguntas relacionadas con los recuerdos de su niñez, siendo el punto más álgido, sus relaciones interpersonales, teniendo alteraciones en la modulación vocal (susurros y voz quebrada), temblores en sus extremidades del tren superior e inferior y presencia de sudoración y palidez, por lo cual se procedió a aplicarle ejercicios de respiración, más la relajación muscular progresiva de Jacobson, brindándole contención emocional, para posteriormente, reprogramar la sesión.

Durante el desarrollo de la segunda sesión, al tocar temas relacionados con su familia y relación con sus compañeros de curso durante su etapa escolar secundaria y entrada su

adolescencia presentó nuevamente alteraciones en la modulación vocal (voz cascada) y sensación de pesadez en sus brazos, por lo cual, se hizo una pausa, de 15 minutos, para aplicarle el entrenamiento autógeno de Schultz; logrando estabilizarse y poder continuar con su relato.

Finalmente, en el transcurso de la sesión número tres, presentó una crisis de llanto, por lo cual, se le brindó contención emocional por medio de la técnica de la silla vacía, logrando estabilizarse y avanzar con su entrevista clínica, brindándole pausas para poder estabilizar su respiración, mediante técnicas de relajación, pudiendo finalizar la misma con un estado anímico calmo y sereno.

VI. Instrumentos utilizados

- Cuestionario/autoinforme (AVE) Acoso y violencia escolar
- Escala EGEP-5 Evaluación Global del Estrés Postraumático
- Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2, Forma Reestructurada (MMPI 2 RF), Escala PSY-5
- Cuestionario de Rojas para valorar la ansiedad (CDRVA)
- Inventario de depresión de Beck (BDI-II)
- Escala de autoestima de Coopersmith (CSEI Adultos)

VII. Análisis e interpretación de los resultados

Cuestionario/autoinforme (AVE) Acoso y violencia escolar

Según los datos recopilados y proporcionados por T.N (en el cuestionario/autoinforme AVE), se confirma que sufrió a nivel general de acoso escolar (bullying) muy constatado a nivel global, PC:99, con una intensidad de P.C: 99. Mientras, que a nivel específico, durante su etapa escolar secundaria, presentó afectación muy constatada en las áreas de: Hostigamiento, Intimidación, Amenazas, Bloqueo social, Manipulación Social y Agresiones.

ESCALAS DE ACOSO							
Hostigamiento	Intimidación	Amenazas	Coacciones	Bloqueo social	Exclusión social	Manipulación social	Agresiones
PUNTAJE DIRECTO							
24	8	4	6	10	10	13	10

PERCENTIL							
99	99	99	99	99	99	99	99
Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso muy constatado

La escala Hostigamiento confirma que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje directo de 24 y un percentil de 99, el cual se manifestó en faltas de respeto, en el desprecio y falta de consideración hacia su dignidad como persona.

Por otra parte, en la escala de Intimidación, se confirma que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje directo de ocho y un percentil de 99, mismo que se manifestó en conductas hacia su persona de persecución, amedrentamiento y consumo emocional mediante acciones intimidatorias, buscándole inducirle miedo.

De similar modo, en la escala de Amenazas, se confirma que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje de cuatro y un percentil de 99, manifestándose en conductas de amilanamiento contra su integridad física, la de su familia y extorsión.

En la escala Coacciones, se confirma que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje directo de seis y un percentil de 99, mismo que se manifestó en conductas que pretendían que realizara actos en contra de su voluntad, ejerciéndole un sometimiento y dominio por encima de esta, proporcionándoles beneficios a los perpetradores, silenciándose por miedo.

Por otra parte, la escala Bloqueo Social, con un puntaje directo de diez y un percentil de 99, confirmando que sufrió de bullying muy constatado, mismo que se presentó en conductas que aislamiento social y marginación.

La escala Exclusión Social, confirma con un puntaje directo de diez y un percentil de 99, que sufrió de bullying muy constatado, el cual se presentó en conductas de ninguneo hacia su persona, generándole un vacío social.

Además, en la escala de Manipulación Social, se confirma que existieron comportamientos hacia su persona, con un puntaje directo de trece y un percentil de 99, las cuales le generaban una distorsión de su imagen social hacia sus pares, creando en ella la sensación de que se merecía todo lo que le estaba pasando.

Finalmente, la escala Agresiones, confirma que sufrió de conductas de agresión, física, verbal y psicológica, con un puntaje directo de diez y un percentil de 99, manifestándose en gritos, insultos, burlas y golpes en la espalda.

En complementación, el cuestionario/autoinforme AVE, posee ocho escalas clínicas, las cuales son consecuencias directas del bullying sufrido y evalúan diversas psicopatologías que llegaron a afectar a T.N durante su etapa escolar, constatando que sufrió de: Ansiedad, Estrés Postraumático, Distimia, Disminución de Autoestima, Flashbacks, Somatización, Autoimagen Negativa y Autodesprecio.

ESCALAS CLÍNICAS							
Ansiedad	Estrés Postraumático	Distimia	Disminución de Autoestima	Flashbacks	Somatización	Autoimagen Negativa	Autodesprecio
PUNTAJE DIRECTO							
9	16	11	11	4	8	9	8
PERCENTIL							
99	99	99	99	99	99	99	99
Muy constatada	Muy constatado	Muy constatada	Muy constatada	Muy constatada	Muy constatada	Muy constatada	Muy constatada

La escala clínica Ansiedad, con un puntaje directo de nueve y un percentil de 99, constata que T.N tuvo presencia de sintomatología propia de este trastorno, en sus dimensiones físicas, cognitivas y asertivas; ya que, mientras más ansiosa se sintiese en sus años escolares, más alta era la probabilidad de ser percibida por sus compañeros como vulnerable y, por tanto, mayor fue el bullying que recibió en su diario vivir.

Por otra parte, la escala clínica Estrés Postraumático, con un puntaje directo de 16 y un percentil de 99, constata que existió la presencia de sintomatología propia de este trastorno relacionada con acontecimientos vividos en el ámbito escolar como ser la hipervigilancia, el aislamiento social, la hipersensibilidad a la crítica y la invasión de visualizaciones recurrentes.

La escala clínica sobre Distimia, con un puntaje directo de once y un percentil de 99, evalúa constata que existió la presencia de sintomatología relacionada con la misma, presente en forma de cambios de humor bruscos, tristeza, desesperanza y retraimiento social, más un estado anímico depresivo.

De similar modo, la escala clínica, Disminución de autoestima, con un puntaje directo de once y un percentil de 99, constata que la misma fue mermada, debido al bullying e insultos que

sufría, las agresiones y la exclusión social. La escala clínica Flashbacks, con un puntaje directo de 4 y un percentil de 99, constata que existió la presencia de episodios traumáticos, que repercutieron en la aparición del síndrome de estrés postraumático al ser un trauma no digerible para ella durante su niñez y adolescencia, manifestándose en imágenes, sensaciones o recuerdos no deseados, además de pesadillas y disociación de recuerdos.

Respecto a la escala clínica Somatización, con un puntaje directo de ocho y un percentil de 99, constata que existió manifestación física de síntomas psicósomáticos en el cuerpo de T.N, producto del bullying sufrido.

Sobre la escala clínica, Autoimagen Negativa, con un puntaje directo de nueve y un percentil de 99, constata que existió la presencia de cambios importantes su autopercepción, ya que las humillaciones y vejaciones le hacían creer ser merecedora de todo lo que le estaba pasando.

La escala clínica, Autodesprecio, con un puntaje directo de ocho y un percentil de 99, constata que producto del bullying sufrido, existió una alteración en su autoimagen, poniendo en evidencia actitudes de odio y desprecio hacia sí misma.

En conclusión, en base a lo anteriormente mencionado, se confirma que T.N sufrió de bullying muy constatado durante su etapa escolar en las áreas de: Hostigamiento, Intimidación, Amenazas, Coacciones, Bloqueo Social, Exclusión Social, Manipulación Social y Agresiones, durante la gran parte de su vida colegial, de forma continua y repetitiva.

Además de constatar que existió presencia de: Ansiedad, Estrés Postraumático, Distimia, Disminución de Autoestima, Flashbacks, Somatización, Autoimagen Negativa y Autodesprecio, dejándole secuelas y daños psicológicos a largo plazo.

Escala EGEP-5 Evaluación Global del Estrés Postraumático

- Caracterización de la experiencia traumática

T.N indicó haber sufrido un único acontecimiento traumático, que es el que le genera malestar en la actualidad. El acontecimiento identificado es bullying, que sufrió en su etapa escolar primaria y secundaria, el cual, valoró como de gravedad grave, viviéndolo con miedo e indefensión. Este acontecimiento implicó una amenaza para su integridad física, escenas desagradables y amenazas para su dignidad personal y honor.

- Cumplimiento de los criterios de TEPT

T.N cumple el criterio A del DSM 5, puesto que ha experimentado un acontecimiento traumático del que haya transcurrido más de un mes, también se cumplen los criterios referidos a la presencia de sintomatología postraumática (B, C, D, E, F), ya que presenta 5/5 Síntomas intrusivos, 2/2 de Evitación, 4/7 de Alteraciones cognitivas y del estado del ánimo y 4/6 de Alteraciones en la activación y reactividad.

El criterio F de duración también se cumple, puesto que indica que experimenta los problemas desde hace más de tres meses. Además, cumple con el criterio G, referido a Funcionamiento, porque presenta alteración en 5/7 áreas de funcionamiento en su diario vivir.

Por tanto, en base a la información anterior, se puede concluir que T.N cumple con todos los criterios para considerar que presenta TEPT. Además, ha puntuado afirmativamente al ítem 48, indicador de TEPT con síntomas disociativos en desrealización.

CRITERIOS SEGÚN EL EGEF 5				
I	E	C	A	F
5/5	2/2	7/7	4/6	7/7
CRITERIOS SEGÚN EL DSM 5				
B	C	D	E	G
5/5	2/2	7/7	4/6	7/7

- Valoración normativa

Cuando se comparan las puntuaciones de T.N en las escalas de síntomas, con los baremos normativos de corrección, se observa que sus puntuaciones se sitúan en niveles altos y medio altos, lo cual indica una intensidad esperable en relación con su sintomatología postraumática, dada la intensidad del bullying que sufrió, prestando especial atención en Síntomas Evitativos (E), donde se da un puntaje de PC:90, Alteraciones cognitivas y del estado del ánimo (C), PC: 90. Y a niveles medio-altos: Síntomas Intrusivos (I), PC: 75 y Alteraciones en la activación y reactividad (A), PC: 70. Esta sintomatología actual altera a su Funcionamiento cotidiano (F), con un nivel de afectación alto, PC: 98. Por lo cual, su puntaje total es de P.C: 90, calificando como TEPT de gravedad alta.

PUNTAJE DIRECTO					
I	E	C	A	F	Total
12/20	6/8	18/28	11/24	7/7	45
PERCENTILES					
I	E	C	A	F	Total
75	90	90	70	98	90

- Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos en la evaluación realizada a T.N, se concluye que presenta un TEPT de gravedad alta, a raíz del bullying sufrido durante su etapa escolar, tal como ella refiere al resumir su experiencia durante sus años en el colegio: *“Una chica se la agarro conmigo y desde ahí me usaron como quisieron”*. Dentro de su sintomatología postraumática parece especialmente relevante la referida a sintomatología y pensamientos evitativos: *“Ahora, igual es así, alejo mi malestar, no lo quiero pensar, pero termina pasando”*.

De igual relevancia, en sintomatología cognitiva y del estado de ánimo, menciona que: *“Tengo diagnosticada depresión y ansiedad y es muy difícil que me anime a tener amigos y salir, trato, pero me cuesta mucho, siento envidia de la gente que es extrovertida porque para ellos es muy fácil, pero por más que intento termino callándome antes de poder decir algo”*. *“Tuve un pretendiente, pero cuando me vio la alergia se alejó de mí y desde ahí me cubro más, me da pena, me hace sentir fea, con culpa de ser así”*.

Además, presenta síntomas intrusivos, ya que presenta malestar, flashbacks y somatización al recordar el acontecimiento: *“Lo que más me duele ver es la alergia, sentirla, no se va y no me gusta”*.

Por otra parte, existe presencia de sintomatología en alteraciones en la activación y reactividad, puesto que indica que: *“Todo me entristecía y lloraba, cualquier cosa, una canción, una película, ver los perritos sin comida en la calle, me sentía re mal”*. *“Ahora, igual es así, alejo mi malestar, no lo quiero pensar, pero termina pasando”*.

Por tanto, queda plasmado que la presencia de sintomatología postraumática es muy frecuente, llegando a afectar e interferir negativamente en el funcionamiento de gran parte de las áreas de su vida: *“No quiero vivir esto, mi vida está mal, todo lo que siento o me pasa es malo”*.

Finalmente, T.N refiere que: *“A veces, ahora, vuelve, si... en estos meses, será porque tengo mucho en que pensar, siento la mente pesada, perdida”*. Por lo cual, queda verificada la presencia de sintomatología disociativa con desrealización.

Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2, Forma Reestructurada (MMPI 2 RF), Escala PSY-5

Teniendo en cuenta la puntuación natural obtenida por T.N, (escala por escala) el rango cualitativo que encaja en el rasgo de la personalidad clínica, Agresividad revisada (AGGR-r), es el de “ser sumisa y pasiva a nivel interpersonal”. Con un puntaje cuantitativo de 22 ($T \leq 39$), indicando sumisión en sus relaciones interpersonales: *“Me siento rara al hacerlo porque así no soy yo, si me dicen hace esto, hago, antes se aprovechaban mucho de mí por esa razón y hacer algo como esto, de hablar es nuevo, ojalá no sea para mal”*.

En el rasgo de la personalidad clínica, Psicoticismo revisado (PSYC-r), el rango cualitativo que obtuvo “indica poca presencia de alteraciones de pensamiento”. Con un puntaje cuantitativo de 56 ($T \leq 39$), indicando que experimenta procesos de pensamiento inusual y fenómenos perceptuales, sintiéndose ajena a los demás, llegando a manifestar pensamientos poco realistas a nivel medio, no llegando a ser recurrentes, pero si estando presentes de manera esporádica, puesto que sobrepasa ampliamente la puntuación mínima y está más cerca de una puntuación alta ($T \geq 65$) y según sus propias palabras: *“No quería creer que estuviera viviendo mi vida, en ese tiempo veía una serie china de Netflix sobre el bullying y me imaginaba que yo era la de la serie, me sentía muy rara, no sé cómo explicártelo... mmmm, para que me entiendas mejor, a veces, ahora, vuelve, si... en estos meses, será porque tengo mucho en que pensar, A veces, ahora, vuelve, si... en estos meses, será porque tengo mucho en que pensar, siento la mente pesada, perdida”*.

Mientras que, en el rasgo de la personalidad clínica, Impulsividad-revisada (DISC-r), obtuvo como rango cualitativo a “Indica un comportamiento excesivamente reservado”. Con un puntaje cuantitativo de 32 ($T \leq 39$), indicando un comportamiento sumamente reservado: *“Es muy difícil que me anime a tener amigos y salir, trato, pero me cuesta mucho, siento envidia de la gente que es extrovertida porque para ellos es muy fácil, pero por más que intento termino callándome antes de poder decir algo”*.

Por otra parte, en el rasgo de la personalidad clínica, Neuroticismo-revisado (NEGE-r), obtuvo como rango cualitativo a “Experimenta emociones negativas; es propensa a la autocrítica y autoculparse, presentando ideas intrusivas”. Con un puntaje cuantitativo de 67 ($T \geq 65$), indicando que trata de no sentirse agobiada por emociones negativas ya que no le gusta que las personas la juzguen o se metan en su vida privada, puesto que presenta ideas intrusivas, se inhibe y auto sabotea y tiende a auto culparse, llegando a experimentar ansiedad e inseguridad: *“Ya me pasó de todo en mi vida, no quiero tener que cargar con un dolor que no es mío y las personas que conozco me comienzan a contar sus cosas y no me gusta”, “No lo quiero pensar, pero termina pasando”, “Tuve un pretendiente pero cuando me vio la alergia se alejó de mí y desde ahí me cubro más, me da pena, me hace sentir fea, con culpa de ser así”*

Finalmente, el rasgo de la personalidad clínica, Disminución de emociones positivas-revisado (INTR-r), obtuvo como rango cualitativo a “Pérdida de experiencias positivas y evitación de situaciones sociales, falta de interés pesimismo y socialmente introvertida”, Con un puntaje cuantitativo de 83 ($T \geq 65$) expresando y manifestando en su mayoría vivencias y experiencias negativas: *“Todo me entristecía y lloraba, cualquier cosa, una canción, una película, ver los perritos sin comida en la calle, me sentía re mal y me volvía a mi casa y me quedaba tirada en mi cama, me costaba hasta levantar los brazos, los sentía muy pesados, como si todo mi cuerpo fuera un muñeco pesado, ahora, igual es así, alejo mi malestar, no lo quiero pensar, pero termina pasando”*.

Cuestionario de Rojas para valorar la ansiedad (CDRVA)

Teniendo en cuenta la puntuación natural obtenida por T.N en el presente cuestionario, el rango cualitativo en el que encajan sus resultados es el de Ansiedad muy grave (con un puntaje cuantitativo de 88/100). Además, presenta una intensidad Alta en sintomatología ansiosa Física (52/60). Al consultarle sobre los mismos relata: *“Me agito y eso, me da temblores y bueno, mi alergia”*. Por otra parte, presenta una intensidad sintomatología ansiosa Psíquica a nivel alto (51/60); menciona que algunas veces padece de nerviosismo e intranquilidad, lo cual la lleva a tener ataques de pánico y sentirse distinta, como si estuviera perdiendo su propia identidad: *“A veces, ahora, vuelve, si... en estos meses, será porque tengo mucho en que pensar, siento la mente pesada, perdida”*.

En sintomatología ansiosa de Conducta puntúa en un nivel Alto (54/60), mencionando que: *“Me costaba hasta levantar los brazos, los sentía muy pesados, como si todo mi cuerpo fuera un muñeco pesado, ahora, igual es así, alejo mi malestar, no lo quiero pensar, pero termina pasando”, “y eso... ando desganada”*.

Mientras que, en sintomatología ansiosa Cognitiva puntúa en un nivel Alto (56/60), indicando que tiende a tener rumiación, incurriendo en pensamientos fatalistas y generándose bloqueos de pensamiento, llegando a creer que un cambio radical en su vida es la única forma de cambiar las cosas: *“La hija de X, me viene a la cabeza seguido, me bloquea, quiero que se pierda de mi vida”*. Por otra parte, en sintomatología ansiosa Asertiva puntúa en un nivel Medio (36/40), expresando que le es difícil el poder decirle “no” a las personas cuando le piden algo, dificultándosele iniciar una conversación, prefiriendo la soledad a estar con desconocidos y sintiéndose avergonzada ante los demás, razón por la cual prefiere la soledad a la convivencia social: *“Me gusta no hablar si no me hablan primero, pero si me hablan puedo dar un poco de charla si no son temas personales”, “Es muy difícil que me anime a tener amigos y salir, trato, pero me cuesta mucho, siento envidia de la gente que es extrovertida porque para ellos es muy fácil, pero por más que intento termino callándome antes de poder decir algo”*.

PUNTUACIÓN TOTAL				
Puntaje cuantitativo			Rango cualitativo	
88 de 100 puntos totales			Ansiedad muy grave	
PUNTUACIÓN CUANTITATIVA POR SINTOMATOLOGIA ESPECIFICA				
Síntomas Físicos	Síntomas Psíquicos	Síntomas de Conducta	Síntomas Cognitivos	Síntomas Asertivos
52/60	51/60	54/60	56/60	36/60
PUNTUACIÓN CUALITATIVA EN SINTOMATOLOGÍA ESPECIFICA				
Sintomatología a nivel Alto	Sintomatología a nivel Alto	Sintomatología a nivel Alto	Sintomatología a nivel Alto	Sintomatología a nivel Medio

Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

Teniendo en cuenta la puntuación natural obtenida por T.N en el presente inventario, el rango cualitativo en el que encajan sus resultados es el de Depresión Grave (con un puntaje cuantitativo de 39/63). De manera específica, en sintomatología cognitiva afectiva manifiesta

presencia de tristeza y llanto, pesimismo, sentimientos de culpabilidad y fracaso, además de autocrítica y disconformidad hacia su persona: *“Te acuerdas que te conté de mi pretendiente... de lo que vio mi alergia, me senté en mi cama a llorar, no quiero mirarme ni en fotos, hago la cabeza a un lado, voy a morirme sola”*.

Por otra parte, en sintomatología somático motivacional indica sentirse desvalorizada, con baja energía y cambios en sus hábitos de sueño, presentando irritabilidad, fatiga, cambios en su apetito y dificultad para concentrarse: *“Me costaba hasta levantar los brazos, los sentía muy pesados, como si todo mi cuerpo fuera un muñeco pesado, ahora, igual es así, alejo mi malestar, no lo quiero pensar, pero termina pasando”, “y eso... ando desganada”*.

PUNTUACIÓN TOTAL	
Puntaje cuantitativo	Rango cualitativo
39 de 63 puntos totales	Depresión grave

Escala de autoestima de Coopersmith Adultos

La puntuación natural obtenida por T.N en la presente escala, la sitúa en un rango cualitativo de autoestima total Muy Baja (con un puntaje cuantitativo de 9/21). Además, presenta una Muy Baja autoestima en el área Social (1/3), dando a entender que es una persona que presenta muchas dificultades para establecer sus relaciones interpersonales, ya que la presencia de otros le resulta incómoda, prefiriendo estar sola. Al indagar por medio de preguntas específicas, indica que: *“Me gusta no hablar si no me hablan primero, pero si me hablan puedo dar un poco de charla si no son temas personales”, “Es muy difícil que me anime a tener amigos y salir, trato, pero me cuesta mucho, siento envidia de la gente que es extrovertida porque para ellos es muy fácil, pero por más que intento termino callándome antes de poder decir algo”*.

Por otra parte, en el área Laboral-Académica presenta una autoestima Muy Baja (1/1), dando a comprender que se siente rechazada y descontenta en su ámbito académico – laboral, puesto que cree no tener las suficientes habilidades para desenvolverse en los mismos: *“Estoy estudiando para dar contento a mis papás, no quisiera hacerlo... no fui buena en el colegio, la empleada hacia mi tarea y también le hacía hacer la tarea de la hija de X, yo tenía miedo de hacerla mal y que se desquite conmigo”*.

Mientras que, en el área Hogar, presenta una autoestima Baja (3/3), indicando que sus relaciones familiares no le satisfacen, lo que le genera distanciamiento y escaso compromiso familiar: *“Sé que ellos no son malos, solo hubiera querido que me escucharan, preguntado de mí y no solo oírlos hablar sin poder decirles nada por sus cosas de política y de ganar plata”*.

Por tanto, a nivel General, presenta una autoestima Muy Baja (4/11), teniendo predominancia de pensamientos y sentimientos negativos, autoculpándose y reprochándose por su situación actual, dando como consecuencia que se sienta mal consigo misma y con su entorno social, familiar (hogar) y académico. Motivo por el cual, su autoestima a nivel Total, es Muy Baja (con un puntaje cuantitativo de 9/21).

PUNTAJES CUANTITATIVOS					
Mentira	Social	Laboral-Académica	Hogar	General	Total
0/5	1/3	1/1	3/3	4/11	9/21
RANGO CUALITATIVO					
Resultados interpretables	Muy Baja	Muy Baja	Baja	Muy Baja	Muy Baja

VIII. Síntesis diagnóstica

A partir de los resultados obtenidos mediante la aplicación de los presentes instrumentos se concluye que T.N sufrió de bullying muy constatado, el cual comenzó desde el momento en el que ingreso al colegio, iniciando en su etapa escolar primaria y acrecentándose en la secundaria. Esta situación la acompañó desde su niñez, pasando a su adolescencia, hasta su graduación, afectándola a nivel psicosocial, puesto que, con el hostigamiento, el bloqueo social, agresiones y manipulaciones que ejercían en su contra, se desarrollaron psicopatologías y trastornos relacionados con su estado anímico, llegando despreciarse y tener una autoimagen negativa. Además, al ser excluida y bloqueada socialmente, el estrés que padecía dio lugar a somatización de síntomas, que rápidamente se convirtieron en ansiedad y depresión, cargando hasta el día de hoy las secuelas de ese entonces.

Estas, le dejaron un TEPT grave, mismo que afecta a varias áreas de su funcionamiento cotidiano, puesto que la sintomatología que presenta viene hacia ella en forma de pensamientos intrusivos, evitativos y merma su capacidad cognitiva y del estado de ánimo, presentando alteraciones en la activación y reactividad, llegando a manifestar desrealización.

Asimismo, esto puede evidenciarse en sus rasgos de la personalidad, ya que a nivel clínico presenta alteraciones, especialmente en su capacidad de experimentar emociones positivas, tornándose pesimista e introvertida, llevándola a manifestar una baja impulsividad, siendo muy reservada con sus pares, además de llegar a tener rasgos de personalidad neuróticos, en su pensamiento y fenómenos perceptuales, sintiéndose ajena a los demás y cargada de emociones negativas, las cuales provocan que se autosabotee.

Esto, se vuelve causal y motivo para la aparición de ansiedad en grado grave, con una sintomatología psíquica, cognitiva y física muy marcada, además de una depresión grave; por lo cual, su autoestima social, académica y del hogar también se vio afectada.

Por tanto, la interacción entre estas variables remarca que el bullying sufrido durante toda su etapa escolar primaria y secundaria fue precursor de la aparición del TEPT, llegando a instaurarse en sus rasgos de su personalidad y posteriormente manifestarse como ansiedad y depresión, las cuales repercutieron negativamente en su autoestima general, siendo esta muy baja.

5.8 Caso 8

I. Datos personales

Nombre: M.F

Edad: 21

Sexo: Masculino

Lugar y fecha de nacimiento: Tja Bolivia - 4/22/2004

Escolaridad: Bachillerato; estudios universitarios en curso

Ocupación: Estudiante

II. Motivo de Consulta

Refiere tener poco interés en realizar actividades sociales e interrelacionarse con sus pares, ya que manifiesta sentirse frustrado y no comprendido por su entorno psicosocial

III. Antecedentes personales

M.F es un joven estudiante de 21 años, nacido en la capital de Tarija; su contextura corporal es robusta, de tez blanca y semblante de expresión vacía. Durante el transcurso de las sesiones, asistió a las mismas vistiendo ropa casual, algo sucia y arrugada, denotando no prestarle demasiada importancia al cuidado de su imagen corporal.

Inicia su relato clínico mencionando que, para él, el bullying es: *“Es estúpido, gente pelotuda hace eso porque no pueden con su vida y quieren joder a los demás”*, al rememorar su primera infancia manifiesta que: *“De niño nada, normal, solo problemas con mi mamá que me paraba mandando a que cuide a mi hermano mayor, pasa que tiene una discapacidad mental y a ella no le gusta atenderlo y a mí tampoco porque me decía que era maricón”*. Recuerda, que durante la primaria solía llevarse bien con la gran mayoría de sus compañeros: *“No, problemas no, jugábamos futbol, nos sacábamos la mierda en los recreos, uno que otro se enojaba porque no quería perder, eso nomas que me acuerde... ah, había unos collitas (gentilicio usado de forma despectiva para referirse a alguien que nació o vive en el departamento de La Paz, Bolivia) me jodían porque soy blancon (de tez blanca) y me decían*

que era marica, que parecía mina (mujer), pero me valía verga y no les daba bola (no les daba importancia)”.

Indagando el por qué tanto como su familia como algunos de sus compañeros usaban la palabra maricón como un apodo hacia su persona, refiere que: *“Ya, ese año estaba de moda My Little Pony, esos ponis, ¿te ubicas no?, dale, y pasaban por la tele su serie y mi mamá solo me dejaba ver eso porque los otros canales los había bloqueado, así que me gustan esos ponis y por pelotudo le dije a mis compañeros y se cagaron de risa y desde ahí jodían con el maricón y mi hermano por su problema mental también supongo”.*

Además, indica, que, durante la primaria y el transcurso de sus años escolares, esto no fue un problema hasta llegar a secundaria, puesto que: *“Me valía y ya no jodían, la mierda fue en segundo (de secundaria) con las minitas, medio que me hablaban y los boludos del curso jodían diciendo que nos teníamos ganas y que como yo era marica no se me iba a parar”.* Por lo cual, el bullying comenzó a hacerse presente en su vida diaria de forma reiterativa: *“No sé en qué rato, pero todos mis compañeros jodían y jodían con el maricón, marica de mierda, putito y esas mierdas, todo por los ponis, como a las minitas que me hablaban igual les gustaban y me decían a mí me gusta esta poni o esta y les decía a mi esta también, los otros por celosos escuchaban y desde ahí se acordaron de lo de antes”.*

Esto, lo llevó a comenzar a aislarse socialmente del resto de sus compañeras, debido a que: *“Las mandaba a la mierda, no quería que me hablen, me emputaba que me digan que era puto o marica, pero vale verga, igual me querían hablar y mis compañeros otra mierda, decían que de verdad era maricón porque no me gustaban las mujeres, decían que era puto”*

Por lo cual, poco a poco, comenzó a ser excluido del grupo, llegando a afectar sus rasgos de personalidad: *“Antes, normal, jugaba, peloteaba, nos sacábamos la mierda jodiéndonos entre todos, no tenía vergüenza o me hacía a un lado de hacer cosas con mis compañeros y después ya no, no quería hacer ni mierda, ni hablar, nada, para todo me jodían, ahora no quiero saber de nadie, de ninguna persona, son una mierda, hasta me puse a pensar y decía...y si soy marica porque me siguen gustando los ponis, hasta quería botarlos y no pude, me sentí como pelotudo y mal por un huevo (mucho) de tiempo”.*

Además, refiere que comenzó a tener sintomatología relacionada con la depresión: *“Iba a los quince o a las fiestas y me sentía pelotudo, me quería ir a la mierda, lejos de esos pelotudos y pensaba, puta... si soy marica, un hombre no tiene que portarse como mina (mujer) porque veía a mis compañeros ya con mina, o bailando y tomando con ellas y yo no tenía ganas”*.

Esta situación, lejos de mermar, solo fue escalando: *“Estaba chupando (tomando bebidas alcohólicas) en un junte y estábamos vergas (borrachos), estaba mal (muy borracho) y mis compañeros estaban joteando (tienden a tener comportamientos homosexuales a modo de broma), muy pelotudos, porque por sus mamadas (mentiras), me decían puto a mí y ellos meta a jotear y me decían que como era puto a mí me gustaba verlos hacer eso pero que no me lo creyera porque no era en serio”*.

M.F, refiere que: *“Estaba tan verga que me emputé y les dije que mierda jodían y se cagaron de risa (les pareció muy gracioso), me dijeron vení, juguemos con las minitas y en mi pedo (estando borracho) les di bola y nos pusimos a jugar a la botella y salió que mi compañero me tenía que besar a mí y por seguir el juego, se me acercó en plan joda y por el empute yo lo di un chape (beso) de verdad y se comenzaron a cagar de la risa menos el, me dio un lapo y me quiso sacar la mierda, nos sacamos la mierda (se pusieron a pelear a golpes) los dos y tuvieron que meterse a separarnos y me botaron de la casa gritándome que era un maricón de mierda y que ya sabían que era puto”*.

Esto, le genero un ataque de ansiedad, puesto que: *“No sabía que mierda hacer, quería volver y sacarle la mierda a ese pelotudo y a los otros por putos por meterse, seguían gritando que era maricón y los vecinos estaban mirándome, me sentí para la mierda y me fui, el trago me dejó mal, me vino todo de golpe, por todas las mierdas que me jodían, en el colegio, todo, me caí al piso y puta, sentía que me iba a morir y les valió verga verme botado, al rato reaccione y me fui a una plaza a hacer hora, porque si mi mamá me veía llegar así, me castigaba fijo”*.

Así, paso el tiempo, hasta que se sintió mejor y se retiró a su casa, en donde la ansiedad, se hizo presente nuevamente: *“Se me pasó lo que chupé un poco y me largué a mi casa, mi mamá ya estaba durmiendo y no se dio cuenta, pero en mi cuarto me sentí para la mierda, así, bien cagado y me puse a llorar, moqueando, creo que desde ahí me quedé con eso y me siento para la mierda alguna vez, porque antes no lloraba, me daba vergüenza, pero desde ahí ya no tanto, aunque igual me aguanto”*.

Este incidente, fue un punto de inflexión en su vida, puesto que, a partir de ese momento, su autoestima sufrió un quiebre, que se mantiene hasta el día de hoy: *“Estaba cagado de vergüenza, me jodieron hasta que salí del colegio y todo se fue a la mierda, porque al tiempo de eso comenzó la pandemia y seguían jodiendo, en las virtuales mandaban chats por los grupos y zoom diciéndome puto de mierda y me hacían memes y stickers besándome con negros, o cogido (teniendo sexo) por viejos y me los mandaban los putos”*.

Razón por la cual, prefirió aislarse: *“No quería hablarle a nadie, me encerré a jugar videojuegos en mi cuarto hasta que pasó todo, engorde hasta dar asco, me descuidé una mierda, y ya no volví al colegio, daban la opción de salir pasando clases virtuales y elegí eso, a veces alguna mina me decía que me extrañaban y la bloqueaba, que mierda me jodían, puro mentira, solo querían joderme, reírse”*.

Sin embargo, un requisito que el colegio le impuso para graduarse como bachiller, fue realizar y defender su monografía de forma presencial: *“No quería ir, sabía que me iban a joder esas mierdas, al final fui porque mi mamá me dijo que me iba a botar de la casa si no iba y sabía, ya me la olía, me vieron y me decían gorda maricon, te volviste una elle, te cambiaste de sexo putito y un montón de mierda más, aguanté, defendí y me fui, no quiero volver a ver a esos hijos de puta nunca”*.

M.F, refiere que, el bullying recibido en el colegio cambió su vida, puesto que: *“Por ser hombre no puedes decir nada porque te creen un puto o maricón, no le dije a ningún profesor y a mi mamá tampoco, que mierda me iban a decirme, no quiero lastima de nadie y por eso mejor ser hecho al malo, así nadie jode”*.

Al consultarle si actualmente recibe ayuda psicología o asiste a terapia para buscar ayuda en relación al bullying que sufrió, menciona que:

“Eso es para maricas, no sirve de nada, lo que hagan los demás le vale verga a la gente, para que voy a perder mi tiempo, todo es una mierda, ahora estoy hablando con vos porque estamos charlando y no es lo mismo que esa cagada estresante”.

IV. Antecedentes familiares

La familia de M.F está conformada por su madre y hermano mayor, menciona que la relación con su madre es conflictiva ya que ella: *“Solo le importa ella, a mi hermano y a mí no, le*

valemos verga”. Al indagar más sobre esta afirmación refiere: *“Es divorciada de mi papá, vive de los acuerdos de su separación, por eso le valemos verga, nunca se quiso casar, la obligaron porque mi papá es militar y su familia la hizo casar a la fuerza”*.

Además, manifiesta que la convivencia con su madre está, llena de constantes peleas, cargadas de agresiones verbales y psicológicas: *“Me hacía recagar cuando era niño, si no cuidaba a mi hermano me sacaba la mierda con un trenzado que tenía, fija al día me metía unos chicotazos, ahora no me pega, pero me grita si se emputa por algo”*.

Mientras, su relación con su hermano mayor es tensa: *“Es discapacitado mental, creo que tiene la edad de un niño de 12, pero ya tiene 27 años, me cuesta cuidarlo, a ratos me emputa porque me sigue diciendo que soy un maricón y se caga de risa, pero lo trato de entender”*.

Respecto a las personas de su familia con las que no convive en su día a día, refiere que la relación con su padre es pésima, debido a que no lo reconoce como parte de su vida y familia: *“Es una mierda ese abusivo, mi mamá se divorció cuando yo tenía 6 años, veía que la pegaba y le echaba la culpa por la discapacidad de mi hermano mayor, de ahí, desde el divorcio lo debí ver unas dos veces”*.

Finalmente, en relación a enfermedades o antecedentes psicológicos en su familia, menciona existe el caso de su padre, por parte de la rama paterna: *“Mi mamá, antes de su divorcio le decía al pendejo de mierda (su padre) que vaya al psiquiatra, porque ya no lo aguantaba más, que se haga ver, pero no sé de qué”*. Además, por parte de la rama materna indica que: *“Para con pastillas ella (toma medicación prescrita), no me dan los huevos y el corazón para preguntarle qué es lo que tiene, es mi mamá, por eso le aguanto sus cosas”*. Mientras que, su hermano mayor: *“Tiene retraso mental, por un problema cuando nació (durante el parto) se quedó así, piensa que tiene 12 años”*.

Observaciones del entrevistador

Se aplicaron tres sesiones de un lapso de tiempo aproximado de sesenta minutos cada una, bien, su discurso fue fluido, su lenguaje verbal, no coincidía con su lenguaje no verbal durante el transcurso de las mismas. En la primera sesión, al consultarle sobre temas relacionados con su primera infancia y su escolaridad primaria, M.F mantuvo la mirada fija en el suelo, sin embargo, su tono vocal era grave, ronco y lleno de insultos e improperios, en aparente

hostilidad, puesto que durante toda la sesión se mantuvo cabizbajo, lanzando miradas furtivas por encima del hombro, rehuyendo al contacto ocular directo, denotándose nervioso y temeroso, por lo cual se le trató de aplicar ejercicios de respiración y relajación, no aceptando los mismos y continuando con su discurso, refiriendo hallarse tranquilo hasta finalizar la sesión.

Este comportamiento lo acompañó durante el resto de sesiones, llegando a presentar silencios y bloqueos al tratar de profundizar en algunos temas, aplazándolos hasta que se viera oportuno. Durante la sesión dos, manifestó leves temblores de sus extremidades inferiores, cruzando las piernas y brazos, a modo de candado al momento de indagar sobre temas relacionados con sus vivencias y recuerdos durante su escolaridad secundaria, momento en el cual sus mecanismos de defensa se manifestaron y presentó un tic en su ojo izquierdo.

Finalmente, durante el transcurso de la sesión número tres (de forma general), además de lo ya anteriormente mencionado, presentó ojos llorosos al retomar los temas que habían quedado pendientes en sesiones anteriores, motivo por el cual, a pesar de referir hallarse bien y no querer aceptar realizar técnicas de relajación, se procedió a dar una pausa a la entrevista clínica, durante la cual se realizaron dichas técnicas, invitando a M.F a realizarlas en conjunto con mi persona, cediendo finalmente y mostrándose algo más relajado tras las mismas, concluyendo de este modo su entrevista clínica.

V. Instrumentos utilizados

- Cuestionario/autoinforme (AVE) Acoso y violencia escolar
- Escala EGEP-5 Evaluación Global del Estrés Postraumático
- Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2, Forma Reestructurada (MMPI 2 RF), Escala PSY-5
- Cuestionario de Rojas para valorar la ansiedad (CDRVA)
- Inventario de depresión de Beck (BDI-II)
- Escala de autoestima de Coopersmith (CSEI Adultos)

VI. Análisis e interpretación de los resultados

Cuestionario/autoinforme (AVE) Acoso y violencia escolar

Según los datos recopilados y proporcionados por M.F (en el cuestionario/autoinforme AVE), se confirma que sufrió de acoso escolar (bullying) se confirma que sufrió a nivel general de acoso escolar (bullying) muy constatado a nivel global, PC:99, con una intensidad de P.C: 99. Mientras, que a nivel específico, durante su etapa escolar secundaria, presentó afectación muy constatada en las áreas de: Hostigamiento, Intimidación, Amenazas, Coacciones, Bloqueo social, Manipulación Social y Agresiones.

ESCALAS DE ACOSO							
Hostigamiento	Intimidación	Amenazas	Coacciones	Bloqueo social	Exclusión social	Manipulación social	Agresiones
PUNTAJE DIRECTO							
22	6	2	4	10	10	13	8
PERCENTIL							
99	99	99	99	99	99	99	99
Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso muy constatado

La escala Hostigamiento confirma que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje directo de 22 y un percentil de 99, el cual se manifestó en faltas de respeto, en el desprecio y falta de consideración hacia su dignidad como persona.

Por otra parte, en la escala de Intimidación, se confirma que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje directo de seis y un percentil de 99, mismo que se manifestó en conductas hacia su persona de persecución, amedrentamiento y consumo emocional mediante acciones intimidatorias, buscándole inducirle miedo.

De similar modo, en la escala de Amenazas, se confirma que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje de dos y un percentil de 99, manifestándose en conductas de amilanamiento contra su integridad física, la de su familia y extorsión.

En la escala Coacciones, se confirma que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje directo de cuatro y un percentil de 99, mismo que se manifestó en conductas que pretendían

que realizara actos en contra de su voluntad, ejerciéndole un sometimiento y dominio por encima de esta, proporcionándoles beneficios a los perpetradores, silenciándose por miedo.

Por otra parte, la escala Bloqueo Social, con un puntaje directo de diez y un percentil de 99, confirmando que sufrió de bullying muy constatado, mismo que se presentó en conductas que aislamiento social y marginación.

La escala Exclusión Social, confirma con un puntaje directo de diez y un percentil de 99, que sufrió de bullying muy constatado, el cual se presentó en conductas de ninguneo hacia su persona, generándole un vacío social.

Además, en la escala de Manipulación Social, se confirma que existieron comportamientos hacia su persona, con un puntaje directo de trece y un percentil de 99, las cuales le generaban una distorsión de su imagen social hacia sus pares, creándole la sensación de que se merecía todo lo que le estaba pasando.

Finalmente, la escala Agresiones, confirma que sufrió de conductas de agresión, física, verbal y psicológica, con un puntaje directo de ocho y un percentil de 99, manifestándose en gritos, insultos, burlas y golpes en la espalda.

En complementación, el cuestionario/autoinforme AVE, posee ocho escalas clínicas, las cuales son consecuencias directas del bullying sufrido y evalúan diversas psicopatologías que llegaron a afectar a M.F durante su etapa escolar, constatando que sufrió de: Ansiedad, Estrés Postraumático, Distimia, Disminución de Autoestima, Flashbacks, Somatización, Autoimagen Negativa y Autodesprecio.

ESCALAS CLÍNICAS							
Ansiedad	Estrés Postraumático	Distimia	Disminución de Autoestima	Flashbacks	Somatización	Autoimagen Negativa	Autodesprecio
PUNTAJE DIRECTO							
9	13	12	12	3	7	9	6
PERCENTIL							
99	99	99	99	99	99	99	95
Muy constatada	Muy constatado	Muy constatada	Muy constatada	Muy constatada	Muy constatada	Muy constatada	Bien constatado

La escala clínica Ansiedad, con un puntaje directo de nueve y un percentil de 99, constata que M.F tuvo presencia de sintomatología propia de este trastorno, en sus dimensiones físicas,

cognitivas y asertivas; ya que, mientras más ansioso se sintiese en sus años escolares, más alta era la probabilidad de ser percibido por sus compañeros como vulnerable y, por tanto, mayor fue el bullying que recibió en su diario vivir.

Por otra parte, la escala clínica Estrés Postraumático, con un puntaje directo de trece y un percentil de 99, constata que existió la presencia de sintomatología propia de este trastorno relacionada con acontecimientos vividos en el ámbito escolar como ser la hipervigilancia, el aislamiento social, la hipersensibilidad a la crítica y la invasión de visualizaciones recurrentes.

La escala clínica sobre Distimia, con un puntaje directo de doce y un percentil de 99, evalúa constata que existió la presencia de sintomatología relacionada con la misma, presente en forma de cambios de humor bruscos, tristeza, desesperanza y retraimiento social, más un estado anímico depresivo.

De similar modo, la escala clínica, Disminución de autoestima, con un puntaje directo de doce y un percentil de 99, constata que la misma fue mermada, debido al bullying e insultos que sufría, las agresiones y la exclusión social. La escala clínica Flashbacks, con un puntaje directo de tres y un percentil de 99, constata que existió la presencia de episodios traumáticos, que repercutieron en la aparición del síndrome de estrés postraumático al ser un trauma no digerible para ella durante su niñez y adolescencia, manifestándose en imágenes, sensaciones o recuerdos no deseados, además de pesadillas y disociación de recuerdos.

Respecto a la escala clínica Somatización, con un puntaje directo de siete y un percentil de 99, constata que existió manifestación física de síntomas psicosomáticos en el cuerpo de M.F, producto del bullying sufrido.

Sobre la escala clínica, Autoimagen Negativa, con un puntaje directo de nueve y un percentil de 99, constata que existió la presencia de cambios importantes su autopercepción, ya que las humillaciones y vejaciones le hacían creer ser merecedor de todo lo que le estaba pasando.

La escala clínica, Autodesprecio, con un puntaje directo de seis y un percentil de 99, constata que producto del bullying sufrido, existió una alteración en su autoimagen, poniendo en evidencia actitudes de odio y desprecio hacia sí mismo.

En conclusión, en base a lo anteriormente mencionado, se confirma que M.F sufrió de bullying muy constatado durante su etapa escolar en las áreas de: Hostigamiento,

Intimidación, Amenazas, Coacciones, Bloqueo Social, Exclusión Social, Manipulación Social y Agresiones, durante la gran parte de su vida colegial, de forma continua y repetitiva.

Además de constatar que existió presencia de: Ansiedad, Estrés Postraumático, Distimia, Disminución de Autoestima, Flashbacks, Somatización, Autoimagen Negativa y Autodesprecio, dejándole secuelas y daños psicológicos a largo plazo.

Escala EGEP-5 Evaluación Global del Estrés Postraumático

- Caracterización de la experiencia traumática

M.F indicó haber sufrido un único acontecimiento traumático, que es el que le genera malestar en la actualidad. El acontecimiento identificado es bullying, que sufrió en su etapa escolar secundaria, el cual, valoró como de gravedad grave, viviéndolo con miedo. Este acontecimiento implicó escenas desagradables y amenazas para su dignidad personal y honor.

- Cumplimiento de los criterios de TEPT

M.F cumple el criterio A del DSM 5, puesto que ha experimentado un acontecimiento traumático del que haya transcurrido más de un mes, también se cumplen los criterios referidos a la presencia de sintomatología postraumática (B, C, D, E, F), ya que presenta 5/5 Síntomas intrusivos, 2/2 de Evitación, 7/7 de Alteraciones cognitivas y del estado del ánimo y 6/6 de Alteraciones en la activación y reactividad.

El criterio F de duración también se cumple, puesto que indica que experimenta los problemas desde hace más de tres meses. Además, cumple con el criterio G, referido a Funcionamiento, porque presenta alteración en 7/7 áreas de funcionamiento en su diario vivir.

Por tanto, en base a la información anterior, se puede concluir que M.F cumple con todos los criterios para considerar que presenta TEPT.

CRITERIOS SEGÚN EL EGEP 5				
I	E	C	A	F
4/5	2/2	6/7	6/6	5/7
CRITERIOS SEGÚN EL DSM 5				
B	C	D	E	G
4/5	2/2	6/7	4/6	5/7

- Valoración normativa

Cuando se comparan las puntuaciones de M.F en las escalas de síntomas, con los baremos normativos de corrección, se observa que sus puntuaciones se sitúan en niveles altos y medio altos, lo cual indica una intensidad esperable en relación con su sintomatología postraumática, dada la intensidad del bullying que sufrió, prestando especial atención en Alteraciones cognitivas y del estado del ánimo (C), PC: 85. Y a niveles medio-altos: Síntomas Evitativos (E), donde se da un puntaje de PC:80, Alteraciones en la activación y reactividad (A), PC: 75 y Síntomas Intrusivos (I), PC: 70. Esta sintomatología actual altera a su Funcionamiento cotidiano (F), con un nivel de afectación alto, PC: 85. Por lo cual, su puntaje total es de P.C: 85, calificando como TEPT de gravedad alta.

PUNTAJE DIRECTO					
I	E	C	A	F	Total
11/20	5/8	14/28	12/24	5/7	42
PERCENTILES					
I	E	C	A	F	Total
70	80	85	75	85	85

- Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos en la evaluación realizada a M.F, se concluye que presenta un TEPT de gravedad alta, a raíz del bullying sufrido durante su etapa escolar, tal como el refiere al resumir su experiencia durante sus años en el colegio: *“Según ellos, era un puto maricón”*. Dentro de su sintomatología postraumática parece especialmente relevante la referida a sintomatología cognitiva y del estado de ánimo, mencionando que: *“Antes, normal, jugaba, peloteaba, nos sacábamos la mierda jodiéndonos entre todos, no tenía vergüenza o me hacía a un lado de hacer cosas con mis compañeros y después ya no, no quería hacer ni mierda, ni hablar, nada, para todo me jodían, ahora no quiero saber de nadie, de ninguna persona, son una mierda”*.

Además, presenta pensamientos evitativos: *“Las mandaba a la mierda, no quería que me hablen”*, *No quería hablarle a nadie, me encerré a jugar videojuegos en mi cuarto hasta que pasó todo*”. Por otra parte, manifiesta sintomatología en su activación y reactividad, ya que:

“Estaba tan verga que me emputé y les dije que mierda jodían y se cagaron de risa”, “me dio un lapo y me quiso sacar la mierda, nos sacamos la mierda y me botaron de la casa gritándome que era un maricón de mierda y que ya sabían que era puto”.

Además, presenta síntomas intrusivos, ya que presenta malestar, flashbacks y somatización al recordar el acontecimiento: *“Me vino todo de golpe, por todas las mierdas que me jodían, en el colegio, todo, me caí al piso y puta, sentía que me iba a morir y les valió verga verme botado”.*

Por tanto, queda plasmado que la presencia de sintomatología postraumática es frecuente, llegando a afectar e interferir negativamente en el funcionamiento de gran parte de las áreas de su vida: *“Creo que desde ahí me quedé con eso y me siento para la mierda alguna vez, porque antes no lloraba, me daba vergüenza, pero desde ahí ya no tanto”.*

Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2, Forma Reestructurada (MMPI 2 RF), Escala PSY-5

Teniendo en cuenta la puntuación natural obtenida por M.F, (escala por escala) el rango cualitativo que encaja en el rasgo de la personalidad clínica, Agresividad revisada (AGGR-r), es el de “indica un sentimiento regular de pasividad y agresividad”. Con un puntaje cuantitativo de 41 ($T \leq 39$ y $T \geq 65$), se halla en un rango medio, indicando no ser una persona agresiva, ya que, finge serlo a modo de mecanismo de defensa: *“No quiero lastima de nadie y por eso mejor ser hecho al malo, así nadie jode”.*

En el rasgo de la personalidad clínica, Psicoticismo revisado (PSYC-r), el rango cualitativo que obtuvo “poca presencia de alteraciones del pensamiento”. Con un puntaje cuantitativo de 56 ($T \leq 39$ y $T \geq 65$), hallándose en un rango medio, por lo cual es posible que llegue a manifestar procesos de pensamiento inusual y fenómenos perceptuales, puesto que sobrepasa ampliamente la puntuación mínima y está más cerca de una puntuación alta ($T \geq 65$) sintiéndose ajeno a los demás, queriéndose alejar de ellos, y según sus propias palabras: *“no quiero volver a ver a esos hijos de puta nunca”.*

Mientras que, el rasgo de la personalidad clínica, Impulsividad-revisada (DISC-r), obtuvo como rango cualitativo a “Indica diversas manifestaciones de comportamientos no reservados, es impulsivo”. Con un puntaje cuantitativo de 79 ($T \geq 65$), indicando un comportamiento

regido por impulsos: *“Me quería ir a la mierda, lejos de esos pelotudos”, “nos pusimos a jugar a la botella y salió que mi compañero me tenía que besar a mí y por seguir el juego, se me acercó en plan joda y por el empuje yo le di un chape (beso) de verdad”*.

Por otra parte, en el rasgo de la personalidad clínica, Neuroticismo-revisado (NEGE-r), obtuvo como rango cualitativo a “Experimenta emociones negativas; es propenso a la autocrítica y autoculparse, presentando ideas intrusivas”. Con un puntaje cuantitativo de 80 ($T \geq 65$), indicando que trata de no sentirse agobiado por emociones negativas ya que no le gusta que las personas la juzguen o se metan en su vida privada, puesto que presenta ideas intrusivas, se inhibe y auto sabotea y tiende a auto culparse, llegando a experimentar ansiedad e inseguridad: *“Pensaba, puta... si soy marica, un hombre no tiene que portarse como mina (mujer) porque veía a mis compañeros ya con mina, o bailando y tomando con ellas y yo no tenía ganas”, “No quería hablarle a nadie, me encerré a jugar videojuegos en mi cuarto hasta que pasó todo, engorde hasta dar asco, me descuidé una mierda”*.

Finalmente, el rasgo de la personalidad clínica, Disminución de emociones positivas-revisado (INTR-r), obtuvo como rango cualitativo a “Pérdida de experiencias positivas y evitación de situaciones sociales, falta de interés pesimismo y socialmente introvertido”, Con un puntaje cuantitativo de 83 ($T \geq 65$) expresando y manifestando en su mayoría vivencias y experiencias negativas: *“Eso es para maricas, no sirve de nada, lo que hagan los demás le vale verga a la gente, para que voy a perder mi tiempo, todo es una mierda, ahora estoy hablando con vos porque estamos charlando y no es lo mismo que esa cagada estresante”*.

Cuestionario de Rojas para valorar la ansiedad (CDRVA)

Teniendo en cuenta la puntuación natural obtenida por M.F en el presente cuestionario, el rango cualitativo en el que encajan sus resultados es el de Ansiedad muy grave (con un puntaje cuantitativo de 57/100). Además, presenta una intensidad Media en sintomatología ansiosa Física (24/40). Al consultarle sobre los mismos relata: *“No duermo bien, me amanezco jugando, así me alejo de la mierda de mi vida”*. Por otra parte, presenta una intensidad sintomatología ansiosa Psíquica a nivel Medio (30/40); menciona que algunas veces padece de nerviosismo e intranquilidad, lo cual lo lleva a sentirse inseguro de sí mismo: *“Sé que estoy tirando mi vida, yéndome a la mierda, no quiero pensar en más allá, vivo mi momento”*.

En sintomatología ansiosa de Conducta puntúa en un nivel Medio (26/40), mencionando que: *“Duermo poco y me hace emputar cualquier cosa, dicen que tengo cara de opa por el cansancio, de empute (cara inexpresiva o con el ceño fruncido)”*.

Mientras que, en sintomatología ansiosa Cognitiva puntúa en un nivel Medio (28/40), indicando que tiende a tener rumiación, incurriendo en pensamientos fatalistas y generándose bloqueos de pensamiento, llegando a creer que un cambio radical en su vida es la única forma de cambiar las cosas: *“Quiero dejar de estar gordo, me da asco verme descuidado, aunque toda la vida es la misma cagada, debería irme y mandar todo a la mierda”*.

Por otra parte, en sintomatología ansiosa Asertiva puntúa en un nivel Medio (29/40), expresando que intenta dar a los demás una imagen de sí mismo distinta a la real, estando muy pendiente de lo que los demás puedan opinar de su persona, puesto que le cuesta expresar sus verdaderos sentimientos y opiniones: *“No quiero ver a gente de mierda, a pelotudos que no pueden con sus cosas y solo saben joder, mejor los alejo de una, pero me da rabia que digan cagadas de mi sin saber nada de mí”*.

PUNTUACIÓN TOTAL				
Puntaje cuantitativo			Rango cualitativo	
57 de 100 puntos totales			Ansiedad muy grave	
PUNTUACIÓN CUANTITATIVA POR SINTOMATOLOGÍA ESPECÍFICA				
Síntomas Físicos	Síntomas Psíquicos	Síntomas de Conducta	Síntomas Cognitivos	Síntomas Asertivos
24/40	30/40	26/40	28/40	29/40
PUNTUACIÓN CUALITATIVA EN SINTOMATOLOGÍA ESPECÍFICA				
Sintomatología a nivel Medio	Sintomatología a nivel Medio	Sintomatología a nivel Medio	Sintomatología a nivel Medio	Sintomatología a nivel Medio

Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

Teniendo en cuenta la puntuación natural obtenida por M.F en el presente inventario, el rango cualitativo en el que encajan sus resultados es el de Depresión Grave (con un puntaje cuantitativo de 31/63). De manera específica, en sintomatología cognitiva afectiva manifiesta presencia de tristeza, pesimismo, sentimientos de culpabilidad y fracaso, además de autocrítica y disconformidad hacia su persona: *“La mierda de ser hombre es que no puedes decir nada ni*

llorar o estar mal, porque te dicen que eres maricón, te hacen sentir más mierda de lo que ya estás”.

Por otra parte, en sintomatología somático motivacional indica sentirse desvalorizado, con baja energía y cambios en sus hábitos de sueño, presentando irritabilidad, fatiga, y sin interés por nada, con dificultad para concentrarse: *“Para que mierda me voy a esforzar si la gente es una cagada”.*

PUNTUACIÓN TOTAL	
Puntaje cuantitativo	Rango cualitativo
31 de 63 puntos totales	Depresión grave

Escala de autoestima de Coopersmith Adultos

La puntuación natural obtenida por M.F en la presente escala, lo sitúa en un rango cualitativo de autoestima total Muy Baja (con un puntaje cuantitativo de 8/21). Además, presenta una Muy Baja autoestima en el área Social (3/3), dando a entender que es una persona que presenta muchas dificultades para establecer sus relaciones interpersonales, ya que la presencia de otros le resulta incómoda, prefiriendo estar solo. Al indagar por medio de preguntas específicas, indica que: *“La gente es una mierda, no es que no pueda hablarles, es que no quiero, en mis juegos (al jugar videojuegos) si hablo, hasta los mando, si alguien se pasa de verga (se sobrepasa con el) conmigo lo bloqueo, en la realidad me evito de mierda y paso de todos (prefiere no tener relaciones interpersonales)”.*

Por otra parte, en el área Laboral-Académica presenta una autoestima Muy Baja (1/1), dando a comprender que se siente rechazado y descontento en su ámbito académico – laboral, puesto que cree no tener las suficientes habilidades para desenvolverse en los mismos: *“Voy cuando tengo examen a la U, después nada, para oír cagadas, no gracias”.* Indagando más sobre este punto, relata que: *“Mi mamá me dijo, estudia o te boto de la casa, te mando con tu papá, por eso me inscribí a la U, sino, ni mierda”.*

Mientras que, en el área Hogar, presenta una autoestima Muy Baja (1/2), indicando que sus relaciones familiares no le satisfacen, lo que le genera distanciamiento y escaso compromiso familiar: *“A mi mamá la entiendo por tanta mierda que le hizo mi papá, pero me caga que no*

le diga nada a mi hermano, no por su retraso mental va a joderme cuando quiera... por eso mejor me meto a mi cuarto y ya, nadie me jode”.

Por tanto, a nivel General, presenta una autoestima Muy Baja (3/11), teniendo predominancia de pensamientos y sentimientos negativos, autoculpándose y reprochándose por su situación actual, teniendo como consecuencia directa sentirse mal consigo mismo y con su entorno social, familiar (hogar) y académico, sintiéndose incapaz para salir adelante. Motivo por el cual, su autoestima a nivel Total, es Muy Baja (con un puntaje cuantitativo de 8/21).

PUNTAJES CUANTITATIVOS					
Mentira	Social	Laboral-Académica	Hogar	General	Total
0/5	3/3	1/1	1/2	3/11	8/21
RANGO CUALITATIVO					
Resultados interpretables	Muy Baja	Muy Baja	Muy Baja	Muy Baja	Muy Baja

VII. Síntesis diagnóstica

A partir de los resultados obtenidos mediante la aplicación de los presentes instrumentos se concluye que M.F sufrió de bullying muy constatado, el cual comenzó durante su escolaridad secundaria. Esta situación lo acompañó desde su adolescencia, y posteriormente generándole afectación a nivel psicosocial, puesto que por el hostigamiento, intimidación, bloqueo, manipulación social, exclusión social y agresiones que ejercían en su contra, conllevaron al desarrollo de psicopatologías y trastornos relacionados con su estado anímico, llegando despreciarse, sintiéndose ansioso y tener una autoimagen negativa. Además, fue agredido a nivel verbal, físico y psicológico, manipulando a su entorno social para que no interactuaran con él, por lo cual el estrés que padecía dio lugar a somatización de síntomas, descuidando su salud y bienestar, cargando hasta el día de hoy secuelas de ese entonces.

Estas secuelas le dejaron un TEPT grave, mismo que afecta a varias áreas de su funcionamiento cotidiano, puesto que la sintomatología que presenta se manifiesta en forma de alteraciones cognitivas y de su estado de ánimo, además de síntomas evitativos y alteraciones en su activación y reactividad. Esto puede evidenciarse en sus rasgos de la personalidad, ya que a nivel clínico presenta alteraciones, especialmente en introversión y disminución de emociones positivas, además de impulsividad y neuroticismo, puesto que

manifiesta diversas experiencias asociadas con experimentar emociones negativas, ser autocrítico y presentar ideas intrusivas, con menor presencia de procesos inusuales en su pensamiento, sintiéndose ajeno a los demás, al tener presencia marcada de ideas negativas, auto saboteándose y no creyéndose merecedor de nada, tornándose pesimista, introvertido y reservado.

Siento esto causal y motivo para la aparición de ansiedad en grado muy grave, con una sintomatología psíquica, cognitiva, asertiva y conductual marcada, además de una depresión grave; por lo cual, su autoestima social, laboral-académica y del hogar también se vio afectada. En conclusión, la interacción entre estas variables remarca que el bullying sufrido durante toda su etapa escolar fue precursor de la aparición del TEPT en su adolescencia, llegando a instaurarse en los rasgos de su personalidad y posteriormente manifestarse como ansiedad y depresión, las cuales repercutieron negativamente en su autoestima general, aislándose de su entorno psicosocial y aparentando ser agresivo, para de este modo, no tener que interactuar con sus pares, a modo de mecanismo de defensa.

5.9 Caso 9

I. Datos personales

Nombre: Z.Y

Edad: 22

Sexo: Masculino

Lugar y fecha de nacimiento: Tja Bolivia - 21/03/2003

Escolaridad: Bachillerato; estudios universitarios en curso

Ocupación: Estudiante

II. Motivo de Consulta

Refiere tener pensamientos fatalistas, sintiendo muy ansioso por ello.

III. Antecedentes personales

Z.Y es un joven estudiante de 22 años, nacido en la capital de Tarija; de contextura corporal delgada y tez blanca, con un semblante de expresión tensa. Durante el transcurso de las sesiones, asistió a las mismas vistiendo ropa casual, algo arrugada y descuidada, denotando un cuidado regular de su autoimagen personal.

Inicia su relato clínico mencionando que, para él, el bullying es: *“Algo que recuerda muy bien”*, al rememorar su primera infancia, expresa: *“Tengo problemas al hablar, me cuestan pronunciar algunas palabras y me tranco”*. Al consultarle más sobre esta afirmación, menciona que: *“Mi tía me crio, porque mis papás murieron cuando tenía dos años y me llevaron donde ella, al campo para que me crie, me llevaba donde curanderos para que me cure de esto, decía que estaba asustado, que el rayo se había llevado mi alma y por eso no podía hablar bien”*.

Esto, provocó que se convirtiera en víctima de bullying por parte de sus compañeros de curso: *“A eso de mis 6 años habrá sido, iba al colegio y me tenían miedo... pensaban que los duendes me habían hecho algo por no hacerme bautizar, algo de que cayó un rayo cerca de*

mi casa cuando estaba llorando y se metió en mí y no se querían acercarme, todos creíamos que tenía algo malo”.

Siendo parte de la razón de este pensamiento, las continuas visitas que realizaban a diferentes curanderos con su tía: *“Una vez a la semana me decía hijo, vamos a que te curen tu almita y cada curandero me gritaba cosas y mi nombre, me podía cremas y de todas esas cosas se enteraban mis compañeros por sus papás y les contaban o escuchaban ellos y se iban lejos de mí, asustados”.*

Su tía, con el pasar del tiempo, y al no ver mejoría con el tratamiento que le realizaban los curanderos, sumado al hecho de que una brigada de salud visitó su comunidad y al revisarlo le diagnosticaron tartamudez, dijo: *“Hijito, ya no tengo mucha plata, quisiera que estés bien, sanito, pero ya no me dan los ahorros, así nomás vas a tener que estar, como hombrecito aguántate, después, cuando estés más grande vamos a hacerte ver en la ciudad”.*

Al enterarse de esto, sus compañeros de curso cambiaron el trato hacia su persona, ya no solo limitándose a excluirlo y bloquearlo socialmente: *Todo se sabe en el campo, mis compañeros vieron que ya no iba donde curanderos y sus papás les habrán dicho que no era por duendes sino algo de salud mi enfermedad y me comenzaron insultar, diciéndome sonso, mongolo”.* Sintiendo mal y avergonzando por esta situación, le contó a su tía lo que le pasaba en el colegio: *“Me dijo ay hijo, esas cosas cuando yo era chica no había, vos pégalos igual, machito tienes que ser”.* Por lo cual, Z.Y decidió seguir sus consejos: *“Fui y les pegue y me pegaron entre todos, me hicieron salir sangre por pegarme y mi tía me dijo que así estaba bien, que me defienda como hombre”.*

Pero, contrariamente a su creencia el bullying se acrecentó en lugar de disminuir: *“Nada, venían entre cuatro a pegarme, me quitaban mis útiles, mis cuadernos lo tiraban al piso... la profe se hacía la que no veía y mi tía me decía que era un sonso por dejarme hacer eso”.*

Por lo cual, decidió resignarse, ya que se percató de que su tartamudez empeoraba mientras más agresiones recibía: *“Les quería decir basta y no me salía la palabra, se reían, diciéndome ya soncito, no te enojés, jalándome del pelo y si lloraba me decían mariquita”.* Esta situación, se extendió hasta finalizar su etapa escolar secundaria, en la cual el bullying ya era algo que Z.Y había asimilado como parte de su vida: *“Hasta las chicas se reían cuando quería hablar,*

seguían insultándome, dándome puñetazos si me quería quejar a los profes, pero no les importaba, habían intentado decirles que no me molesten, pero como no les hacían caso nadie, lo dejaron así, después salí del cole y me vine a la ciudad a trabajar para entrar a la U y sentía vergüenza de mi vida, así que me entre de peón, ahí no tengo que tratar de hablar”.

Complementando lo anterior Z.Y indica que el bullying, le dejó secuelas que lo acompañan en su día a día actual: *“Así nomás me titulé del cole, con vergüenza, sintiéndome sonso, todos me pisoteaban, no les tengo rabia, me tengo pena por ser así, anormal, sonso, en la U también siguen molestándome, me dicen el kakaroto, porque no puedo decir la C... no voy mucho, paro trabajando nomas y leyendo por mi cuenta, así no me molestan tanto mis compañeros, ando con miedo de hablar, que no me entiendan, que se rían de mi vida... no me gusta el ruido fuerte y no tengo amigos, me da vergüenza que no me salga la palabra y no pueda decir nada”.*

Al preguntarle sobre si en la actualidad asiste a terapia o consulta psicología para buscar ayuda sobre sus vivencias expresa que: *“Una vez fui y escuché a la señorita que atendía reírse bajito con su amiga y me salí, no, a que voy a volver a ir se va a reír nomas. Z.Y, cierra su relato refiriendo que: “Es feo que me traten así y que se rían, por no ser capaz de decir nada, no sé para que nací, si solo hay gente mala que le gusta lastimar incluso si no dices o haces algo, me hace doler feo el pecho”.* Sin embargo, tras estas últimas palabras, agrega, a modo de reflexión: *“Así, dolorido aquí (señalándose el pecho), me levanto nomas a trabajar, sueño que haciendo un esfuerzo grande, pueda terminar de estudiar y entender porque nací así, no quiero que el bullying sea todo lo de mi vida”.*

IV. Antecedentes familiares

La familia de Z.Y estuvo conformada únicamente por su tía (por parte materna), menciona que la relación con ella fue buena, a pesar de tener momentos de tensión, al no sentirse comprendido en temáticas relacionadas con el bullying: *“Me quería mucho, aunque no entendía de bullying porque era mayor y decía que en sus años no había esas cosas y eso me hacía poner triste porque no tenía con quien hablar, pero igual nunca me hizo faltar nada, la acompañé hasta el año pasado, cuando se fue (falleció)”.*

Por lo cual, actualmente vive solo, alquilando un cuarto, trabajando y estudiando, no teniendo contacto con familiares cercanos, ya que: *“Mis papás se murieron en un accidente de una flota y me dejaron donde mi tía y ella decía que los demás estaban en la Argentina trabajando, pero nunca me dijo por dónde, así que no los conozco”*.

Finalmente, en relación a enfermedades o antecedentes psicológicos en su familia, menciona que no tiene constancia, puesto que no pudo convivir con sus padres y su tía no le mencionó nada al respecto sobre ese tema, siendo su propia persona la única en presentar un diagnóstico de trastorno del habla, efectuado cuando era niño, con presencia de repeticiones y bloqueos”.

V. Observaciones del entrevistador

Se aplicaron tres sesiones de un lapso de tiempo aproximado de sesenta minutos cada una, si bien el discurso fue coherente durante el transcurso de las mismas presentó diversas alteraciones en su estado anímico y corporal. En la primera sesión Z.Y se mantuvo serio, notándosele ansioso y con incapacidad del habla, ya que sus mecanismos de defensa terminaban bloqueando su discurso en preguntas relacionadas con sus primeros recuerdos y sus relaciones psicosociales a nivel interpersonal durante su escolaridad, presentando alteraciones en la modulación vocal (repeticiones, prolongaciones y bloqueos, relacionados con su condición), no alzando nunca la mirada del piso, evitando en todo momento el contacto visual directo y cruzando las piernas y brazos.

Durante el desarrollo de la segunda sesión, al tocar temas relacionados con su familia y relación con sus compañeros de curso durante su etapa escolar secundaria, volvió a presentar la misma sintomatología, por lo cual, se procedió a aplicar la relajación muscular de Jacobson, buscando mermar su sintomatología ansiosa.

Finalmente, durante el transcurso de la sesión número tres, hubo momentos de tensión al realizarle preguntas referidas a las secuelas que le dejó el bullying en su vida, por lo cual, se procedió a aplicarle la técnica de la intención paradójica, solicitándole que se cerrara totalmente, reprimiéndose al máximo, convirtiendo esta exigencia en un efecto contrario y facilitándole el poder continuar con su discurso, cerrando de este modo su entrevista clínica sin mayores inconvenientes.

VI. Instrumentos utilizados

- Cuestionario/autoinforme (AVE) Acoso y violencia escolar
- Escala EGEP-5 Evaluación Global del Estrés Postraumático
- Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2, Forma Reestructurada (MMPI 2 RF), Escala PSY-5
- Cuestionario de Rojas para valorar la ansiedad (CDRVA)
- Inventario de depresión de Beck (BDI-II)
- Escala de autoestima de Coopersmith (CSEI Adultos)

VII. Análisis e interpretación de los resultados

Cuestionario/autoinforme (AVE) Acoso y violencia escolar

Según los datos recopilados y proporcionados por Z.Y (en el cuestionario/autoinforme AVE), se confirma que sufrió de acoso escolar (bullying) se confirma que sufrió a nivel general de acoso escolar (bullying) muy constatado a nivel global, PC:99, con una intensidad de P.C: 99. Mientras, que a nivel específico, durante su etapa escolar primaria y secundaria, presentó afectación muy constatada en las áreas de: Hostigamiento, Intimidación, Amenazas, Coacciones, Bloqueo social, Manipulación Social y Agresiones y acoso bien constatado en el área de Exclusión social.

ESCALAS DE ACOSO							
Hostigamiento	Intimidación	Amenazas	Coacciones	Bloqueo social	Exclusión social	Manipulación social	Agresiones
PUNTAJE DIRECTO							
15	4	4	7	4	2	5	9
PERCENTIL							
99	99	99	99	99	95	99	99
Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso bien constatado	Acoso muy constatado	Acoso muy constatado

La escala Hostigamiento confirma que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje directo de quince y un percentil de 99, el cual se manifestó en faltas de respeto, en el desprecio y falta de consideración hacia su dignidad como persona.

Por otra parte, en la escala de Intimidación, se confirma que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje directo de cuatro y un percentil de 99, mismo que se manifestó en

conductas hacia su persona de persecución, amedrentamiento y consumo emocional mediante acciones intimidatorias, buscándole inducirle miedo.

De similar modo, en la escala de Amenazas, se confirma que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje de cuatro y un percentil de 99, manifestándose en conductas de amilanamiento contra su integridad física y extorsión.

En la escala Coacciones, se confirma que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje directo de siete y un percentil de 99, mismo que se manifestó en conductas que pretendían que realizara actos en contra de su voluntad, ejerciéndole un sometimiento y dominio por encima de esta, proporcionándoles beneficios a los perpetradores, silenciándose por miedo.

Por otra parte, la escala Bloqueo Social, con un puntaje directo de cuatro y un percentil de 99, confirmando que sufrió de bullying muy constatado, mismo que se presentó en conductas que aislamiento social y marginación.

La escala Exclusión Social, confirma con un puntaje directo de dos y un percentil de 95, que sufrió de bullying bien constatado, el cual se presentó en conductas de ninguneo hacia su persona, generándole un vacío social.

Además, en la escala de Manipulación Social, se confirma que existieron estos comportamientos hacia su persona, con un puntaje directo de cinco y un percentil de 99, las cuales le generaban una distorsión de su imagen social hacia sus pares, creándole la idea de que se merecía todo lo que le estaba pasando.

Finalmente, la escala Agresiones, confirma que sufrió de conductas de agresión, física, verbal y psicológica, con un puntaje directo de nueve y un percentil de 99, manifestándose en gritos, insultos, burlas y jalones de cabello.

En complementación, el cuestionario/autoinforme AVE, posee ocho escalas clínicas, las cuales son consecuencias directas del bullying sufrido y evalúan diversas psicopatologías que llegaron a afectar a Z.Y durante su etapa escolar, constatando que sufrió de: Ansiedad, Estrés Postraumático, Distimia, Disminución de Autoestima, Flashbacks, Somatización, Autoimagen Negativa y Autodesprecio.

ESCALAS CLÍNICAS							
Ansiedad	Estrés Postraumático	Distimia	Disminución de Autoestima	Flashbacks	Somatización	Autoimagen Negativa	Autodesprecio
PUNTAJE DIRECTO							
7	13	10	10	12	4	5	9
PERCENTIL							
99	99	99	99	99	95	99	95
Muy constatada	Muy constatado	Muy constatada	Muy constatada	Muy constatada	Bien constatada	Muy constatada	Bien constatado

La escala clínica Ansiedad, con un puntaje directo de siete y un percentil de 99, constata que Z.Y tuvo presencia de sintomatología propia de este trastorno, en sus dimensiones físicas, cognitivas y asertivas; ya que, mientras más ansioso se sintiese en sus años escolares, más alta era la probabilidad de ser percibido por sus compañeros como vulnerable y, por tanto, mayor fue el bullying que recibió en su diario vivir.

Por otra parte, la escala clínica Estrés Postraumático, con un puntaje directo de trece y un percentil de 99, constata que existió la presencia de sintomatología propia de este trastorno relacionada con acontecimientos vividos en el ámbito escolar como ser la hipervigilancia, el aislamiento social, la hipersensibilidad a la crítica y la invasión de visualizaciones recurrentes.

La escala clínica sobre Distimia, con un puntaje directo de diez y un percentil de 99, evalúa constata que existió la presencia de sintomatología relacionada con la misma, presente en forma de cambios de humor bruscos, tristeza, desesperanza y retraimiento social, más un estado anímico depresivo.

De similar modo, la escala clínica, Disminución de autoestima, con un puntaje directo de doce y un percentil de 99, constata que la misma fue mermada, debido al bullying e insultos que sufría, las agresiones y la exclusión social. La escala clínica Flashbacks, con un puntaje directo de cuatro y un percentil de 99, constata que existió la presencia de episodios traumáticos, que repercutieron en la aparición del síndrome de estrés postraumático al ser un trauma no digerible para él durante su niñez y adolescencia, manifestándose en imágenes, sensaciones o recuerdos no deseados, además de pesadillas y disociación de recuerdos.

Respecto a la escala clínica Somatización, con un puntaje directo de cinco y un percentil de 95, constata que existió manifestación física de síntomas psicósomáticos en el cuerpo de Z.Y, producto del bullying sufrido.

Sobre la escala clínica, Autoimagen Negativa, con un puntaje directo de nueve y un percentil de 99, constata que existió la presencia de cambios importantes su autopercepción, ya que las humillaciones y vejaciones le hacían creer ser merecedor de todo lo que le estaba pasando.

La escala clínica, Autodesprecio, con un puntaje directo de siete y un percentil de 99, constata que producto del bullying sufrido, existió una alteración en su autoimagen, poniendo en evidencia actitudes de odio y desprecio hacia sí mismo.

En conclusión, en base a lo anteriormente mencionado, se confirma que Z.Y sufrió de bullying muy constatado durante su etapa escolar en las áreas de: Hostigamiento, Intimidación, Amenazas, Coacciones, Bloqueo Social, Manipulación Social y Agresiones, y bullying bien constatado en el área de Exclusión Social, durante la gran parte de su vida colegial, de forma continua y repetitiva.

Además de constatar que existió presencia de: Ansiedad, Estrés Postraumático, Distimia, Disminución de Autoestima, Flashbacks, Somatización, Autoimagen Negativa y Autodesprecio, dejándole secuelas y daños psicológicos a largo plazo.

Escala EGEP-5 Evaluación Global del Estrés Postraumático

- Caracterización de la experiencia traumática

Z.Y indicó haber sufrido un único acontecimiento traumático, que es el que le genera malestar en la actualidad. El acontecimiento identificado es bullying, que sufrió en su etapa escolar primaria y secundaria, el cual, valoró como de gravedad grave, viviéndolo con miedo e indefensión. Este acontecimiento implicó escenas desagradables y amenazas para su dignidad personal y honor.

- Cumplimiento de los criterios de TEPT

Z.Y cumple el criterio A del DSM 5, puesto que ha experimentado un acontecimiento traumático del que haya transcurrido más de un mes, también se cumplen los criterios referidos a la presencia de sintomatología postraumática (B, C, D, E, F), ya que presenta 4/5 Síntomas intrusivos, 2/2 de Evitación, 6/7 de Alteraciones cognitivas y del estado del ánimo y 5/6 de Alteraciones en la activación y reactividad.

El criterio F de duración también se cumple, puesto que indica que experimenta los problemas desde hace más de tres meses. Además, cumple con el criterio G, referido a Funcionamiento, porque presenta alteración en 5/7 áreas de funcionamiento en su diario vivir.

Por tanto, en base a la información anterior, se puede concluir que Z.Y cumple con todos los criterios para considerar que presenta TEPT.

CRITERIOS SEGÚN EL EGEP 5				
I	E	C	A	F
4/5	2/2	6/7	5/6	5/7
CRITERIOS SEGÚN EL DSM 5				
B	C	D	E	G
4/5	2/2	6/7	4/6	5/7

- Valoración normativa

Cuando se comparan las puntuaciones de Z.Y en las escalas de síntomas, con los baremos normativos de corrección, se observa que sus puntuaciones se sitúan en niveles altos y medio altos, lo cual indica una intensidad esperable en relación con su sintomatología postraumática, dada la intensidad del bullying que sufrió. Prestando especial atención en Alteraciones cognitivas y del estado del ánimo (C), PC: 95. Y a niveles medio-altos: Alteraciones en la activación y reactividad (A), PC: 75, Síntomas Intrusivos (I), PC: 60 y Síntomas Evitativos (E), donde se da un puntaje de PC:60. Esta sintomatología actual altera a su Funcionamiento cotidiano (F), con un nivel de afectación alto, PC: 85. Por lo cual, su puntaje total es de P.C: 90, calificando como TEPT de gravedad alta.

PUNTAJE DIRECTO					
I	E	C	A	F	Total
10/20	4/8	18/28	12/24	5/7	44
PERCENTILES					
I	E	C	A	F	Total
60	60	95	75	85	90

- Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos en la evaluación realizada a Z.Y, se concluye que presenta un TEPT de gravedad alta, a raíz del bullying sufrido durante su etapa escolar, tal como el refiere al resumir su experiencia durante sus años en el colegio: *“Feo, algo que no entiendo*

porque pasó”. Dentro de su sintomatología postraumática parece especialmente relevante la referida a sintomatología cognitiva y del estado de ánimo, mencionando que: *“Así nomás me titulé del cole, con vergüenza, sintiéndome sonso, todos me pisoteaban, no les tengo rabia, me tengo pena por ser así, anormal, sonso”*.

Además, presenta pensamientos evitativos: *“en la U también siguen molestándome, me dicen el kakaroto, porque no puedo decir la C... no voy mucho, paro trabajando nomas, no me molestan tanto mis compañeros ahí, ando con miedo... no me gusta el ruido fuerte y no tengo amigos, me da vergüenza que no me salga la palabra y no pueda decir nada”*. Por otra parte, manifiesta sintomatología en su activación y reactividad, ya que: *“Ando con miedo... no me gusta el ruido fuerte y no tengo amigos, me da vergüenza que no me salga la palabra y no pueda decir nada”*.

Además, presenta síntomas intrusivos, ya que presenta malestar, flashbacks y somatización al recordar el acontecimiento: *“Me tenían miedo... pensaban que los duendes me habían hecho algo por no hacerme bautizar, algo de que cayó un rayo cerca de mi casa cuando estaba llorando y se metió en mí y no se querían acercarme, todos creíamos que tenía algo malo”*.

Por tanto, queda plasmado que la presencia de sintomatología postraumática es frecuente, llegando a afectar e interferir negativamente en el funcionamiento de gran parte de las áreas de su vida: *“Salí del cole y me vine a la ciudad a trabajar para entrar a la U y sentía vergüenza de mi vida, así que me entre de peón, ahí no tengo que tratar de hablar”*.

Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2, Forma Reestructurada (MMPI 2 RF), Escala PSY-5

Teniendo en cuenta la puntuación natural obtenida por Z.Y, (escala por escala) el rango cualitativo que encaja en el rasgo de la personalidad clínica, Agresividad revisada (AGGR-r), es el de *“indica ser sumiso y pasivo a nivel interpersonal”*. Con un puntaje cuantitativo de 39 ($T \leq 39$), se halla en un rango bajo, indicando no ser una persona agresiva, prefiriendo tomar una actitud pasiva: *“Es feo que me traten así y que se rían, por no ser capaz de decir nada, no sé para que nací, si solo hay gente mala que le gusta lastimar incluso si no dices o haces algo”*.

En el rasgo de la personalidad clínica, Psicoticismo revisado (PSYC-r), el rango cualitativo que obtuvo “poca presencia de alteraciones del pensamiento”. Con un puntaje cuantitativo de 59 ($T \leq 39$ y $T \geq 65$), hallándose en un rango medio, por lo cual es posible que llegue a manifestar procesos de pensamiento inusual y fenómenos perceptuales, puesto que sobrepasa ampliamente la puntuación mínima y está más cerca de una puntuación alta ($T \geq 65$) sintiéndose ajeno a los demás, queriéndose alejar de ellos, y según sus propias palabras: *“No me gusta el ruido fuerte y no tengo amigos, me da vergüenza que no me salga la palabra y no pueda decir nada”*.

Mientras que, el rasgo de la personalidad clínica, Impulsividad-revisada (DISC-r), obtuvo como rango cualitativo a “Indica comportamiento excesivamente reservado”. Con un puntaje cuantitativo de 36 ($T \leq 39$): *“Ando con miedo de hablar, que no me entiendan, que se rían de mi vida”*.

Por otra parte, en el rasgo de la personalidad clínica, Neuroticismo-revisado (NEGE-r), obtuvo como rango cualitativo a “Experimenta emociones negativas; es propenso a la autocrítica y autoculparse, presentando ideas intrusivas”. Con un puntaje cuantitativo de 76 ($T \geq 65$), indicando que trata de no sentirse agobiado por emociones negativas ya que no le gusta que las personas la juzguen o se metan en su vida privada, puesto que presenta ideas intrusivas, se inhibe y auto sabotea y tiende a auto culparse, llegando a experimentar ansiedad e inseguridad: *“Todos me pisoteaban, no les tengo rabia, me tengo pena por ser así, anormal, sonso, en la U también siguen molestándome, me dicen el kakaroto, porque no puedo decir la C...”, “Es feo que me traten así y que se rían, por no ser capaz de decir nada, no sé para que nací, si solo hay gente mala que le gusta lastimar incluso si no dices o haces algo, me hace doler feo el pecho”*.

Finalmente, el rasgo de la personalidad clínica, Disminución de emociones positivas-revisado (INTR-r), obtuvo como rango cualitativo a “Sentimientos de experiencias en nivel promedio”, Con un puntaje cuantitativo de 50 ($T \leq 39$ y $T \geq 65$), hallándose en un rango medio, por lo cual es posible que llegue a manifestar tanto experiencias positivas como negativas, pudiendo deprimirse, sentirse ansioso y tornarse pesimista, pero tratando de ver el lado bueno de las cosas, ya que, según sus propias palabras: *“Así, dolorido aquí (señalándose el pecho), me*

levanto nomas a trabajar, sueño que haciendo un esfuerzo grande, pueda terminar de estudiar y entender porque nací así, no quiero que el bullying sea todo lo de mi vida”.

Cuestionario de Rojas para valorar la ansiedad (CDRVA)

Teniendo en cuenta la puntuación natural obtenida por Z.Y en el presente cuestionario, el rango cualitativo en el que encajan sus resultados es el de Ansiedad muy grave (con un puntaje cuantitativo de 66/100). Además, presenta una intensidad Leve en sintomatología ansiosa Física (18/20). Al consultarle sobre los mismos relata: *“A veces me duele el pecho... me da nervios queriendo hablar, pero se pasa rápido, no me quiero hacer ganar en eso”*. Por otra parte, presenta una intensidad sintomatología ansiosa Psíquica a nivel Alto (54/60); menciona que algunas veces padece de nerviosismo e intranquilidad, lo cual lo lleva a sentirse inseguro de sí mismo: *“Los escucho reírse cuando hablo... me hacen pensar que soy anormal”*.

En sintomatología ansiosa de Conducta puntúa en un nivel Alto (55/60), mencionando que se le tensa la mandíbula, tiende a gesticular mucho y le irritan los ruidos intensos o inesperados, por lo cual, tiende a tartamudear. Por lo cual, puesto que Z.Y tiene un diagnóstico de un trastorno del habla, efectuado cuando era niño, con presencia de repeticiones y bloqueos, no se le realizaron preguntas adicionales sobre este punto.

Mientras que, en sintomatología ansiosa Cognitiva puntúa en un nivel Alto (52/60), indicando que tiende a tener rumiación, incurriendo en pensamientos fatalistas y generándose bloqueos de pensamiento, dando muchas vueltas a ideas que no puede sacarse de la mente y dejándose afectar negativamente por las mismas: *“Quiero saber porque soy así, mucho pienso eso (sobre sus problemas del habla)”*.

Por otra parte, en sintomatología ansiosa Asertiva puntúa en un nivel Medio (60/60), expresando que intenta dar a los demás una imagen de sí mismo distinta a la real, intentando agradar a todo el mundo y siguiendo la corriente general, puesto que le cuesta expresar sus verdaderos sentimientos y opiniones, llegando a preferir no discutir o quejarse aún si él cree que tienen la razón: *“Me da miedo que no me salga la palabra y se rían de mí... por eso sonrió, como si fuera seguro y no anormal y por eso sigo a lo que dicen los populares para que no me pregunten a mí”*.

PUNTUACIÓN TOTAL				
Puntaje cuantitativo			Rango cualitativo	
66 de 100 puntos totales			Ansiedad muy grave	
PUNTUACIÓN CUANTITATIVA POR SINTOMATOLOGIA ESPECIFICA				
Síntomas Físicos	Síntomas Psíquicos	Síntomas de Conducta	Síntomas Cognitivos	Síntomas Asertivos
18/20	54/60	55/60	52/60	60/60
PUNTUACIÓN CUALITATIVA EN SINTOMATOLOGÍA ESPECIFICA				
Sintomatología a nivel Leve	Sintomatología a nivel Alto	Sintomatología a nivel Alto	Sintomatología a nivel Alto	Sintomatología a nivel Alto

Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

Teniendo en cuenta la puntuación natural obtenida por Z.Y en el presente inventario, el rango cualitativo en el que encajan sus resultados es el de Depresión Moderada (con un puntaje cuantitativo de 23/28). De manera específica, en sintomatología cognitiva afectiva manifiesta presencia de tristeza, pesimismo, sentimientos de culpabilidad y fracaso, además de autocrítica y disconformidad hacia su persona, tendiendo a presentar llanto por cualquier tema: *“No sé si podre dejar de ser así (tener tartamudez), me siento anormal... incapaz”*.

Por otra parte, en sintomatología somático motivacional indica sentirse desvalorizado al compararse con otros, con menos interés en ciertas actividades o personas, y manifestando dificultad para concentrarse: *“Que se te rían todo el tiempo te hace sentir de menos y todo el rato estás pensando eso”*.

PUNTUACIÓN TOTAL	
Puntaje cuantitativo 23 de 28 puntos totales	Rango cualitativo Depresión moderada

Escala de autoestima de Coopersmith Adultos

La puntuación natural obtenida por Z.Y en la presente escala, lo sitúa en un rango cualitativo de autoestima total Muy Baja (con un puntaje cuantitativo de 15/21). Además, presenta una Muy Baja autoestima en el área Social (2/3), dando a entender que es una persona que presenta muchas dificultades para establecer sus relaciones interpersonales, ya que la presencia de otros le resulta incómoda, sintiendo que otras personas son mejores que él, por lo

cual, prefiriere estar solo. Al indagar por medio de preguntas específicas, indica que: *“Estando solo me salen las palabras, si me hablan no, me da miedo”*.

Por otra parte, en el área Laboral-Académica presenta una autoestima Baja (2/2), dando a comprender que no se halla a gusto en su ámbito académico – laboral, puesto que cree no tener las suficientes habilidades para desenvolverse en los mismos y aunque se esfuerce no consigue los resultados que esperaría obtener: *“Me gusta leer, pero al tratar de hablar me trabo y me hace sentir sonso, me falta todavía para poder ser normal”*.

Mientras que, en el área Hogar, presenta una autoestima Baja (3/3), indicando que sus relaciones familiares no le satisfacen, lo que le genera distanciamiento: *“Mi tía me apoyaba... pero con el bullying no me entendía, decía que tenía que defenderme como hombre de eso y me hacía sentir mal”*. Indagando más sobre este punto, indica que el sentimiento de no satisfacción con sus relaciones familiares se debe en parte al fallecimiento de su tía, sintiéndose solo al no vivir con nadie más: *“La extraño, era mi otra mamá, quedé solo”*.

Por tanto, a nivel General, presenta una autoestima Muy Baja (8/11), teniendo predominancia de pensamientos y sentimientos negativos, autoculpándose y reprochándose por su situación actual, teniendo como consecuencia directa sentirse mal consigo mismo y con su entorno social, familiar (hogar) y académico, sintiéndose desalentado para salir adelante. Motivo por el cual, su autoestima a nivel Total, es Muy Baja (con un puntaje cuantitativo de 15/21).

PUNTAJES CUANTITATIVOS					
Mentira	Social	Laboral-Académica	Hogar	General	Total
2/5	2/3	2/2	3/3	8/11	15/21
RANGO CUALITATIVO					
Resultados interpretables	Muy Baja	Baja	Baja	Muy Baja	Muy Baja

VIII. Síntesis diagnóstica

A partir de los resultados obtenidos mediante la aplicación de los presentes instrumentos se concluye que Z.Y sufrió de bullying muy constatado, el cual comenzó durante su escolaridad primaria, extendiéndose a la secundaria. Esta situación lo acompañó desde su niñez, pasando a su adolescencia, y posteriormente generándole afectación a nivel psicosocial, puesto que, por

el hostigamiento, intimidación, amenazas, coacciones, bloqueo social y agresiones que ejercían en su contra, conllevaron al desarrollo de psicopatologías y trastornos relacionados con su estado anímico, llegando a despreciarse, sintiéndose ansioso y deprimido, teniendo una autoimagen negativa. Además, fue agredido a nivel verbal, físico y psicológico, manipulando a su entorno social para que no interactuaran con él, por lo cual el estrés que padecía dio lugar a somatización de síntomas, descuidando su salud y bienestar, cargando hasta el día de hoy secuelas de ese entonces.

Estas secuelas le dejaron un TEPT grave, mismo que afecta a varias áreas de su funcionamiento cotidiano, puesto que la sintomatología que presenta se manifiesta en forma de alteraciones cognitivas y de su estado de ánimo, además de síntomas evitativos e intrusivos y alteraciones en su activación y reactividad. Esto puede evidenciarse en sus rasgos de la personalidad, ya que a nivel clínico presenta alteraciones, especialmente en neuroticismo y emocionalidad negativa, tornándose poco impulsivo y agresivo lo cual lo lleva a ser reservado con su entorno psicosocial, teniendo una menor presencia de procesos inusuales (psicoticismo) en su pensamiento y disminución de emociones positivas, pudiendo llegar a experimentar una emocionalidad positiva, pero auto saboteando la misma al no creerse merecedor de estas.

Siento esto causal y motivo para la aparición de ansiedad en grado muy grave, con una sintomatología psíquica, cognitiva, asertiva y conductual muy marcada, además de una depresión moderada; por lo cual, su autoestima social, laboral-académica y del hogar también se vio afectada a nivel total. En conclusión, la interacción entre estas variables remarca que el bullying sufrido durante toda su etapa escolar fue precursor de la aparición del TEPT en su adolescencia, llegando a instaurarse en los rasgos de su personalidad y posteriormente manifestarse como ansiedad y depresión, las cuales repercutieron negativamente en su autoestima general, siendo esta, muy baja.

5.10 Caso 10

I. Datos personales

Nombre: I.M

Edad: 24

Sexo: Masculino

Lugar y fecha de nacimiento: Tja Bolivia - 7/09/2005

Escolaridad: Bachillerato; estudios universitarios en curso

Ocupación: Profesor de zumba

II. Motivo de Consulta

Refiere sentir un profundo resentimiento contra las personas que ejercieron bullying hacia su persona, mismo que le dejó secuelas profundas que a la fecha no puede superar, ya que manifiesta sintomatología ansiosa y depresiva, además de sentirse frustrado con su vida en general.

III. Antecedentes personales

I.M es un joven estudiante de 24 años de edad, nacido en la capital de Tarija; de contextura corporal atlética y tez morena, con un semblante de expresión seria y reservada. Durante el transcurso de las sesiones, asistió a las mismas vistiendo ropa casual, pulcra y limpia, denotando un alto cuidado de su autoimagen personal.

Inicia su relato clínico mencionando que, para él, el bullying es: *“Una enfermedad, que se extiende cada día más, que deja síntomas de por vida y no tiene cura aparente”*. Al indagar sobre el motivo de esta afirmación, refiere que: *“Mira hermano, te puedo asegurar que las personas que lastiman saben muy bien lo que están haciendo, incluso si son niños”*. Explicando que él no cree los niños no sepan que hacen al ejercer bullying, puesto que en su primera infancia pasó por situaciones críticas, que lo marcaron de por vida: *“Mira, en mi casa, todo mal, vivía con mi tío y mi mamá, la cosa es que mi tío era un abusivo de mierda, paraba golpeando a mi mamá diciéndole puta porque había abierto las piernas a un hombre y de ahí había venido yo, imagínate, con 5 años escuchar eso, y obvio que yo no iba a ser el niño más*

feliz del universo con esas cosas, mis compañeros de curso me vieron callado, con miedo y me comenzaron a atacar. I.M refiere que estos ataques fueron aumentando en intensidad a medida que el tiempo transcurría: “Como te dije hermano, yo creo que sabían, que sentían que yo estaba débil, mal y me comenzaron a atacar, primero eran burlas... más que nada por mi piel y porque ahí era delgado, imagínate, un montón de apodos de mierda”.

Complementando esta afirmación, refiere que: *“A ver, en educación física, por ejemplo, soy bueno para los deportes y eso les hacía renegar (a sus compañeros de curso), se desquitaban metiéndome zancadilla, me daban bombazos (pelotazos) o directo iban a empujarme y en el piso directo a pegarme, después en el curso jugaban a que nos vendían a las chicas y decían de mi... por este hueso de perro ni 10 centavos, te lo regalo, o en los baños, quería ir a orinar y entraban conmigo, golpeando la puerta de afuera y tirándome agua”.*

Indica, que esta situación se debía en parte al mal ambiente familiar que vivía en su día a día: *“Mi ma (su madre), vivía con miedo de llegar a mi casa... y eso se pasaba a mí y no sabía defenderme, me pegaban, y me quedaba callado, me robaban lo de mi recreo y lo mismo, llegaba a mi casa a llorar y ahí, para que decir, más miedo, más trauma y al día siguiente en el colegio me veían mal y se desquitaban conmigo por cosas de sus vidas, imagínate, hasta pensé que me merecía eso, ya era una costumbre”.*

I.M explica que cree esto ya que: *“Mi ma, decía que cada hogar es un mundo y que ellos eran así porque también los trataban mal, creo que tenía razón y como me veían débil, me atacaban a mí, por eso te dije hermano, sé que ellos eran conscientes del daño que hacían y pensaba, son así porque también abusan de ellos en sus casas”.*

De este modo transcurrió su etapa educativa primaria, siendo recordada como: *“Creo que fue la época más oscura de mi vida, por el colegio y por lo de mi casa, puro violencia todo el tiempo, aunque también tenía mis ratos de felicidad cuando mi ma me sacaba a pasear, pero eso se fue perdiendo y me volví frío, muy reservado, imagínate, nadie me daba confianza, no quería ni hablar en la calle porque pensaba lo peor de la gente”.*

Lejos de disminuir, el bullying cobró más fuerza en su etapa escolar secundaria: *“Era lo mismo, igual seguían, meta a molestar, a mí, a otros que igual eran callados, a las chicas, a los chicos, igual las chicas hacían bullying, solo que era más hacia otras chicas, a mí me*

bulleaban (hacían bullying) puro hombres... mi ma me metió a clases de taekwondo, porque decía que le daba pena verme así y creía que eso me iba a ayudar”.

Para I.M esta etapa en su vida fue como una evasión de la realidad, puesto que: *“Me gustó mucho todo eso, mi ma como me vio motivado me comenzó a inscribir a atletismo y natación, pero no me duraba mucho la tranquilidad, de nuevo la mierda del colegio y de mi casa me hacían mal... hermano, vos sabes bien que los hombres no lloramos y no hablamos de estas cosas, pero mierda... la pasé feo, no le veía solución a tanta cosa, buscaba en internet como suicidarme y no lo hacía porque mi ma sufría y aguantaba más que yo sin quejarse”.*

I.M relata que contrariamente a tomar represalias y convertirse en un bully (persona que ejerce el bullying), prefirió no hacer nada, ya que: *“Tendría mis 16, ya faltaba poco para que salga del colegio en la promo, estaba más fisicudo (con más físico), con más energía, pero no me tenía confianza, tampoco quería volverme otro bully, pero a ratos hermano les quería sacar la mierda, pero no, pensaba bien y decía, ¿para qué?, no me gusta lastimar a la gente porque se lo que se siente, aunque se lo merezcan, eso aprendí de mis instructores, ser violento no va a cambiar nada, si siento rabia, tengo que usar eso para lograr mis metas, no caer, no ser como ellos (los bullys)”.*

Por lo cual, sus compañeros de curso continuaron ejerciendo bullying hacia su persona: *“Seguían, viendo hacia atrás, creo que se merecían una sacada de mierda porque ahora los veo por la calle como si nada, con sus hijos incluso y toda esa mierda que hicieron, a mí, a los demás, donde queda... como ya no estaba flaco, me decían la vaca, el albaco (el albañil), porque seguía siendo serio, reservado, creo, hermano que si de niños me molestaban para sentirse mejor con las mierdas que también les tocaba vivir, ya en nuestra adolescencia lo hacían para sentirse populares, aceptados, no sé, me da esa impresión”.*

I.M relata que el bullying continuó hasta su último día en el colegio, ya que: *“A mi medio que me dejaban tranquilo, como me veían grandote, seguro pensaban mejor no lo molestemos mucho, por ahí se rebela, pero me seguían insultando y cargoseando, a mis otros compañeros en cambio los seguían haciendo mierda, ¿y sabes que es lo ridículo?, a los profesores les valía, les valía, se cagaban en la tapa (no les importaba), solo reaccionaban si alguien aparecía con la cara reventada, o había un caso de abuso sexual entre chicos y chicas, ahí*

venia la prensa, decían que iban a expulsarlos... que iban a formar un comité disciplinario pero se callaban al mes”.

En complementación, indica que el bullying, le dejó secuelas que lo acompañan en su día a día actual: *“Vivo con ansiedad hermano, aguantar esa mierda durante casi toda mi vida... no, no se lo deseo a nadie, ni a la peor persona, pude haber sido mucho más feliz si nada de estas cosas hubieran pasado, imagínate, hasta ahora pienso en eso y me hace sentir débil, después se me pasa y salgo a hacer ejercicio, con amigos, es un va y viene, me alejo, vuelvo, quiero encerrarme, lejos de todos... trato de ser fuerte y no aislarme, aún es complicado”.*

Al preguntarle sobre si en la actualidad asiste a terapia o consulta psicología para buscar ayuda sobre sus vivencias expresa que: *“Si, voy cuando siento que me estoy asfixiando, cuando todo se acumula y estalla, me ayuda a tener tranquilidad, a reflexionar sobre mi vida y como superar lo pasado, imagínate hermano, me quedo pensando en mi ma y hay veces que la siento cerca de mí, pidiéndome ayuda, me quiebra porque suena muy real, aunque sé que no lo es... mira, creo que todo se hace lentamente, muchas veces me pasó que hago cosas sin pensar y después reflexiono, es complicado, pero con mi psicóloga hago avances.”.*

I.M cierra su entrevista clínica refiriendo que: *“El bullying es esa enfermedad que tenemos que tratar de curar, aunque creo que ya se extendió tanto que todos parecen estar enfermos”.*

IV. Antecedentes familiares

La familia de I.M estuvo conformada únicamente por su madre y por su tío (por parte materna). Refiere que su relación materna fue algo que recuerda con mucho cariño y a la vez, tristeza: *“Mi ma se fue 4 años, cuando tenía 20... le dio cáncer y me dejó solo, ella era muy cariñosa conmigo, siempre me apoyaba, se preocupaba por mí y no me hacía sentir mal si me veía llorar o estar triste, sabía como hacerme animar, por eso estoy estudiando medicina, para tratar de salvar a las personas que les toca sufrir esa enfermedad”.*

Por otra parte, refiere que la relación con su tío estuvo cargada de momentos llenos de tensión: *“No quiero decir mucho de el por respeto a mi ma... pero fue una persona llena de maldad y odio que se desquitaba de los fracasos de su vida con ella (su madre) y conmigo. Él se murió el año pasado, de cáncer igual, quizá fue su karma.*

Por lo cual, actualmente vive solo, alquilando un departamento, trabajando y estudiando al mismo tiempo y prefiriendo no tener contacto con familiares cercanos, ya que: *“Ellos sabían lo de mi tío, de sus abusos y de lo que mi ma se enfermó y no hicieron nada, nos dejaron a nuestra suerte”, ahora con mi trabajo de instructor de zumba y algunas cosas que mi ma me dejo estoy saliendo adelante, es una pelea diaria, porque hay momentos en donde toco fondo y siento odio hacia las personas que me bullearon, me frustró... y eso impide que a veces de lo mejor de mí”*.

Finalmente, en relación a enfermedades o antecedentes psicológicos en su familia, menciona que por parte materna tanto su madre, su tío y sus abuelos fueron diagnosticados con cáncer y fallecieron por dicha enfermedad, mientras que por parte paterna no hay constancia de antecedentes, debido a que: *“Nunca conocí a mi papa, para mí el no existe y no lo tengo en cuenta en mi vida”*. Mientras que, en relación a su propia persona refiere que: *“En consulta con mi psicóloga me hicieron test y me preguntaron cosas, pero ella no me dijo si tenía un trastorno, solo me dijo... estas deprimido, con ansiedad, vamos a trabajar esas cosas de tu pasado, así que no sé si tendré algo, aunque yo creo que, si tengo, por cómo me siento*.

V. Observaciones del entrevistador

Se aplicaron tres sesiones de un lapso aproximado de sesenta minutos, si bien, su discurso fue coherente durante el transcurso de las mismas presentó breves momentos en los cuales, manifestaba alteraciones del estado anímico y corporal. En la primera sesión I.M se presentó con la predisposición para colaborar, pero manifestó sintomatología ansiosa en preguntas relacionadas con su primera infancia y recuerdos de su escolaridad primaria, comenzando a reprimirse y mostrarse sudoroso, con tics nerviosos en sus extremidades inferiores, por lo cual, se procedió a realizar el entrenamiento autógeno de Schultz, una vez estabilizado, pudo continuar con su relato clínico, con la peculiaridad de que ya no volvió a levantar la mirada del piso, rehuyendo del contacto visual, hasta finalizar la sesión.

Durante el desarrollo de la segunda sesión, al tocar temas relacionados con su familia y relación con sus compañeros de curso durante su etapa escolar secundaria, presentó nuevamente sintomatología ansiosa, por lo cual, se le aplicó el test de los colores, a modo de relajar y sublimar sus pulsiones, retomando la entrevista clínica tiempo después, sin mayores inconvenientes.

Finalmente, en el transcurso de la sesión número tres, al llegar al cierre de la misma, I.M tuvo un fuerte quiebre emocional al tocar temas relacionados con los sus antecedentes familiares y acontecimientos que marcaron su vida referente a esta temática. Este se manifestó con presencia de sintomatología ansiosa grave, motivo por el cual se aplicó contención emocional, ya que presentó agitación, cambios bruscos de postura, ojos llorosos y tensión muscular, por lo cual se le aplicó la técnica de la silla vacía, con el fin de poder ayudarlo a procesar sus emociones y darle un cierre emocional a su duelo, logrando estabilizarse y finalizando de este modo su entrevista clínica, notándose más calmo y menos tenso.

VI. Instrumentos utilizados

- Cuestionario/autoinforme (AVE) Acoso y violencia escolar
- Escala EGEP-5 Evaluación Global del Estrés Postraumático
- Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2, Forma Reestructurada (MMPI 2 RF), Escala PSY-5
- Cuestionario de Rojas para valorar la ansiedad (CDRVA)
- Inventario de depresión de Beck (BDI-II)
- Escala de autoestima de Coopersmith (CSEI Adultos)

VII. Análisis e interpretación de los resultados

Cuestionario/autoinforme (AVE) Acoso y violencia escolar

Según los datos recopilados y proporcionados por I.M (en el cuestionario/autoinforme AVE), se confirma que sufrió de acoso escolar (bullying) se confirma que sufrió a nivel general de acoso escolar (bullying) muy constatado a nivel global, PC:99, con una intensidad de P.C: 99. Mientras, que a nivel específico, durante su etapa escolar secundaria, presentó afectación muy constatada en las áreas de: Hostigamiento, Intimidación, Amenazas, Bloqueo social, Manipulación Social y Exclusión social y acoso bien constatado en las áreas de: Coacciones y Agresiones.

ESCALAS DE ACOSO							
Hostigamiento	Intimidación	Amenazas	Coacciones	Bloqueo social	Exclusión social	Manipulación social	Agresiones
PUNTAJE DIRECTO							
21	5	2	1	9	9	12	5
PERCENTIL							
99	99	99	99	99	95	99	99

Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso muy constatado	Acoso bien constatado	Acoso muy constatado	Acoso bien constatado	Acoso muy constatado	Acoso muy constatado
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

La escala Hostigamiento confirma que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje directo de 21 y un percentil de 99, el cual se manifestó en faltas de respeto, en el desprecio y falta de consideración hacia su dignidad como persona.

Por otra parte, en la escala de Intimidación, se confirma que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje directo de cinco y un percentil de 99, mismo que se manifestó en conductas hacia su persona de persecución, amedrentamiento y consumo emocional mediante acciones intimidatorias, buscándole inducirle miedo.

De similar modo, en la escala de Amenazas, se confirma que sufrió de bullying muy constatado, con un puntaje de dos y un percentil de 99, manifestándose en conductas de amilanamiento contra su integridad física y extorsión.

En la escala Coacciones, se confirma que sufrió de bullying bien constatado, con un puntaje directo de uno y un percentil de 95, mismo que se manifestó en conductas que pretendían que realizara actos en contra de su voluntad, ejerciéndole un sometimiento y dominio por encima de esta, proporcionándoles beneficios a los perpetradores, silenciándose por miedo.

Por otra parte, la escala Bloqueo Social, con un puntaje directo de nueve y un percentil de 99, confirma que sufrió de bullying muy constatado, mismo que se presentó en conductas que aislamiento social y marginación.

La escala Exclusión Social, confirma con un puntaje directo de nueve y un percentil de 99, que sufrió de bullying muy constatado, el cual se presentó en conductas de ninguneo hacia su persona, generándole un vacío social.

Además, en la escala de Manipulación Social, se confirma que existieron estos comportamientos hacia su persona, con un puntaje directo de doce y un percentil de 99, las cuales le generaban una distorsión de su imagen social hacia sus pares, creándole la idea de que se merecía todo lo que le estaba pasando.

Finalmente, la escala Agresiones, confirma que sufrió de conductas de agresión, física, verbal y psicológica bien constatadas, con un puntaje directo de cinco y un percentil de 95, manifestándose en gritos, insultos, burlas y jalones de cabello.

En complementación, el cuestionario/autoinforme AVE, posee ocho escalas clínicas, las cuales son consecuencias directas del bullying sufrido y evalúan diversas psicopatologías que llegaron a afectar a I.M durante su etapa escolar, constatando que sufrió de: Ansiedad, Estrés Postraumático, Distimia, Disminución de Autoestima, Flashbacks, Somatización, Autoimagen Negativa y Autodesprecio.

ESCALAS CLÍNICAS							
Ansiedad	Estrés Postraumático	Distimia	Disminución de Autoestima	Flashbacks	Somatización	Autoimagen Negativa	Autodesprecio
PUNTAJE DIRECTO							
9	13	12	12	3	7	9	6
PERCENTIL							
99	99	99	99	99	95	99	95
Muy constatada	Muy constatado	Muy constatada	Muy constatada	Muy constatada	Bien constatada	Muy constatada	Bien constatado

La escala clínica Ansiedad, con un puntaje directo de nueve y un percentil de 99, constata que I.M tuvo presencia de sintomatología propia de este trastorno, en sus dimensiones físicas, cognitivas y asertivas; ya que, mientras más ansioso se sintiese en sus años escolares, más alta era la probabilidad de ser percibido por sus compañeros como vulnerable y, por tanto, mayor fue el bullying que recibió en su diario vivir.

Por otra parte, la escala clínica Estrés Postraumático, con un puntaje directo de trece y un percentil de 99, constata que existió la presencia de sintomatología propia de este trastorno relacionada con acontecimientos vividos en el ámbito escolar como ser la hipervigilancia, el aislamiento social, la hipersensibilidad a la crítica y la invasión de visualizaciones recurrentes.

La escala clínica sobre Distimia, con un puntaje directo de doce y un percentil de 99, evalúa y constata que existió la presencia de sintomatología relacionada con la misma, presente en forma de cambios de humor bruscos, tristeza, desesperanza y retraimiento social, más un estado anímico depresivo.

De similar modo, la escala clínica, Disminución de autoestima, con un puntaje directo de doce y un percentil de 99, constata que la misma fue mermada, debido al bullying e insultos que sufría, las agresiones y la exclusión social. La escala clínica Flashbacks, con un puntaje directo de tres y un percentil de 99, constata que existió la presencia de episodios traumáticos, que repercutieron en la aparición del síndrome de estrés postraumático al ser un trauma no digerible para él durante su niñez y adolescencia, manifestándose en imágenes, sensaciones o recuerdos no deseados, además de pesadillas y disociación de recuerdos.

Respecto a la escala clínica Somatización, con un puntaje directo de siete y un percentil de 99, constata que existió manifestación física de síntomas psicosomáticos en el cuerpo de I.M, producto del bullying sufrido.

Sobre la escala clínica, Autoimagen Negativa, con un puntaje directo de nueve y un percentil de 99, constata que existió la presencia de cambios importantes su autopercepción, ya que las humillaciones y vejaciones le hacían creer ser merecedor de todo lo que le estaba pasando.

La escala clínica, Autodesprecio, con un puntaje directo de seis y un percentil de 95, constata que producto del bullying sufrido, existió una alteración en su autoimagen, poniendo en evidencia actitudes de odio y desprecio hacia sí mismo.

En conclusión, en base a lo anteriormente mencionado, se confirma que I.M sufrió de bullying muy constatado durante su etapa escolar en las áreas de: Hostigamiento, Intimidación, Amenazas, Bloqueo Social, Manipulación Social y Exclusión Social y bullying bien constatado en el área de: Coacciones y Agresiones, durante la gran parte de su vida colegial, de forma continua y repetitiva.

Además de constatar que existió presencia de: Ansiedad, Estrés Postraumático, Distimia, Disminución de Autoestima, Flashbacks, Somatización, Autoimagen Negativa y Autodesprecio, dejándole secuelas y daños psicológicos a largo plazo.

Escala EGEP-5 Evaluación Global del Estrés Postraumático

- Caracterización de la experiencia traumática

I.M indicó haber sufrido dos acontecimientos traumáticos, siendo estos, 1) violencia física perpetuada de manera constante por su tío y 2) bullying. Al pedirle que elija cuál de los dos

sucesos le afecta y genera malestar en la actualidad, indico que es el bullying (2), que sufrió en su etapa escolar primaria y secundaria, el cual, valoró como de gravedad grave, viviéndolo con miedo e indefensión. Este acontecimiento implicó escenas desagradables y amenazas para su dignidad tanto personal como la de sus compañeros de curso, dañando su honor.

- **Cumplimiento de los criterios de TEPT**

I.M cumple el criterio A del DSM 5, puesto que ha experimentado un acontecimiento traumático del que haya transcurrido más de un mes, también se cumplen los criterios referidos a la presencia de sintomatología postraumática (B, C, D, E, F), ya que presenta 4/5 Síntomas intrusivos, 2/2 de Evitación, 6/7 de Alteraciones cognitivas y del estado del ánimo y 4/6 de Alteraciones en la activación y reactividad.

El criterio F de duración también se cumple, puesto que indica que experimenta los problemas desde hace más de tres meses. Además, cumple con el criterio G, referido a Funcionamiento, porque presenta alteración en 5/7 áreas de funcionamiento en su diario vivir.

Por tanto, en base a la información anterior, se puede concluir que I.M cumple con todos los criterios para considerar que presenta TEPT.

CRITERIOS SEGÚN EL EGEP 5				
I	E	C	A	F
4/5	2/2	6/7	5/6	5/7
CRITERIOS SEGÚN EL DSM 5				
B	C	D	E	G
4/5	2/2	6/7	4/6	5/7

- **Valoración normativa**

Cuando se comparan las puntuaciones de I.M en las escalas de síntomas, con los baremos normativos de corrección, se observa que casi la totalidad de sus puntuaciones se sitúan en niveles medio altos, lo cual indica una intensidad esperable en relación con su sintomatología postraumática, dada la intensidad del bullying que sufrió. Prestando especial atención en Síntomas Evitativos (E), PC: 80 y Alteraciones cognitivas y del estado del ánimo (C), PC: 80, Alteraciones en la activación y reactividad (A), PC: 65. Y a niveles medio bajos: Síntomas Intrusivos (I), PC: 50. Esta sintomatología actual altera a su Funcionamiento cotidiano (F), con

un nivel de afectación alto, PC: 85. Por lo cual, su puntaje total es de P.C: 75, calificando como TEPT de gravedad media-alta.

PUNTAJE DIRECTO					
I	E	C	A	F	Total
8/20	5/8	13/28	10/24	5/7	36
PERCENTILES					
I	E	C	A	F	Total
50	80	80	65	85	75

- Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos en la evaluación realizada a I.M, se concluye que presenta un TEPT de gravedad medio-alto, a raíz del bullying sufrido durante su etapa escolar, tal como el refiere al resumir su experiencia durante sus años en el colegio: *“Creo que fue la época más oscura de mi vida, por lo del colegio y por lo de mi casa, pura violencia todo el tiempo”*. Dentro de su sintomatología postraumática parece especialmente relevante la referida a pensamientos evitativos: *“Me volví frío, muy reservado, imagínate, nadie me daba confianza, no quería ni hablar en la calle porque pensaba lo peor de la gente”* y sintomatología cognitiva y del estado de ánimo, mencionando que: *“La pasé feo, no le veía solución a tanta cosa, buscaba en internet como suicidarme y no lo hacía porque mi ma sufría y aguantaba más que yo sin quejarse”*.

Por otra parte, manifiesta sintomatología en su activación y reactividad, ya que: *“A ratos hermano les quería sacar la mierda, pero no, pensaba bien y decía, ¿para qué?, no me gusta lastimar a la gente porque se lo que se siente, aunque se lo merezcan, eso aprendí de mis instructores, ser violento no va a cambiar nada”*.

Y en menor medida, presenta síntomas intrusivos, ya que presenta malestar, flashbacks y somatización al recordar el acontecimiento: *“Vivo con ansiedad hermano, aguantar esa mierda durante casi toda mi vida... no, no se lo deseo a nadie, ni a la peor persona, pude haber sido mucho más feliz si nada de estas cosas hubieran pasado, imagínate, hasta ahora pienso en eso y me hace sentir débil”*.

Por tanto, queda plasmado que la presencia de sintomatología postraumática es frecuente, llegando a afectar e interferir negativamente en el funcionamiento de gran parte de las áreas de

su vida: *“Es una pelea diaria, porque hay momentos en donde toco fondo y siento odio hacia las personas que me bullearon, me frustró... y eso impide que a veces de lo mejor de mí”*.

Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2, Forma Reestructurada (MMPI 2 RF), Escala PSY-5

Teniendo en cuenta la puntuación natural obtenida por I.M, (escala por escala) el rango cualitativo que encaja en el rasgo de la personalidad clínica, Agresividad revisada (AGGR-r), es el de *“indica un regular sentimiento de pasividad y agresividad”*. Con un puntaje cuantitativo de 64 ($T \leq 39$ y $T \geq 65$), hallándose en un rango medio, por lo cual es posible que llegue a manifestar conductas agresivas instrumentales (capacidad de orientar su agresividad para lograr un fin), puesto que sobrepasa ampliamente la puntuación mínima y está más cerca de una puntuación alta ($T \geq 65$), ya que, según sus propias palabras: *“Tampoco quería volverme otro bully, pero a ratos hermano les quería sacar la mierda, pero no, pensaba bien y decía, ¿para qué?, no me gusta lastimar a la gente porque se lo que se siente, aunque se lo merezcan, eso aprendí de mis instructores, ser violento no va a cambiar nada, si siento rabia, tengo que usar eso para lograr mis metas, no caer, no ser como ellos (los bullies)”*.

En el rasgo de la personalidad clínica, Psicoticismo revisado (PSYC-r), el rango cualitativo que obtuvo *“poca presencia de alteraciones del pensamiento”*. Con un puntaje cuantitativo de 62 ($T \leq 39$ y $T \geq 65$), hallándose en un rango medio, por lo cual es posible que llegue a manifestar procesos de pensamiento inusual y fenómenos perceptuales, puesto que sobrepasa ampliamente la puntuación mínima y está más cerca de una puntuación alta ($T \geq 65$), relatando que: *“Me quedo pensando en mí y hay veces que la siento cerca de mí, pidiéndome ayuda, me quiebra porque suena muy real, aunque sé que no lo es”*.

Mientras que, el rasgo de la personalidad clínica, Impulsividad-revisada (DISC-r), obtuvo como rango cualitativo a *“Poca presencia de ser reservado o conductas de acting out (actuar sin pensar)”*. Con un puntaje cuantitativo de 50 ($T \leq 39$ y $T \geq 65$), hallándose en un rango medio, por lo cual, no suele ser una persona muy reservada, pero tampoco actúa sin pensar, dejándose llevar por sus impulsos, aunque puede tener momentos en los cuales se inhibe y no quiere tener interacciones con sus pares: *“Mira, creo que todo se hace lentamente, muchas veces me pasó que hago cosas sin pensar y después reflexiono, es complicado, pero con mi psicóloga hago avances”*.

Por otra parte, en el rasgo de la personalidad clínica, Neuroticismo-revisado (NEGE-r), obtuvo como rango cualitativo a “Persona que puede llegar a reportar experiencias negativas y quejarse en nivel promedio”. Con un puntaje cuantitativo de 55 ($T \leq 39$ y $T \geq 65$), hallándose en un rango medio, por lo cual, puede sentirse ansioso, inseguro o inhibirse, pero, también puede llegar a experimentar emociones positivas: *“Hasta ahora pienso en eso y me hace sentir débil, después se me pasa y salgo a hacer ejercicio, con amigos, es un va y viene, me alejo, vuelvo”*

Finalmente, el rasgo de la personalidad clínica, Disminución de emociones positivas-revisado (INTR-r), obtuvo como rango cualitativo a “Sentimientos de experiencias en nivel promedio”, Con un puntaje cuantitativo de 67 ($T \geq 65$), expresando y manifestando en su mayoría vivencias y experiencias negativas: *“Es un va y viene, me alejo, vuelvo, quiero encerrarme, lejos de todos... trato de ser fuerte y no aislarme, aún es complicado”*.

Cuestionario de Rojas para valorar la ansiedad (CDRVA)

Teniendo en cuenta la puntuación natural obtenida por I.M en el presente cuestionario, el rango cualitativo en el que encajan sus resultados es el de Ansiedad muy grave (con un puntaje cuantitativo de 58/100). Además, presenta una intensidad Leve en sintomatología ansiosa Física (20/40). Al consultarle sobre los mismos relata: *“Desde que me comencé a ejercitar se me pasaron, imagínate, antes me quedaba pensando en las noches sobre mi ma... ahora me pasa, pero ya no es tan continuo”*. Por otra parte, presenta una intensidad sintomatología ansiosa Psíquica a nivel Medio (23/40); menciona que algunas veces padece de nerviosismo e intranquilidad, lo cual lo lleva a sentirse inseguro de sí mismo: *“En esas noches que me pongo a pensar, me siento intranquilo, pero remonto, trato de no dejar que me consuman los nervios, más que nada por lo que te comenté de que siento a mi ma, ahí a mi lado”*.

En sintomatología ansiosa de Conducta puntúa en un nivel Medio (28/40), mencionando que muchas veces tiene la frente fruncida, sintiéndose irritable: *“Como te dije hermano, si siento rabia o estoy enojado, tengo que usar eso para lograr mis metas, no caer y no causar daño”*.

Mientras que, en sintomatología ansiosa Cognitiva puntúa en un nivel Medio (23/40), indicando que tiende a hacer juicios rígidos e intolerantes sobre los demás, utilizando los

extremos: *“Tengo un defecto que trato de corregir y es que cuando veo a alguien agresivo, inmediatamente pienso que es un bully, me cierro en esa idea y comienzo a verle defectos en todo, me comporto odioso y no razono.”*

Por otra parte, en sintomatología ansiosa Asertiva puntúa en un nivel Medio (27/40), expresando que intenta dar a los demás una imagen de sí mismo distinta a la real, estando muy pendiente de lo que los demás puedan opinar de su persona, puesto que le cuesta expresar sus verdaderos sentimientos y opiniones: *“Es otro defecto que tengo, no me gusta admitirlo pero siento que lo que soy ahora, así como me ves, musculoso, con confianza... mentalmente tengo dudas, sé que todavía me cuesta poder hablar, pero estoy teniendo avances.”*

PUNTUACIÓN TOTAL				
Puntaje cuantitativo			Rango cualitativo	
58 de 100 puntos totales			Ansiedad muy grave	
PUNTUACIÓN CUANTITATIVA POR SINTOMATOLOGIA ESPECIFICA				
Síntomas Físicos	Síntomas Psíquicos	Síntomas de Conducta	Síntomas Cognitivos	Síntomas Asertivos
20/20	23/40	28/40	23/40	27/40
PUNTUACIÓN CUALITATIVA EN SINTOMATOLOGÍA ESPECIFICA				
Sintomatología a nivel Leve	Sintomatología a nivel Medio	Sintomatología a nivel Medio	Sintomatología a nivel Medio	Sintomatología a nivel Medio

Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

Teniendo en cuenta la puntuación natural obtenida por I.M en el presente inventario, el rango cualitativo en el que encajan sus resultados es el de Depresión Grave (con un puntaje cuantitativo de 33/63). De manera específica, en sintomatología cognitiva afectiva manifiesta presencia de tristeza, pesimismo, sentimientos de culpabilidad y fracaso, además de autocrítica y pensamientos o deseos suicidas, sintiéndose agitado: *“Alguna vez vuelvo a pensar en matarme, pero mi ma aguanto mucho, ella se agarró a vivir y me siento mal, con culpa por ponerme mal, me hace estar débil”.*

Por otra parte, en sintomatología somático motivacional indica sentirse desvalorizado al compararse con otros, con menos interés en ciertas actividades o personas, y manifestando dificultad para concentrarse y hallarse irritable: *“Es una pelea diaria, porque hay momentos*

en donde toco fondo y siento odio hacia las personas que me bullearon, me frustró... y eso impide que a veces de lo mejor de mí”.

PUNTUACIÓN TOTAL	
Puntaje cuantitativo	Rango cualitativo
33 de 63 puntos totales	Depresión grave

Escala de autoestima de Coopersmith Adultos

La puntuación natural obtenida por I.M en la presente escala, lo sitúa en un rango cualitativo de autoestima total Muy Baja (con un puntaje cuantitativo de 20/21). Además, presenta una autoestima Normal en el área Social (5/6), dando a entender que es una persona que es una persona que puede lograr tener relaciones con personas desconocidas, pudiendo establecer amistad, pero de manera limitada y solo cuando se siente totalmente seguro y aceptado. Al indagar por medio de preguntas específicas, indica que: *“Mi psicóloga me dijo, tienes que salir, a charlar, a reírte, salí, anímate... date la oportunidad, por eso me animo a hacerlo, pero hay veces que estoy débil, me quiero alejar y encerrarme, pienso mucho y me imagino mi vida sin nada de esa mierda, luego se me pasa y vuelve”.*

Por otra parte, en el área Laboral-Académica presenta una autoestima Normal (3/5), dando a comprender que se siente cómodo en su institución educativa/laboral, logrando un rendimiento adecuado e integrándose a su grupo: *“Me gusta mi carrera, porque como te comenté hermano, quiero entender el cáncer y así poder salvar personas, en eso si no me dejo desanimar”.*

Mientras que, en el área Hogar, presenta una autoestima Muy baja (1/2), indicando que se siente incómodo en su hogar, ya que percibe que es ignorado por sus familiares cercanos, sintiéndose no aceptado y comprendido: *“Mi ma hacia que mi vida en mi casa no fuera tan oscura, me sacaba a pasear, me apoyaba... pero por encima estaba mi tío con su maldad, su odio y sus abusos, no sé cómo es tener una casa con cariño”.*

Por tanto, a nivel General, presenta una autoestima Muy Baja (11/11), teniendo predominancia de pensamientos y sentimientos negativos, autoculpándose y reprochándose por su situación actual, teniendo como consecuencia directa sentirse mal consigo mismo y con su entorno familiar (hogar), sintiéndose desalentado para salir adelante. Motivo por el cual, su autoestima a nivel Total, es Muy Baja (con un puntaje cuantitativo de 20/21).

PUNTAJES CUANTITATIVOS					
Mentira	Social	Laboral- Académica	Hogar	General	Total
1/5	5/6	3/5	1/2	11/11	20/21
RANGO CUALITATIVO					
Resultados interpretables	Normal	Normal	Muy Baja	Muy Baja	Muy Baja

VIII. Síntesis diagnóstica

A partir de los resultados obtenidos mediante la aplicación de los presentes instrumentos se concluye que I.M sufrió de bullying muy constatado, el cual comenzó durante su escolaridad primaria, extendiéndose a la secundaria. Esta situación lo acompañó desde su niñez, pasando a su adolescencia, y posteriormente generándole afectación a nivel psicosocial, puesto que, por el hostigamiento, intimidación, amenazas, coacciones, bloqueo, exclusión, manipulación social y agresiones que ejercían en su contra, conllevaron al desarrollo de psicopatologías y trastornos relacionados con su estado anímico, llegando a despreciarse, sintiéndose ansioso y deprimido, teniendo una autoimagen negativa. Además, fue agredido a nivel verbal, físico y psicológico, manipulando a su entorno social para que no interactuaran con él, por lo cual el estrés que padecía dio lugar a somatización de síntomas, descuidando su salud y bienestar, cargando hasta el día de hoy secuelas de ese entonces.

Estas secuelas le dejaron un TEPT grave, mismo que afecta a varias áreas de su funcionamiento cotidiano, puesto que la sintomatología que presenta se manifiesta en forma de alteraciones cognitivas y de su estado de ánimo, además de síntomas evitativos e intrusivos y alteraciones en su activación y reactividad. Esto puede evidenciarse en sus rasgos de la personalidad, ya que a nivel clínico presenta alteraciones, especialmente en introversión, lo cual lo lleva a ser reservado con su entorno psicosocial y agresividad, tornándose agresivo a nivel instrumental, canalizando de este modo sus pulsiones negativas, buscando lograr sus metas, teniendo una menor presencia de procesos inusuales (psicoticismo) en su pensamiento y disminución de emociones positivas, pudiendo llegar a experimentar una emocionalidad positiva, pero auto saboteándose en el proceso, prefiriendo aislarse y ser reservado la mayoría de las veces. Siento todo lo anterior causal y motivo para la aparición de ansiedad en grado muy grave, con una sintomatología psíquica, cognitiva, asertiva y conductual presente en su día a día, además de una depresión grave; por lo cual, su autoestima social, y laboral-

académica se vio afectada, llegando por poco a niveles normales, mientras que, su autoestima general y del hogar también se vio afectada, puntuando como muy baja. En conclusión, la interacción entre estas variables remarca que el bullying sufrido durante toda su etapa escolar fue precursor de la aparición del TEPT en su adolescencia, llegando a instaurarse en los rasgos de su personalidad y posteriormente manifestarse como ansiedad y depresión, las cuales repercutieron negativamente en su autoestima total, siendo esta, muy baja.

5.11. Análisis e interpretación de los casos a nivel general

A continuación, se presenta la totalidad de la información brindada, recogida y sintetizada de los diez casos analizados con anterioridad de forma individual, la cual, se analiza e interpreta de forma general, mediante el desarrollo de cuadros y gráficas, con el fin de reflejar la frecuencia (Fr.) y el porcentaje de la muestra (%), para posteriormente analizarlos e interpretarlos acorde a cada objetivo que se planteó en esta investigación.

- **Muestra**

Los cuadros y gráficas plasmados a continuación, expresan los resultados obtenidos del estudio a la población de mujeres y hombres que sufrieron de bullying en su etapa escolar, siendo clasificados y especificados de acuerdo a la presencia del acoso (bullying) y la intensidad del mismo, los cuales, fueron obtenidos mediante la aplicación del cuestionario/autoinforme AVE (acoso y violencia escolar)

Presencia de acoso/Intensidad

Cuadro N° 1

Bullying	Escala	Frecuencia	Porcentaje
Índice global de acoso	Acoso muy constatado: 99	10	100%
		Total	100%
Intensidad del acoso	Muy constatado: 99 puntos	10	100%
		Total	100%

Fuente: Elaboración propia.

Como se puede apreciar, se identificó a las víctimas de bullying durante su etapa escolar mediante la aplicación del Cuestionario/autoinforme (AVE) Acoso y violencia escolar, adaptado al tiempo verbal pasado, el cual tiene como objetivo evaluar la violencia y el acoso psicológico y físico recibido en el entorno escolar y de sus daños asociados, basado en la teoría de Iñaki Piñuel, creador del programa AVE. Por otra parte, el cuadro indica que se encontró una población mixta de diez individuos, a la cual se le aplicó el instrumento descrito con anterioridad en el punto 4.3.2, muestra; puntuando todos ellos con un índice global de acoso y una intensidad de acoso muy constatada.

- **Objetivos**

Objetivo N° 1. Identificar el bullying sufrido

El siguiente cuadro y gráfica identifican como fue el bullying que sufrieron las víctimas del mismo durante el transcurso de su etapa escolar

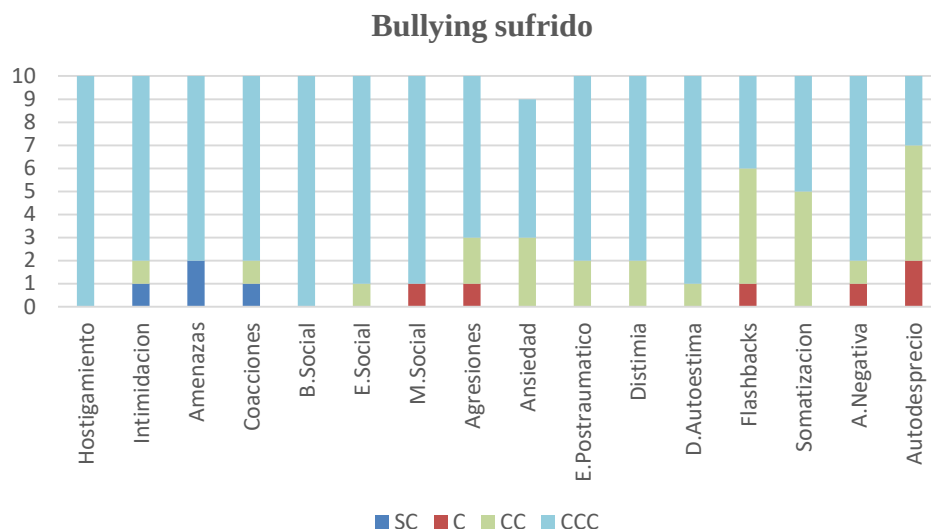
Bullying sufrido por las víctimas en su etapa escolar

Cuadro N° 2

Escalas de acoso		SC	Fr.	%	C	Fr.	%	CC	Fr.	%	CCC	Fr.	%
A	Hostigamiento	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	10	10	100%
B	Intimidación	1	1	1%	0	0	0%	1	1	1%	8	8	8%
C	Amenazas	2	2	2%	0	0	0%	0	0	0%	8	8	8%
D	Coacciones	1	1	1%	0	0	0%	1	1	1%	8	8	8%
E	B. Social	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	10	10	10%
F	E. Social	0	0	0%	0	0	0%	1	1	1%	9	9	9%
G	M. Social	0	0	0%	1	1	1%	0	0	0%	9	9	9%
H	Agresiones	0	0	0%	1	1	1%	2	2	2%	7	7	7%
Escalas clínicas		SC	Fr.	%	C	Fr.	%	CC	Fr.	%	CCC	Fr.	%
Ans	Ansiedad	0	0	0%	1	1	1%	3	3	3%	6	6	6%
Ept	E. Postraumático	0	0	0%	0	0	0%	2	2	2%	8	8	8%
Dis	Distimia	0	0	0%	0	0	0%	2	2	2%	8	8	8%
Aut	D. Autoestima	0	0	0%	0	0	0%	1	1	1%	9	9	9%
Flb	Flashbacks	0	0	0%	1	1	1%	5	5	5%	4	4	4%
Som	Somatización	0	0	0%	0	0	0%	5	5	5%	5	5	5%
Neg	A. Negativa	0	0	0%	1	1	1%	1	1	1%	8	8	8%
Des	Autodesprecio	0	0	0%	2	2	2%	5	5	5%	3	3	3%

Fuente, elaboración propia.

Gráfica N° 1.



Fuente, elaboración propia

Para identificar como fue el bullying que sufrieron las víctimas durante su etapa escolar, se empleó el Cuestionario/autoinforme (AVE) Acoso y violencia escolar, adaptado al tiempo verbal pasado, a partir de los resultados que se obtuvieron de las dimensiones de sus subescalas. Como se puede apreciar en cuadro número dos y la gráfica número uno, se pudo evidenciar que el bullying se hizo presente en todas las formas que la teoría de Piñuel (2006) describe, afectando a la totalidad de los casos de una manera u otra, por lo cual se analizaron y describieron los puntajes más resaltantes del mismo.

Teniendo al hostigamiento como una de las formas más comunes de bullying que presentaron las víctimas durante su etapa escolar, este fue puntuado por diez de diez casos estudiados, con una intensidad muy constatada (CCC), manifestándose en acciones de desprecio y falta de respeto, sin tener consideración por la dignidad de las víctimas, sufriendo de apodos, ridiculización, crueldad, imitación burlesca y odio.

Por otra parte, el bloqueo social también estuvo presente en diez de diez de los casos estudiados, con una intensidad muy constatada, manifestándose en aislamiento social y marginación impuesta por sus pares, prohibiéndoles jugar, interactuar o hablar con los demás, buscando hacerlos ver como flojos, débiles e indefensos, quebrantando su red de amigos y apoyo social que pudiesen recibir.

Además, la exclusión social hizo acto de presencia en nueve de los diez casos estudiados, con una intensidad muy constada; esta se presentó en forma de conductas de ninguneo, haciendo como que ninguna de las víctimas existiese, generándoles un vacío para con su entorno psicosocial.

De similar forma, la manipulación social se manifestó en nueve de los diez casos estudiados, con un sujeto de estudio presentándola a nivel bien constatado (CC) y nueve a nivel muy constatado, provocando en todas las víctimas afectadas una pobre imagen negativa de sus personas hacia su entorno psicosocial, con lo cual, sus agresores fueron distorsionando la percepción de sus demás compañeros de curso, induciendo a que estos los rechazaran, haciendo creer a los afectados que se merecían todo por lo cual estaban pasando.

Mientras que, a nivel clínico el bullying presentó grado de afectación en todas sus escalas, teniendo una presencia que va desde la muy constatada a la constatada en diez de diez casos, siendo la ansiedad uno de estos exponentes, impidiendo que las víctimas pudieran concentrarse, ya que mientras mayor sintomatología ansiosa demostraran, mayor fue la intensidad del bullying que recibieron; por otra parte, el estrés postraumático, provocaba que revivieran mentalmente las situaciones traumáticas a las que eran sometidos, especialmente al dormir, tornándose irritables, aislados e hipersensibles, dejándoles consecuencias que les afectan hasta la actualidad.

Además, la distimia les generaba una situación de tristeza constante, volviéndose extremadamente sensibles, llegando a, en algunos casos, a somatizar sus síntomas y presentar ideación suicida, además de tornarse ansiosos y presentar malestar en general (dolores de cabeza, sarpullidos, alergias, náuseas, insomnio, dificultades para concentrarse, etc.), finalmente, la disminución de autoestima también es un rasgo clínico muy resaltante en cómo fue el bullying vivido por los participantes del presente estudio, desvalorizándose y rechazándose, teniendo juicios de valor muy negativos de sí mismos, mermando la autoimagen de los afectados, tornándola negativa.

Objetivo N° 2. Identificar la presencia del trastorno de estrés postraumático

El siguiente cuadro y gráfica identifican la presencia del trastorno de estrés postraumático en los sujetos de estudio, más la presencia de sintomatología en desrealización y despersonalización.

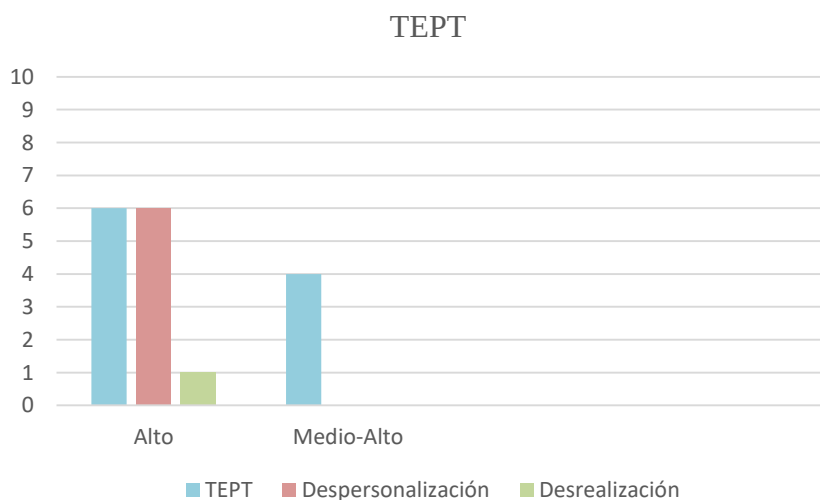
Presencia del TEPT

Cuadro N° 3

	Presenta TEPT		Presenta desrealización	Si	No	Presenta despersonalización	Si	No
Nivel	Fr.	%		6	4		1	9
Alto	6	60%		Fr.%	%		Fr.%	%
Medio-Alto	4	4%		60%	40%		10%	90%
Medio-Bajo	0	0%		Total Fr.	Total %		Total Fr.	Total%
Total	10	100%		10	100%		10	100%

Fuente, elaboración propia

Gráfica N° 2



Fuente, elaboración propia

Para identificar la presencia del trastorno de estrés postraumático (TEPT), como una de las consecuencias psicológicas del bullying que sufrieron las víctimas del mismo durante su etapa escolar, se empleó la escala EGEP-5, Evaluación Global del Estrés Postraumático, la cual, partiendo de los resultados que se obtuvieron en las dimensiones de sus escalas y su

puntuación global total, más el hecho de que cada uno de los participantes indicó en sus respuestas como acontecimiento traumático al bullying que sufrieron durante su etapa escolar.

Como se puede apreciar en cuadro número tres y la gráfica número dos, se pudo evidenciar que el TEPT está presente en diez de diez casos estudiados, siendo seis de ellos afectados en un nivel de sintomatología alta, lo cual refleja un grado de afectación muy fuerte en múltiples áreas de su vida, generándoles un alto malestar psicológico, puesto que, tienden a revivir recuerdos traumáticos continuamente. Por otra parte, en cuatro de los diez casos estudiados, el TEPT los afecta en un nivel sintomatológico medio-alto, estando presente de igual modo en su funcionamiento, afectándolos en su diario vivir, pudiendo llegar a tener días en los cuales la sintomatología no llegue a presentar un grado de afectación tan elevado, pero estando la misma siempre presente, inmiscuyéndose en la gran mayoría de áreas de su vida (Crespo et al, 2017)

Además, seis de los diez sujetos de estudio presentaron sintomatología relacionada con la desrealización, fruto del bullying que sufrieron, sintiéndose desconectados de su realidad o ajenos a la misma, tachándolas de extrañas, mientras que uno de los diez casos, manifestó sintomatología relacionada con la despersonalización, llegando a percibirse fuera de su cuerpo.

Por otra parte, existen diversas investigaciones centradas en como el bullying durante la etapa escolar puede predisponer a la aparición del TEPT durante la vida adulta, tal cual refiere Arz (2025), al indicar que el acoso no solo es un suceso traumático en la infancia ni una fase pasajera, ya que al estudiar la salud mental de universitarios se descubrió que el haber experimentado bullying durante la etapa escolar generaba una fuerte predisposición para el surgimiento del TEPT, indicando que el 57% de las víctimas de bullying obtenían una puntuación por encima del umbral de los criterios del DSM-V para calificar a dicho trastorno.

Objetivo N° 3. Identificar los rasgos de personalidad

El siguiente cuadro y gráfica identifican los rasgos de la personalidad psicopatológica que fueron más frecuentes en los casos presentados para su estudio

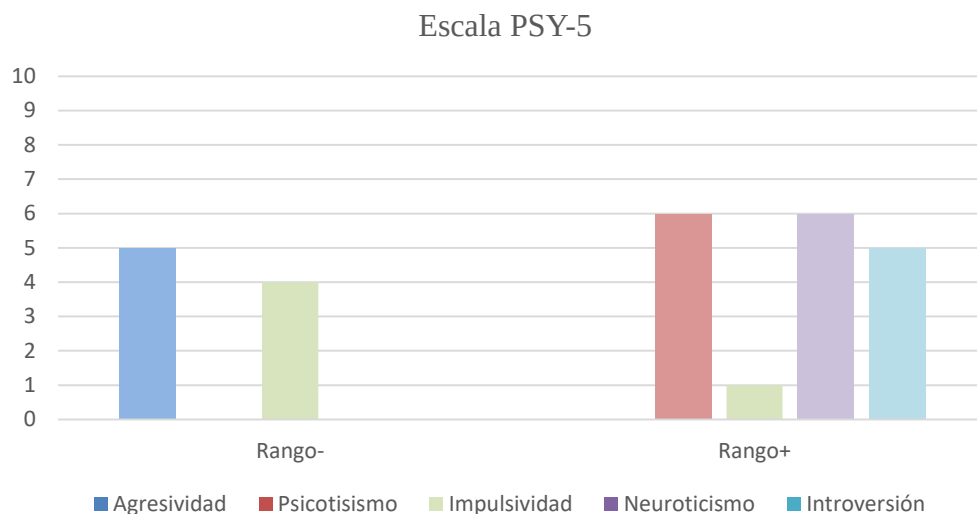
Rasgos de la personalidad

Cuadro N° 4

Rasgos		Presenta el rasgo ≤ 39	SI	NO	Fr.	%	Presenta el rasgo ≥ 65	SI	NO	Fr.	%
Aggr-r	Agresividad		5	6	5	5%		0	0	0	0%
Psyc-r	Psicoticismo		0	0	0	0%		6	4	6	6%
Disc-r	Impulsividad		4	6	4	4%		1	9	1	1%
Nege-r	Neuroticismo/E. negativa		0	0	0	0%		6	4	6	6%
Intr-r	Introversión-D. emociones positivas		0	0	0	0%		5	5	5	5%

Fuente, elaboración propia

Gráfica N° 3



Fuente, elaboración propia

Para identificar los rasgos de la personalidad psicopatológicos, se empleó el inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2, Forma Reestructurada (MMPI 2 RF), Escala PSY-5, indicando en sus resultados de forma general, que uno de los rasgos con mayor presencia entre los casos estudiados es el de psicoticismo, afectando a seis sujetos de estudio de diez, siendo descrito en puntuaciones altas como manifestaciones y alteraciones del procesamiento del pensamiento, llevando al individuo a sentirse ajeno a su realidad, tornándose receloso y desconfiado (Harkness et al, 2012).

Relacionando lo anterior con el análisis individual de los casos realizado con antelación, se pudo observar que las personas que puntuaron en el rasgo de psicoticismo, presenta alteración psicopatológica, ya que, describieron escuchar voces y risas de las personas que los acosaron

durante su época escolar, además de mirarse al espejo y desconocerse, sintiendo que todo lo que pasaba a su alrededor era irreal.

De similar modo, seis de diez sujetos de estudio puntuaron y calificaron en el rasgo de la personalidad psicopatológica de neuroticismo-emocionalidad negativa, el cual se caracteriza en puntuaciones altas por describir como los individuos neuróticos tienen dificultades para gestionar y evaluar problemáticas que puedan surgir en sus vidas, sintiéndose estresados y manifestando ansiedad e inseguridades, generándoles pensamientos fatalistas e intranquilidad durante gran parte del día (Harkness et al, 2012).

Y a modo de complementación, relacionando la teoría del neuroticismo con lo evidenciado en el análisis individual de los casos, se pudo observar que las personas que puntuaron el mismo tienden a hallarse inseguros, sufriendo ataques de ansiedad fuertes, con pensamientos negativos de lo que les sucedió en el colegio, bloqueándose y sintiéndose débiles, tendiendo a autosabotearse al creer que no pueden lograr ni siquiera cosas sencillas, autoculpándose por su situación actual.

Por otra parte, los siguientes rasgos de personalidad psicopatológica que puntuaron y tuvieron una fuerte presencia en el estudio de los diez casos, fueron agresividad e introversión-disminución de emociones positivas, calificando el primero de estos en puntuaciones bajas por cinco de los diez casos; y según la teoría descrita por (Harkness et al, 2012) en diversos estudios posteriores relacionados con su trabajo para incorporar la escala PSY-5 al MMPI2-RF, se puede entender como pasividad y sumisión, fruto de haber sido víctimas de un historial de abuso y violencia, ya sea física, verbal o psicológica.

Anexando esta teoría a los resultados del análisis individual de los casos se puede decir que las personas que calificaron para este rasgo, lo hicieron a niveles de puntuación bajos, manifestando sentirse incapaces de poder hacer algo a quienes los lastimaron durante su etapa escolar, aún si los ven o tienen delante de ellos, expresando no ser capaces de poder decir o hacer nada para defenderse, sintiéndose incapaces y temerosos, extendiendo este comportamiento a todos los ámbitos de sus vidas.

Mientras que, el segundo rasgo mencionado anteriormente, la introversión-disminución de emociones positivas fue puntuado por cinco de diez casos, este, indica, en puntuaciones altas

dificultades para experimentar y expresar emociones positivas, tornándose asociales, depresivos y muy pesimistas, estando ligada a ideación suicida y desinterés por las actividades de su día a día, expresando no tener energía para nada; complementando esta información, según los resultados obtenidos en el análisis individual de los casos, la personas que puntuaron para este rasgo de la personalidad psicopatológica, refirieron hallarse vacíos, sintiéndose huecos y sin ganas de nada, aislándose y encerrándose en sus hogares, sintiéndose deprimidos, llegando a llorar por cualquier cosa y no pudiendo ni levantarse de la cama.

Finalmente, el rasgo de personalidad psicopatológica impulsividad, fue puntuado por cuatro de los diez sujetos de estudio, con puntuaciones bajas, mismas que son indicadores de una personalidad sumamente reservada, inhibida y apática, lo cual, sumado a la información analizada de manera individual, caso por caso, manifiesta a individuos muy cerrados y carentes de iniciativa, al grado de preferir caer en el mutismo para no interactuar con su entorno y de esta forma no intentar conocer o animarse a tener relaciones interpersonales, ya que lo consideran como algo riesgoso, puesto que sienten temor de ser juzgados o ser objeto de burlas por su forma de ser.

Aunando estos resultados y comparándolos con otras investigaciones paralelas o relacionadas con la personalidad psicopatológica, se encuentra la de Fernández et al (2022), la cual fue llevada a cabo en España y tuvo la finalidad, (en uno de sus objetivos) de asociar el acoso escolar sufrido en la infancia/adolescencia y la aparición de trastornos de personalidad en pacientes adultos, como el trastorno de personalidad por evitación, presente en el grupo C del DSM-IV, del cual el instrumento MMPI2-RF tiene correlación con la escala Intr-r, mismo rasgo que cinco sujetos de estudio de la presente investigación puntuaron en rango alto, además del trastorno de la personalidad depresiva, relacionado con la escala Nege-r, con seis participantes puntuándola a nivel alto y con el trastorno de la personalidad paranoide, presente en el grupo A del DSM-IV, del cual el MMPI2-RF tiene correlación con su escala PSYC-r, mismo que también tuvo una gran presencia en el presente estudio (con seis puntuaciones a nivel alto), por lo cual el estudio de Fernández determinó que existe una asociación entre el bullying y los trastornos de la personalidad a largo plazo, mientras que en el presente estudio, más de la mitad de los participantes puntuaron en rangos altos de calificación, denotando que al menos uno de sus rasgos de personalidad es psicopatológico.

Objetivo N° 4. Identificar la presencia de ansiedad

El siguiente cuadro y gráfica determinan la presencia de ansiedad, consecuencia del bullying sufrido durante su etapa escolar

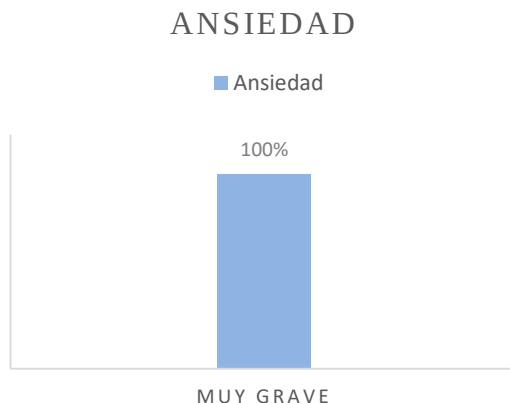
Ansiedad presente

Cuadro N° 5

Ansiedad	Fr.	%	Total
Muy Grave	10	100%	100%

Fuente, elaboración propia

Gráfica N° 4



Fuente, elaboración propia

Para identificar la presencia de ansiedad, fruto del bullying sufrido en los sujetos de estudio de la presente investigación, se empleó el cuestionario de Rojas para valorar la ansiedad, indicando que, a nivel general, diez de diez participantes actualmente sufren de la misma, con un rasgo de puntuación muy alta, siendo descrita por Rojas (2000), como una manifestación de la sintomatología física, psíquica, de la conducta, cognitiva y asertiva intensa o muy presente en su diario vivir. Por otra parte, aunando esta teoría a los resultados del análisis individual de los casos, se pudo observar en los mismos descripciones que resaltan estos síntomas, expresando que presentan taquicardias, ahogos, sudoraciones y temblores corporales, siendo estos claros indicadores físicos, además de síntomas conductuales claramente alterados al expresar estados de hipervigilancia, bloqueos afectivos e inseguridad, tornándose erráticos; mientras que, asertivamente, se encuentran devastados, ya que no sienten tener capacidad para

entablar relaciones o conversaciones con otras personas, aislándose y presentando pensamientos fatalistas, con ideación suicida y miedo a perder el control sobre sí mismos.

Estas manifestaciones se relacionan directamente con el bullying que sufrieron durante su etapa escolar al haber respondido a preguntas relacionadas con su sintomatología ansiosa al expresar sentirse desconfiados, intranquilos y con ideaciones fatalistas, pensando que el acoso volverá a hacerse presente en sus vidas, indicando querer irse lo más lejos posible para no ver a sus agresores, puesto que en la actualidad presentan alteraciones en su estado del sueño, rumiaciones y alto malestar físico y psíquico.

Mientras que, existen algunas investigaciones centradas en como el bullying durante la etapa escolar puede predisponer a la aparición de trastornos de ansiedad, tal cual lo expresa Ishida, (2024), en su investigación longitudinal de 13 años, centrada en descubrir como las experiencias del acoso escolar provocan resultados negativos en la adultez, afectando a la salud mental en general, con una muestra poblacional japonesa de más de cuatro mil participantes.

Además, un estudio longitudinal centrado en evaluar las consecuencias psicológicas del bullying sufrido en la escolaridad se está llevando a cabo actualmente en Estados Unidos, tal cual lo menciona Arsenault (2017), en una recopilación de artículos e investigaciones que tuvieron o tienen la finalidad de evaluar los efectos persistentes del acoso escolar en la vida adulta; este comenzó en 1993 con una población de 1420 niños (ahora ya adultos), a los cuales se les continua realizando seguimiento para evidenciar que aún con el paso del tiempo sufren de secuelas producidas por el acoso escolar, demostrando que luego de 25 y 30 años, las víctimas del mismo todavía las padecen, manifestando sintomatología ansiosa, concluyendo (hasta la fecha) que el impacto en la salud mental de los implicados no es solo temporal.

Objetivo N° 5. Identificar la presencia de depresión

El siguiente cuadro y gráfica determinan la presencia de depresión como consecuencia del bullying sufrido durante su etapa escolar

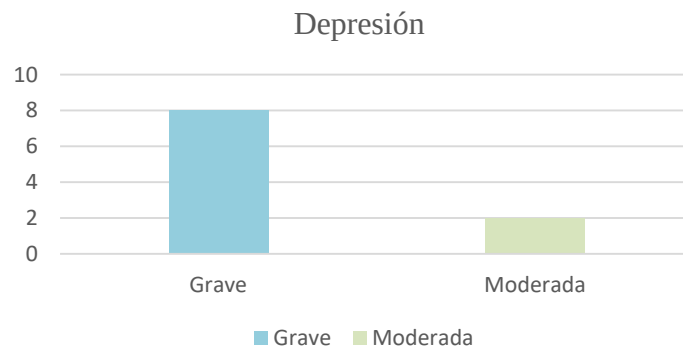
Depresión presente

Cuadro N° 6

Depresión	Fr.	%	Total
Grave	8	80%	100%
Moderada	2	20%	

Fuente, elaboración propia

Gráfica N° 5



Fuente, elaboración propia

Para identificar la presencia de depresión, como una de las consecuencias psicológicas del bullying sufrido en los sujetos de estudio de la presente investigación, se empleó el inventario de la depresión de Beck, indicando en sus resultados obtenidos a nivel general que, ocho de diez participantes actualmente sufren de la misma con un rasgo de puntuación grave, mientras que dos de diez, la vivencian a nivel moderado, siendo descrito por Beck (2009), como un conjunto de síntomas de mucha intensidad, con presencia elevada de pensamientos negativos, llegando a sentirse abatidos y desesperanzados gran parte de su tiempo, no pudiendo superar esta ideología, además de manifestar sentimientos negativos hacia sí mismos, creyendo ser personas terribles, inútiles y fracasadas, tornándose estos, causales para no poder salir de este trastorno, el cual, llega a afectarlos en sus hábitos del sueño y del apetito, sintiéndose desganados y fatigados gran parte del tiempo, llegando a presentar ideación suicida.

En complementación, aunando los resultados de la interpretación realizada en el análisis individual de los casos, se evidencia que todos los participantes describen en mayor o menor medida presencia de sintomatología depresiva, la cual está relacionada estrechamente con el bullying que sufrieron durante su etapa escolar, ya que, como se pudo evidenciar en los resultados del autoinforme/cuestionario AVE, esta depresión se comenzó a manifestar en el

colegio y se extendió y recrudeció en la actualidad, provocando la aparición de pesimismo, apatía y desgano, llegando a llorar con frecuencia; sumado a una fuerte autocrítica, mermando sus hábitos de alimentación y sueño, teniendo ideación suicida al sentirse fracasados y por tanto, aislarse de los demás.

Mientras que, existen algunas investigaciones centradas en como el bullying durante la etapa escolar puede predisponer a la aparición de depresión, como la de Takizawa et al (2014), centrada en evaluar la salud mental en adultos británicos que sufrieron de acoso escolar, con una muestra de 7771 participantes, específicamente individuos de 45 años, detectando que estos, en comparación de personas que no habían sufrido de acoso escolar, tenían el doble de posibilidades de sufrir de depresión o ya presentarla, además de presentar ideación suicida, demostrando que un niño que fue víctima de acoso escolar, conserva los recuerdos de las experiencias vividas por más de 40 años y aún, a pesar de todo el tiempo que ha transcurrido desde que experimentaron el bullying en sus vidas, les sigue generando afectación en su salud mental.

Objetivo N°6. Identificar el nivel de autoestima

El siguiente cuadro y gráfica identifican como está el nivel actual de autoestima de las víctimas del bullying

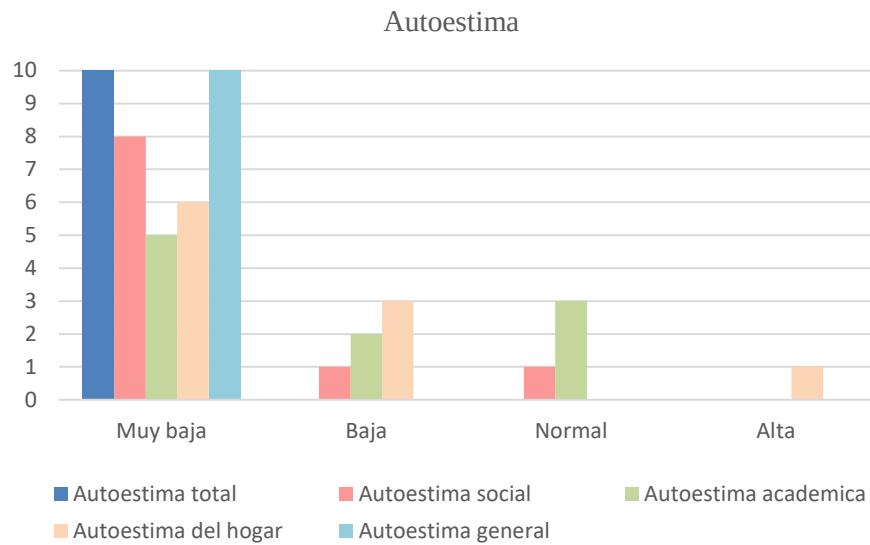
Nivel de autoestima actual

Cuadro N° 7

Autoestima	Fr.	%	Autoestima social	Fr.	%	Autoestima académica	Fr.	%	Autoestima hogar	Fr.	%	Autoestima General	Fr.	%
Muy baja	10	100%		8	80%		5	50%		6	60%		10	100%
Baja	0	0%		1	10%		2	20%		3	30%		0	0%
Normal	0	0%		1	10%		3	30%		0	0%		0	0%
Alta	0	0%		0	0%		0	0%		1	10%		0	0%
Total	100%			100%			100%			100%			100%	

Fuente, elaboración propia

Gráfica N°6



Fuente, elaboración propia

Para identificar el nivel de autoestima actual en las víctimas de bullying y como esta pudo haber llegado a tener un grado de afectación por esa problemática durante la etapa escolar y tornarse baja a nivel de puntuación total en los sujetos de estudio de la presente investigación, se empleó la escala de autoestima de Coopersmith adultos, indicando en sus resultados obtenidos a nivel general que, diez de diez participantes actualmente tienen una autoestima total y general muy baja, siendo esta puntuación descrita por Coopersmith (1967), como individuos que dudan de sí mismos y desconfían de los demás, sintiéndose menos ante ellos ya que sus inseguridades son demasiado elevadas, lo cual los lleva a tener ansiedad y estar en un estado emocional de infelicidad que los acompaña en gran parte de las experiencias que experimentan en su día a día, prefiriendo aislarse del resto.

Por otra parte, una de las puntuaciones que de igual modo tuvo una alta presencia, fue la de autoestima social, puntuando como muy baja en ocho de los diez casos estudiados y como baja en uno de diez participantes, siendo la única excepción un único sujeto de estudio, el cual, obtuvo un nivel normal de autoestima social, mismo que refirió en el análisis individual de los casos que si bien es una persona que puede lograr tener relaciones con personas desconocidas y puede establecer amistad, esta es de manera limitada y solo cuando se siente totalmente seguro y aceptado, ya que el resto del tiempo prefiere estar aislado.

Mientras que, los sujetos de estudio que puntuaron una autoestima social muy baja y baja, (nueve de diez y uno de diez respectivamente), su sintomatología puede describirse según la teoría de Coopersmith, como sujetos que sienten ser inútiles o poco importantes, tendiendo a menospreciarse, aislarse y retraerse, ya que desconfían de sí mismos y del resto, estando muy pendientes de la opinión que tienen los demás sobre ellos, no pudiendo rechazar peticiones o expresar su opinión propia.

En complementación, relacionando la teoría de la muy baja y baja autoestima social, con lo evidenciado en el análisis individual de los casos, los sujetos de estudio relatan que se volvieron desconfiados, por el bullying sufrido, debido a los insultos, burlas y agresiones verbales, físicas y psicológicas que recibieron, sin ganas de relacionarse con nadie, no queriendo salir de su casa e interactuar con nadie, puesto que temen ser juzgados, ya sea por su apariencia o modo de ser, evitando proferir palabras, puesto que su confianza es muy baja y tienden a desconfiar de las personas, llegando a forzarse a interactuar con su entorno psicosocial si fuera el caso, pero sintiéndose mal inmediatamente por hacerlo.

Por otra parte, las siguientes puntuaciones que presentan una alta incidencia en el análisis general de los casos presentados son autoestima del hogar, con seis de diez sujetos de estudio puntuándola en un nivel muy bajo y cuatro de diez a un nivel bajo, siendo la única excepción una única persona, que la puntuó como muy alta, expresando que esto se debe a que para ella su hogar es su refugio, un lugar donde la comprenden, la alientan y apoyan a seguir adelante y poder llevar una vida plena.

No obstante, los casos que puntuaron al rasgo muy bajo y bajo, pueden ser descritos por Coopersmith como individuos que expresan sentirse poco valorados, no útiles e incompetentes dentro del contexto familiar, ya que no creen ser comprendidos, aceptados o amados por los mismos, derivando en manifestar una sensación de malestar dentro de su hogar, hallándose distantes de los miembros de su familia, puesto que sus relaciones interpersonales son en su mayoría conflictivas.

En complementación, relacionando la teoría de la muy baja y baja autoestima en el hogar, con lo evidenciado en el análisis individual de los casos, los sujetos de estudio relatan que no se sentían con la confianza necesaria para poder relatar el bullying que estaban vivenciando, puesto que creían que sus padres no los escucharían, no le darían importancia o no lo

comprenderían, ya que sus relaciones con los mismos eran tensas y distantes; y en caso de hacerlo, estos terminarían por minimizarlo o quitarle importancia al asunto, haciendo de menos sus sentimientos y emociones al no saber cómo reaccionar ante esta problemática.

De forma similar, los sujetos de estudio que puntuaron una autoestima social muy baja y baja fueron cinco de diez y dos de diez respectivamente, siendo la excepción tres puntuaciones a nivel normal, puesto que, para estas personas, lo académico les significa un refugio, siendo empleado como fuente de residencia y superación, ya que es visto como una motivación para poder avanzar en su vida, al plantearse una meta y objetivos, sintiéndose realizados en el proceso, pudiendo, en contraste con todo lo anterior, experimentar una emocionalidad positiva.

En cambio, los participantes del estudio de caso que refieren una autoestima académica muy baja y baja pueden describirse según la teoría de Coopersmith como la incapacidad de percibirse y valorarse a nivel educativo con sus compañeros, haciéndose de menos y sintiéndose incapaces de poder superarlos, percibiendo que su esfuerzo no servirá para mucho, por lo cual, prefieren no darle mucha importancia, puesto que recaen en ideas repetitivas y rumiación constante al creer que fracasaran, no pudiendo desenvolverse correctamente.

En complementación, relacionando la teoría de la muy baja y baja autoestima académica, con lo evidenciado en el análisis individual de los casos, los sujetos de estudio relatan que prefieren no relacionarse con ambientes educativos (la universidad), puesto que creen que el bullying pudiese volver a presentarse en sus vidas (en forma de agresiones verbales y psicológicas, más conductas de matonaje e intimidación hacia sus personas), ya que no creen hallarse al nivel de sus compañeros, sintiéndose inferiores a los mismos al no ver que su esfuerzo sea reconocido y no ser merecedores de sus logros académicos, estudiando más por dar contento a su familia que por lograr superarse a nivel personal.

Aunando estos resultados y comparándolos con otras investigaciones paralelas o relacionadas, se halla la de Svecová et al (2013), en su investigación relacionada a medir los efectos del trauma infantil y la resiliencia en la edad adulta debido al acoso escolar, centrada en la población eslovaca, con una muestra de 1018 personas de ambos sexos en un rango de edad de 46 a 48 años, refiere que el bullying puede llegar a alterar y distorsionar la autoestima, tornándola baja a largo plazo.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6. Conclusiones y recomendaciones

6.1 Conclusiones

En concordancia con los resultados obtenidos en el análisis e interpretación de los diez casos estudiados a nivel individual y general, se responderán a los objetivos planteados en la presente investigación.

Respecto al objetivo específico uno, identificar el bullying sufrido, se encontró y evidenció que los diez sujetos presentados para su estudio sufrieron de bullying y agresiones muy constatadas, con una intensidad de igual puntaje durante su etapa escolar, habiendo tenido una elevada presencia de hostigamiento, intimidación, amenazas, coacciones, bloqueo y exclusión social, llegando a ser manipulados y agredidos por sus pares educativos. Además, clínicamente hablando, todos los casos sufrieron en mayor o menor medida de ansiedad, estrés postraumático, distimia, disminución de su autoestima, flashbacks, somatización, autoimagen negativa y autodesprecio, confirmado de este modo que el acoso escolar era parte de su día a día, generándoles un fuerte grado de afectación.

Por otra parte, en relación al objetivo específico dos, identificar la presencia del trastorno de estrés postraumático, se evidencia al revisar los resultados obtenidos tanto a nivel específico como general en el análisis de los casos que esta psicopatología está presente en los diez sujetos de estudio, con seis de ellos padeciéndola a nivel alto y cuatro a nivel medio-alto y tiene estrecha relación con el bullying que sufrieron durante su etapa escolar, ya que todos describen a este como el acontecimiento traumático que dio comienzo a todo lo que vivenciaron, siendo una experiencia estresante, valorada por las víctimas como de gravedad grave. Además, en seis de diez casos, este TEPT posee presencia de sintomatología relacionada con desrealización y en uno de diez casos, con despersonalización, vinculados igualmente con el bullying sufrido en la etapa escolar y generándoles una alta afectación en el funcionamiento de la gran mayoría de las áreas de su vida actual.

Mientras que, en relación al objetivo específico tres, identificar los rasgos de personalidad, se concluye al constatar los datos obtenidos en el análisis individual y general de los casos presentados que diez de diez casos presentan afectación en al menos uno de sus rasgos, siendo estos psicopatológicos, siendo unos de los más significativos el psicoticismo y el neuroticismo,

con una intensidad alta y una presencia en seis de diez casos, además de la introversión y la agresividad, con niveles igualmente altos a nivel sintomatológico, manifestándose en cinco de diez casos totales y de similar modo, la impulsividad, con presencia en cuatro de diez sujetos de estudio, reflejando rasgos y comportamientos con alta significación clínica, que van desde sumisión y pasividad en relaciones interpersonales a alteraciones de la percepción y del pensamiento; llegando a presentar comportamientos excesivamente reservados y experimentar diversas emociones negativas interrelacionadas con el resto de los objetivos estudiados.

En cuanto a el objetivo específico número cuatro, identificar la presencia de ansiedad, se evidencia que la misma tiene un fuerte grado de presencia, puesto que presenta un nivel de puntuación muy alta en diez de diez casos, siendo esta una consecuencia directa del bullying sufrido durante la edad escolar, puesto que la manifestación de la sintomatología psicopatológica implícita en dicho trastorno en todas las áreas que la conforman (física, psíquica, cognitiva y asertiva), guarda estrecha relación con los sucesos de acoso escolar descritos por los participantes.

Por otro lado, en respuesta al objetivo específico número cinco, identificar la presencia de depresión, se concluye al cotejar el análisis individual y general de los casos presentados, que diez de diez sujetos de estudio padecen de esta psicopatología, con ocho de diez padeciéndola en grado grave y dos de diez en moderado, teniendo la misma una alta incidencia de aparición y permanencia desde la etapa escolar de las víctimas del bullying, manteniéndose hasta la actualidad en las mismas, refiriéndoles sentimientos de tristeza, apatía y un profundo malestar emocional, llegando a generarles ideación suicida.

En el mismo sentido, respondiendo al objetivo específico número seis, identificar el nivel de autoestima, se concluye mediante el análisis individual y general de los casos estudiados que, diez de diez participantes indican tener un nivel de autoestima total muy baja, la cual, fue mermando y degradándose poco a poco, debido al bullying que sufrieron en su etapa escolar, afectándolos social y académicamente, puesto que nueve de diez indicaron que les es muy difícil entablar relaciones interpersonales, ya que no se tienen la confianza para hacerlo y uno de diez dio a entender que si bien puede interactuar con su entorno psicosocial, prefiere aislarse y estar solo, además, siete de diez expresaron no sentirse capaces para afrontar sus estudios universitarios, haciéndose de menos ante sus pares en menor o mayor medida,

desconfiando de sus propias habilidades y capacidades, mientras que, tres de diez emplean a sus estudios universitarios como un medio de superación personal o compensación al no sentirse cómodos con el resto de áreas de su vida, usándolo como un mecanismo de defensa. De manera similar, nueve de diez participantes refirieron que la autoestima del hogar es muy baja, ya que no se sienten apoyados o con la confianza suficiente en relación con su familia para poder tocar temas relacionados con el acoso escolar que sufrieron, por lo cual, se sintieron desprotegidos ante el mismo cuando ocurrió, siendo la excepción un caso entre los diez participantes, ya que ve a su familia como su refugio y apoyo ante esta problemática.

Finalmente, y dando respuesta al objetivo general, identificar cuáles son las consecuencias psicológicas del bullying sufrido durante la etapa escolar en estudiantes universitarios de nuevo ingreso de la universidad Autónoma Juan Misael Saracho, se tiene que las consecuencias psicológicas del bullying sufrido durante la etapa escolar son el trastorno de estrés postraumático, que se generó a partir del acoso escolar que experimentaron, presentando alteraciones en sus rasgos de la personalidad, tornándolos psicopatológicos, la manifestación del trastorno de ansiedad y depresión a nivel clínico y la merma de su autoestima a nivel total, impidiéndoles llevar una vida a plenitud, puesto que estas se inmiscuyeron en todas las áreas de su vida, provocándoles una grave afectación, misma que perdura hasta la actualidad.

6.2 Recomendaciones

A la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho, a toda instancia educativa en todos sus niveles (primaria, secundaria, etc.) y a las instituciones e instancias gubernamentales que les competa:

- Elaborar planes de trabajo conjuntos, centrados a la prevención real del bullying desde un enfoque clínico, ya que, si bien es un tema aparentemente socioeducativo, la sintomatología que las víctimas manifiestan ante su presencia es netamente clínica.
- Crear centros de actualización, centrados en la capacitación y renovación permanente del conocimiento adquirido sobre el bullying/acoso escolar, ya que este irá evolucionando en sus formas de manifestarse a medida que los años pasen, por lo cual cada profesional debe estar en constante actualización para poder combatirlo a la par.
- Impulsar la creación de gabinetes psicológicos y consultorios clínicos en cada facultad de la UAJMS, ya que existen y existirán muchos casos de nuevos estudiantes que

ingresarán a la universidad con alguna consecuencia de haber sufrido bullying en su escolaridad.

- Fomentar el asistir a terapia o consulta clínica mediante charlas y programas de intervención constantes, planificados con base y propósito anual, puesto que muchas personas tienden a minimizar la salud mental o hacerla de menos.
- Incluir en el plan de estudios de las carreras de psicología de Tarija al bullying como una materia elegible, ya que es una problemática que con el pasar del tiempo se irá recrudeciendo y los futuros profesionales deben estar preparados para combatirla.
- Capacitar al profesorado y educadores de Tarija en las últimas teorías, métodos y técnicas contra el bullying, siendo el aprendizaje de las mismas de carácter obligatorio.
- Formar un comité de seguimiento ante denuncias de casos de bullying, con instancias externas a los centros educativos, para que las mismas no caigan en el encubrimiento u olvido.

A los centros psicológicos, ONG y toda instancia que tenga relación con la psicología clínica:

- Capacitarse y actualizarse en el entendimiento, detección, prevención y tratamiento del bullying desde la perspectiva clínica, empleando enfoques relacionados con la misma.
- Organizar brigadas de apoyo escolar clínico permanentes en cada barrio de la ciudad de Tarija, con el fin de brindar servicio a los sectores de mayor necesidad, ya que la salud mental al igual que la salud física, debe estar al alcance de todos y ser de fácil acceso.
- Trabajar el bullying desde un enfoque clínico con la triada educativa (profesores, estudiantes y padres de familia).

A los futuros investigadores y consultantes:

- Aplicar estudios de caso longitudinales, haciendo el seguimiento correspondiente a los mismos por al menos tres años, en los cuales se deberá registrar como las psicopatologías que se presenten en los sujetos de estudio como consecuencias psicológicas del bullying sufrido en sus vidas van desarrollándose.

- Emplear otras metodologías para el estudio del bullying desde una perspectiva clínica, aplicando instrumentos a una escala poblacional mayor, para poder tener referencias sobre como el bullying afecta a la población tarijeña en etapas posteriores de sus vidas.
- Investigar la perspectiva de los agresores y no solo de las víctimas de bullying mediante la metodología de estudios de casos, para tener ambas perspectivas y lados de sus historias clínicas.
- Estudiar cada consecuencia del bullying por separado (TEPT, ansiedad, depresión, etc.), centrándose en la misma a un nivel mucho más detallado, con el fin de descubrir aspectos de dicha problemática que de forma general se pudiesen pasar por alto.
- No dejarse desmotivar por opiniones, comentarios o razonamientos que duden de sus capacidades o temáticas de investigación, ya que, alguien que se interese realmente en algo podrá desarrollar y descubrir nuevas temáticas y puntos de vista, haciendo avanzar el conocimiento; a la curiosidad innata del investigador nunca nadie debe censurarla, ni cortarle las alas.