

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES INDUSTRIALES Y
CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**



**"ACOSO LABORAL Y SU RELACIÓN CON LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN
LOS COLABORADORES DE LA MICRO RED DE MARIANO MELGAR"**

Tesis presentada por las Bachilleres:

CANDY KATHERINE QUISPE ASTO

BRIZAIDA QUISPE MAQUERA

para optar el título profesional de psicólogas

Asesora:

DRA. SANDRA BOURONCLE FAUX

AREQUIPA – PERÚ

2019

PRESENTACIÓN

SEÑOR RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA.

SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES INDUSTRIALES Y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN.

SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA.

SEÑORES MIEMBROS DEL JURADO EVALUADOR.

Cumpliendo con las normas y lineamientos del reglamento de grados y títulos profesionales de la Facultad de Psicología, Relaciones Industriales y Ciencias de la Comunicación de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, presentamos a vuestra consideración la tesis titulada “ACOSO LABORAL Y SU RELACIÓN CON LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS COLABORADORES DE LA MICRO RED DE MARIANO MELGAR” trabajo que al ser evaluado y aprobado nos permitirá optar el título profesional de Psicólogas.

Arequipa, 15 de diciembre de 2019

Bachilleres:

CANDY KATHERINE QUISPE ASTO

BRIZAIDA QUISPE MAQUERA

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicado a Dios y a la memoria de mis padres, Maruja y Máximo, quienes fueron mi inspiración y motivación para continuar en éste largo camino de la vida académica, estaré eternamente agradecida con ellos por darme la vida y hacer de mí una persona de bien, asimismo a mis queridos hermanos por brindarme su apoyo y consejos. Y por últimos a mi gran amigo Gustavo, por brindarme su amistad incondicional y por continuar a mi lado a pesar de los años; todos ellos aportaron en gran medida a cumplir uno de mis anhelos más deseados.

Brizaida Quispe Maquera

Esta tesis la dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y ayuda espiritual en mi vida. A mis padres, hermano y familia en general por su amor, paciencia, comprensión y por darme fuerza y aliento para continuar en cada momento de mi vida, y en especial ahora, en este momento más deseado para obtener uno de mis logros profesionales. Así mismo a todos mis seres queridos y amigos por el apoyo moral, en especial a aquellos que me compartieron sus conocimientos.

Candy Katherine Quispe Asto

AGRADECIMIENTO

A Dios todo poderoso, por habernos bendecido grandemente en nuestra vida personal y profesional; permitiéndonos alcanzar este logro académico tan importante y anhelado.

A nuestra familia quien nos brindó constantemente el apoyo moral, el buen ánimo, su paciencia y su comprensión, los cuales nos alentaron a culminar nuestra investigación.

A nuestra asesora de tesis, quién con sus sugerencias y consejos, contribuyo en el desarrollo de la presente investigación.

Al personal y directivos que laboran en la Micro Red de Mariano Melgar, quienes colaboraron en la resolución de los instrumentos y permitieron realizar nuestras prácticas pre profesionales e investigación de tesis en dicho establecimiento.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como propósito determinar la relación entre el acoso laboral y la ansiedad; asimismo, busca determinar la relación entre el acoso laboral y la depresión en los colaboradores de la Micro Red de Marino Melgar, para lo cual se utilizaron tres instrumentos: El cuestionario de Hostigamiento Psicológico Laboral (HPL) cuenta con una confiabilidad de ($\alpha = 0,72$); el inventario de ansiedad de Beck (BAI), con una alta confiabilidad superior a 0,90 ($\alpha > 0,90$) y por último el inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) con una confiabilidad de ($\alpha = 0,87$). La muestra estuvo conformada por 75 colaboradores (59 mujeres y 16 hombres). Se encontró una relación significativa directa entre el acoso laboral y la ansiedad; sin embargo, no se encontró una relación significativa entre el acoso laboral y la depresión. Respecto a las dimensiones de acoso laboral resaltan dos de ellas con niveles elevados de acoso: limitar la comunicación y desprestigar a la persona delante de sus compañeros. Además, los resultados muestran que las variables sociodemográficas (sexo y área de trabajo) no se diferencian significativamente con la presencia de acoso laboral, ansiedad y depresión.

Palabras claves: Acoso laboral, ansiedad, colaboradores, depresión y Micro Red.

ABSTRACT

The purpose of this research was to determine the relationship between workplace bullying and anxiety; It also seeks to determine the relationship between workplace harassment and depression in employees of the Marino Melgar Micro Network, for which three instruments were used: The Labor Psychological Harassment (HPL) questionnaire has a reliability of ($\alpha = 0 , 72$); the Beck Anxiety Inventory (BAI), with a high reliability of more than 0.90 ($\alpha > 0.90$) and finally the Beck-II Depression Inventory (BDI-II) with a reliability of ($\alpha = 0 , 87$). The sample consisted of 75 collaborators (59 women and 16 men). A significant direct relationship was found between workplace harassment and anxiety; however, no significant relationship was found between workplace bullying and depression. Regarding the dimensions of workplace harassment, two of them stand out with high levels of harassment: limit communication and discredit the person in front of their peers. In addition, the results show that the sociodemographic variables (sex and work area) do not differ significantly with the presence of workplace harassment, anxiety and depression.

Keywords: Workplace harassment, anxiety, collaborators, depression and Micro Red.

ÍNDICE

PRESENTACION.....	I
DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT.....	V
INTRODUCCIÓN.....	XI

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
3. HIPÓTESIS.....	6
4. OBJETIVOS.....	6
A. OBJETIVO GENERAL.....	6
B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
5. JUSTIFICACIÓN.....	7
6. ANTECEDENTES.....	8
7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	13
8. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	14
9. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	16

CAPÍTULO II
REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. ACOSO LABORAL

A. DESARROLLO HISTÓRICO DEL ACOSO LABORAL.....	17
B. DEFINICIONES.....	19
C. CONDUCTAS DE MOBBING O ACOSO LABORAL.....	25
D. CAUSAS.....	28
E. TIPOS DE ACOSO LABORAL	31
F. GRADOS DE ACOSO LABORAL.....	32
G. FASES DE ACOSO LABORAL.....	34
H. CONSECUENCIAS.....	35

2. LAS ORGANIZACIONES Y EL ACOSO LABORAL

A. ORGANIZACIONES VULNERABLES DE ACOSO LABORAL.....	41
B. SECTORES Y PROFESIONES AFECTADAS.....	44
C. CARACTERÍSTICAS TÍPICAS DE LAS ORGANIZACIONES DONDE SE PRODUCEN ACOSO LABORAL.....	45

3. ANSIEDAD

A. DEFINICIONES.....	47
B. DIFERENCIA ENTRE ANSIEDAD NORMAL Y PATOLÓGICA.....	51
C. SÍNTOMAS.....	52
D. CAUSAS.....	52
E. CLASIFICACIÓN SEGÚN EL DSM V Y EL CIE-10.....	54
F. EPIDEMIOLOGIA.....	56

4. DEPRESIÓN

A. DEFINICIONES.....	57
-----------------------------	-----------

B. CAUSAS.....	58
C. CLASIFICACIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.....	59
D. SÍNTOMAS.....	63
E. GRADOS DE DEPRESIÓN.....	65
F. DEPRESIÓN EN EL TRABAJO.....	69
G. INFLUENCIA DEL ACOSO LABORAL.....	70

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	72
2. SUJETOS.....	73
A. POBLACIÓN.....	73
B. MUESTRA.....	73
3. INSTRUMENTOS.....	74
A. CUESTIONARIO DE HOSTIGAMIENTO PSICOLÓGICO LABORAL (HPL).....	75
B. INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI).....	77
C. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-II (BDI-II).....	80
4. PROCEDIMIENTO.....	82

CAPÍTULO IV

RESULTADOS.....	83
DISCUSIÓN.....	100
CONCLUSIONES.....	106
RECOMENDACIONES.....	108
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	109
ANEXOS.....	114

INSTRUMENTO DE ACOSO LABORAL**INSTRUMENTO DE ANSIEDAD****INSTRUMENTO DE DEPRESION****BASE DE DATOS****INDICE DE TABLAS**

Tabla 1. Relación entre Acoso laboral y Ansiedad.....	84
Tabla 2. Relación entre Acoso laboral y Depresión.....	85
Tabla 3. Nivel de Acoso Laboral	86
Tabla 4. Nivel de Ansiedad.....	87
Tabla 5. Nivel de Depresión.....	88
Tabla 6. Nivel de frecuencia de las Dimensiones de Acoso Laboral.....	89
Tabla 7. Nivel de Acoso Laboral según Sexo.....	90
Tabla 8. Niveles de Acoso Laboral según Área de trabajo.....	91
Tabla 9. Nivel de Ansiedad según Sexo.....	92
Tabla 10. Nivel de Ansiedad según Área de trabajo.....	93
Tabla 11. Nivel de Depresión según Sexo.....	94
Tabla 12. Nivel de Depresión según Área de trabajo.....	95
Tablas 13. Relación de Acoso laboral y Ansiedad, según Sexo.....	96
Tabla 14. Relación de Acoso Laboral y Ansiedad, según el Área de trabajo.....	97
Tabla 15. Relación entre Acoso Laboral y Depresión, según Sexo.....	98

Tabla 16. Relación entre Acoso Laboral y Depresión, según Área de trabajo.....99

INDICE DE CASOS CLÍNICOS

CASO N° 01

1. ANAMNESIS.....	2
2. EXAMEN MENTAL.....	8
3. INFORME PSICOMETRICO.....	11
4. INFORME PSICOLÓGICO.....	19
5. PLAN PSICOTERAPEUTICO.....	24
6. ANEXOS.....	34

CASO N° 02

1. ANAMNESIS.....	47
2. EXAMEN MENTAL.....	51
3. INFORME PSICOMETRICO.....	55
4. INFORME PSICOLÓGICO.....	59
5. PLAN PSICOTERAPEUTICO.....	63
6. ANEXOS.....	74

INTRODUCCIÓN

Las transformaciones constantes y las nuevas necesidades del mercado están teniendo repercusiones sobre la salud de los trabajadores, en concreto una de las implicaciones psicosociales más negativas derivadas de estas circunstancias es la aparición del acoso laboral o mobbing como fenómeno social. Las consecuencias negativas de este fenómeno son inmediatas tanto en la salud de las víctimas, como en el aumento de los costes que se generan en las organizaciones, dentro de ellas podemos mencionar el pago de incapacidades, ausentismo, jubilaciones anticipadas, gastos sanitarios, etc.

En relación al acoso laboral o mobbing, donde “mob” significa tumulto, el cual fue utilizado por primera vez por Konrad Lorenz, un etólogo que estudiaba el comportamiento de los animales, describió el mobbing como un ataque de animales más débiles sobre otros más fuertes, según este tipo de comportamiento acosador se estudiaron las relaciones humanas en un ámbito laboral, dicho estudio dio origen a investigaciones futuras sobre el tema. Sin embargo, actualmente no existe un grado de consenso sobre la definición de acoso laboral; según López y Seco (2016, p.364), “Significa hostigar, ofender, excluir socialmente, afectar negativamente las tareas de trabajo de alguien” y Marie France Hirigoyen, la psiquiatra francesa autora del conocido libro titulado “El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana” definió al acoso moral como “una destrucción insidiosa y fría mediante frecuentes ademanes de desprecio y de humillación de una persona hacia otra durante un período de tiempo largo. Se trata de una violencia sin tregua que aniquila la autoestima de la víctima y la descalifica con una simple mirada o un cierto tono de voz. El agresor busca a menudo aliados entre el resto de los trabajadores” (Borrás, 2002, p.114). Es decir, son todos los comportamientos ofensivos que comete un agresor y pretende dañar psicológicamente a la persona y perjudicarla en sus actividades laborales, de este modo se presenta como un problema internacional para todas las organizaciones laborales, el cual puede incrementar los porcentajes

de victimas al pasar los años, así también lo menciona González (2002, p. 186) “Según la OIT y la OMS la violencia en el trabajo, bajo la forma de acoso formara parte del «malestar de la globalización» en las próximas décadas, donde predominarán las depresiones, angustias y otros daños psíquicos relacionados con las políticas de gestión en la organización del trabajo”.

Así mismo Giachero (2017, p.3) en su libro “Bullying & mobbing: Haciendo visible lo invisible” menciona que “Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en América Latina alrededor de cuatro millones de personas padecen actualmente acoso psicológico en el trabajo, siendo el riesgo psicosocial que más enferma a los trabajadores en el mundo, esa cifra crece un 40% cuando el país se encuentra ante una crisis económica”.

De este modo el acoso laboral, ha ido incrementando cifras de víctimas a nivel mundial y lejos de constituirse como un problema puntual de las nuevas organizaciones se ha instaurado como un problema netamente de los trabajadores, la indiferencia y desconocimiento por parte de los directivos ha generado que las víctimas de acoso no reporten o incluso niegan su existencia por temor a que se tomen represalias contra ellos, además sienten vergüenza de contar lo que les sucede; es por ello que se ha convertido en un problema casi imperceptible, sin embargo, es una realidad latente que merece ser tratada e investigada para su pronta intervención desde las diferentes disciplinas.

En un inicio el comportamiento de las víctimas resulta imperceptible por los demás miembros de la organización, luego se va incrementando según sea el nivel, la forma y estilo de acoso laboral que padecen, hasta el punto de señalar a la víctima como la propia culpable de su sufrimiento, así lo menciona Einarsen (1999) citado por Meseguer et al (2007, p. 225) “El mobbing va evolucionando desde etapas iniciales, donde las conductas hostiles son sutiles y a menudo pasan desapercibidas para el grupo de trabajo o de otros miembros de la organización, hasta fases más activas, donde por la implicación de los superiores y compañeros, éstos llegan a considerar a la supuesta víctima como la responsable de la situación que está sufriendo.”

Cabe mencionar que el comportamiento desolador de la víctima trae consigo gran variedad de daños psicológicos, como cuadros depresivos y ansiosos, traumas, intentos de suicidio, estrés, enfermedades psicosomáticas, etc. y se ven reflejadas en el rendimiento laboral de la víctima.

De este modo, la siguiente investigación pretende relacionar el acoso laboral con la ansiedad y posteriormente relacionarla con la depresión, asimismo busca analizar el nivel de acoso laboral, ansiedad y depresión que presentan los colaboradores, luego describir las dimensiones del acoso laboral y, por último, relacionar las variables sociodemográficas (sexo y área de trabajo) con la presencia de acoso laboral, ansiedad y depresión.

Además, cabe resaltar que existe pocas investigaciones que han tocado las tres variables en una misma investigación (acoso laboral, ansiedad y depresión), por lo que su contribución a nivel teórico podrá servir como fuente de consulta a futuras investigaciones y de esta manera poder contribuir a que posteriores estudios puedan mejorar, e implementar programas relacionados.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1. Planteamiento del problema

Resulta relevante mencionar que uno de los problemas de mayor preocupación en nuestra sociedad contemporánea es el alto índice de violencia que estamos viviendo, la violencia en todos sus ámbitos ya sea ejercida de manera individual o grupal, es a veces casi imperceptible, se puede dar desde un reclamo, cambio de actitudes, agresión física e incluso como una forma de diversión. Además, estos actos violentos se suscitan en diferentes ambientes, por ejemplo, en un centro laboral, el cual es un problema que ha cobrado mayor interés en los últimos años, que se pone de manifiesto como un comportamiento que dificulta la convivencia entre compañeros de trabajo generando no

sólo efectos cada vez más nocivos sino también formas de aparición más sofisticadas y menos evidentes para las autoridades.

Hablar de este tipo de violencia hace referencia al acoso laboral, que nos lleva a tomar en cuenta la definición de Piñuel y Zabala (2001) citado por Martínez M. et. al. (2012, p. 6) como el “continuo maltrato verbal y modal que recibe un trabajador por parte u otros, que se comportan cruelmente con él con vistas a lograr su aniquilación o destrucción psicológica y su salida de la organización a través de diferentes procedimientos”.

Es necesario mencionar que el acoso laboral se relaciona con el bienestar psicológico de la víctima, que se pueden reflejar en aspectos tales como depresión, ansiedad, problemas de concentración, desinterés por el trabajo y otras, la devaluación de la confianza en sí mismo y degradación anímica del trabajador.

Las repercusiones de los casos de acoso laboral también afectan a la empresa o institución, ya que el trabajador abusado tiende a redirigir su energía y enfocarla hacia su autoprotección, presentando un bajo rendimiento en su trabajo, falta de concentración que incrementa su nivel de riesgo de accidente y baja calidad de sus productos, inasistencias constantes o de larga duración, falta de motivación, entre otras.

Según (Trujillo. *et al.* 2007, p. 10) citan a Crog (1996) especialista en victimología, quien da a conocer que las personas amenazadas, acosadas o difamadas son víctimas psicológicas, indica que al igual que las víctimas de guerra, a estas personas se les ha colocado en un “estado de sitio virtual” que las ha obligado a permanecer constantemente a la defensiva; y de acuerdo con González de Rivera (2002, pp. 187-189), citado por (Trujillo. *et al.* 2007, p. 10) “los cuadros clínicos que puede presentar la víctima del mobbing se pueden clasificar como depresivo y de estrés-ansiedad”.

Con respecto a la depresión de las víctimas, Hirigoyen (2004) menciona que surgen estados depresivos graves que pueden conducir al suicidio, indica que la víctima no se deprime porque previamente hubiera sido una persona enferma o frágil, sino porque la han privado de toda autoestima, porque la han inducido a pensar que no vale nada, que no es nada.

Hirigoyen (2004) menciona que, además, las víctimas manifiestan sentimientos de culpa, vergüenza de haber sufrido y de haberse dejado maltratar, sienten confusión al no saber cómo actuar y acaban por desequilibrarse ya que viven atemorizados, haciendo que manifiesten resistencia a la asistencia médica, no informando o tomando medidas de solución.

Con respecto a la ansiedad que presentan las víctimas, Hirigoyen (2004) expresa que las víctimas, al no nombrar nada de las actuaciones perversas que ocurren en la organización, sus reacciones inadecuadas agravan la violencia de su agresor y que a ellas mismas les crea un desgaste emocional, ya que estas presiones se prolongan durante mucho tiempo, la resistencia de su organismo se agota y esto implica que no se pueda evitar la aparición de una ansiedad crónica junto con un estado de aprensión y de anticipación permanente y con rumias de ansiedad. Hirigoyen (2004) indica que lo que distingue a la enfermedad relacionada con el acoso moral de la relacionada con unas condiciones de trabajo difíciles o incluso violentas, es el sentimiento de humillación y atentado contra la dignidad.

En general, tanto la ansiedad como la depresión presentan ciertas similitudes con respecto a su sintomatología; Alloy, Kelly, Mineka y Clements (1990) postularon que la depresión y la ansiedad comparten muchos aspectos cognitivos puesto que ambos grupos de personas reportan *sentimientos de indefensión y baja autoeficacia*. Además, en ambos trastornos se encuentra una tendencia a la autofocalización, la rumiación, la

autocrítica y la autoevaluación negativa. No obstante, la desesperanza y las percepciones de pérdida son propias del síndrome depresivo mientras que el peligro percibido, la incertidumbre sobre los acontecimientos futuros y la hipervigilancia están más específicamente asociados a la ansiedad.

Los estudios sobre comorbilidad señalan que el inicio de la ansiedad precede a la depresión en la mayoría de los casos (Rohde et al, 1991) y tomada como un todo, la evidencia parece apoyar la noción que existe una progresión en la cual la ansiedad frecuentemente lleva a episodios depresivos y que en general la mayoría de los episodios depresivos son antecedidos por otro trastorno mental o de un desajuste crónico precedente (Mineka, Watson y Clark, 1998).

Por otro lado, las estadísticas de acoso laboral en nuestra realidad peruana señalan que la incidencia de víctimas de Mobbing crece cada vez más, aproximadamente el 47% de los trabajadores ha sido víctima de violencia psicológica laboral, menciona el representante de Ministerio De Trabajo- Lima, señalando que “las denuncias por hostilidad laboral son tan frecuentes como las de despido injustificado”. (Peña, 2009, citado por Casahuillca, 2016, p. 3). Cabe mencionar que la población de los trabajadores(as) de enfermería son catalogadas como las víctimas de acoso laboral con mayor prevalencia, en la investigación de Flores (2017), “Mobbing en personal de enfermería y médico de la red de salud Túpac Amaru, Lima-2017” los resultados demostraron que el nivel de mobbing fue alto en el personal de enfermería y estadísticamente diferente al nivel de mobbing que padecían los médicos, sin embargo, esto no los exime del problema, esta problemática se relacionaría por el ambiente laboral en que se hallan.

Según Vidal (2006, p.7) menciona que “las organizaciones fuertemente burocratizadas, con mayor grado de rigidez y/o desorganización parecen ser más proclives a la aparición

de comportamientos de acoso”; uno de los sectores laborales que presentan dichas características es el sector público, donde el ambiente es más propicio para encontrar gran incidencia de víctimas de Mobbing o acoso laboral.

Asimismo, Buscaglia (2014), psicóloga del trabajo de EsSalud en Arequipa, menciono a la prensa de noticias de Arequipa HBA, que en los últimos años el Mobbing se ha incrementado más en las instituciones públicas que privadas, dando entender que por ser entidades cerradas no brindan importancia a estos temas, y, por lo contrario, en las entidades privadas estos casos se dejan saber y así poder brindar la solución para mejorar el clima laboral.

Uno de los sectores públicos afectados por esta problemática es el sector salud, donde coincidimos con George (2008) que los trabajadores de la salud, por su implicancia, son más sensibles a estresarse, debido a que los factores psicosociales y condiciones laborales de su organización favorecen la presencia de acoso laboral, entre algunas de sus características debemos resaltar las siguientes: La sobrecarga laboral, el realizar turnos de 24 horas continuas, el escaso reconocimiento, trabajar constantemente bajo presión, el estilo de mando autoritario, el tener que realizar otras funciones, lidiar con pacientes conflictivos, tener trabajos individuales y competitivos, la insuficiencia salarial, entre otros.

Algunos de estos factores fueron percibidos en un Centro de Salud Público de Arequipa, entre ellos un ambiente laboral tenso y un nivel elevado de presión debido a la carga y demanda laboral; asimismo situaciones, en la cual, algunos colaboradores eran expuestos a ciertos comportamientos propios del acoso laboral, como por ejemplo, exclusión, rechazo, burlas, entre otros, infiriendo que en el centro de salud existían víctimas de acoso laboral y que podrían desencadenar un cuadro de ansiedad y/o

depresión; debido a lo anterior se decidió hacer la presente investigación en dicho establecimiento, y nos planteamos las siguientes preguntas:

2. Formulación del problema

1. ¿Existe relación entre el acoso laboral y la ansiedad en los colaboradores de la Micro Red de Mariano Melgar?
2. ¿Existe relación entre el acoso laboral y depresión en los colaboradores de la Micro Red de Mariano Melgar?

3. Hipótesis

H1: Si, existe relación significativa entre acoso laboral y ansiedad en los colaboradores de la Micro Red de Mariano Melgar.

H0: No existe relación significativa entre acoso laboral y ansiedad en los colaboradores de la Micro Red de Mariano Melgar.

H1: Si, existe relación significativa entre acoso laboral y depresión en los colaboradores de la Micro Red de Mariano Melgar.

H0: No existe relación significativa entre acoso laboral y depresión en los colaboradores de la Micro Red de Mariano Melgar.

4. Objetivos

A. Objetivos generales

1. Determinar la relación entre el acoso laboral y la ansiedad en los colaboradores de la Micro Red de Mariano Melgar.
2. Determinar la relación entre el acoso laboral y la depresión en los colaboradores de la Micro Red de Mariano Melgar.

B. Objetivos específicos

1. Identificar el nivel de acoso laboral en los colaboradores de la Micro Red de Mariano Melgar.

2. Identificar el nivel de ansiedad en los colaboradores de la Micro Red de Mariano Melgar.
3. Identificar el nivel de depresión en los colaboradores de la Micro Red de Mariano Melgar.
4. Identificar el nivel de frecuencia de las dimensiones del acoso laboral en los colaboradores de la Micro Red de Mariano Melgar.
5. Identificar el nivel de acoso laboral según sexo y área de trabajo en los colaboradores de la Micro Red de Mariano Melgar.
6. Identificar el nivel de ansiedad según sexo y área de trabajo en los colaboradores de la Micro Red de Mariano Melgar.
7. Identificar el nivel de depresión según sexo y área de trabajo en los colaboradores de la Micro Red de Mariano Melgar.
8. Establecer la relación entre acoso laboral y ansiedad según sexo y área de trabajo en los colaboradores de la Micro Red de Mariano Melgar.
9. Establecer la relación entre acoso laboral y depresión según sexo y área de trabajo en los colaboradores de la Micro Red de Mariano Melgar.

5. Justificación

El interés por estudiar el fenómeno del acoso laboral o Mobbing se debe a la frecuencia con que se produce en las organizaciones y a las severas consecuencias que tiene para la salud psicológica de los colaboradores, dentro de ellas tenemos la ansiedad y la depresión que en un primer momento son imperceptibles, sin embargo, su impacto es inminente y en ocasiones los efectos pueden ser devastadores y llegar a afectar varios ámbitos de la vida de los colaboradores. Además, no sólo implica consecuencias negativas para la víctima, sino que afecta a los familiares, la propia organización y la sociedad en su conjunto.

El presente estudio es de gran utilidad y es conveniente, porque le permitirá al área de administración del personal y directivos, obtener conocimiento sobre las manifestaciones del acoso laboral y sus consecuencias psicológicas en los colaboradores, ya que en su mayoría los centros de salud desconocen de su existencia; al estar más informados, podrán establecer programas basados en estrategias de solución frente a esta problemática, para la mejora de las relaciones laborales y generar propuestas para que se logre un buen ambiente laboral.

La presente investigación es de gran importancia debido a su relevancia social, los beneficiados con el estudio a desarrollar serán los colaboradores de la Micro Red de Mariano Melgar, ya que gracias a los resultados se podrá conocer la realidad existente, de este modo se buscará que los directivos y personas allegadas a éste tema, diseñen medidas de prevención para generar estrategias de acción que busquen el bienestar emocional, la mejora de la vida laboral, y que garanticen y defiendan la dignidad de los colaboradores.

El presente estudio posee implicancias prácticas, sirve para que los profesionales de psicología organizacional y de carreras afines interesados en la temática (Acoso Laboral, Ansiedad y Depresión) desarrollen y apliquen estrategias en función a la prevención e intervención de esta problemática.

Y a nivel académico, al brindar información relevante sobre el posible impacto que genera el acoso laboral, servirá como un antecedente para otros estudios posteriores en la asociación de las variables estudiadas, que puede ser en poblaciones similares, distintas y con diversos diseños de investigación.

6. Antecedentes

En las siguientes líneas se mencionarán algunos estudios relacionados con el acoso laboral, ansiedad y depresión en trabajadores de diferentes centros de salud e

instituciones a nivel nacional e internacional, los cuales aportarán información a esta investigación.

Antecedentes Internacionales

Guerra *et al* (2017) de la Universidad Tecnológica Indoamérica, Carrera de Psicología, Quito Ecuador, se realizó una investigación de nombre “Evidencia de la relación entre Acoso Laboral y Ansiedad en Docentes Universitarios”, cuyo objetivo es analizar la relación que existe entre el acoso laboral y ansiedad, se encontró una correlación significativa entre acoso laboral y ansiedad, en donde existe una correlación directa entre variables, lo cual permite reflexionar sobre el factor ansiedad como una alerta acerca de la presencia de acoso laboral.

García, Maldonado y Ramírez (2014) realizaron una investigación “Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México” cuyo objetivo fue identificar la existencia de diferencias significativas entre el género y estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) de los trabajadores (130) de una institución del sector salud público ubicada en la ciudad de Ensenada perteneciente al estado de Baja California situado al noroeste de México, los resultados identificaron que las diferencias según el sexo no son estadísticamente significativas respecto al grado de ansiedad, también se detectó que únicamente en las mujeres aparecen niveles severos extremos de ansiedad y de estrés, sin embargo tanto hombres como mujeres, posee estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) dentro de un rango normal.

Harasemiuc y Díaz (2013) de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo- Instituto de Salud Carlos, Madrid, España; se realizó una investigación titulada “Evidencia científica de la relación entre acoso laboral y depresión”, cuyo objetivo es identificar la evidencia científica conocida sobre la relación existente entre el acoso laboral y la

depresión, los resultados demostraron que ser mujer, tener estudios universitarios y la antigüedad o experiencia en el puesto de trabajo son factores que determinaron una mayor vulnerabilidad para sufrir acoso; el perfil del acosador es: ser de sexo masculino y, generalmente, de categoría superior a la víctima; siendo el abuso verbal, el hostigamiento y el aumento de la carga laboral las estrategias de acoso más utilizadas. En todos los estudios se encontró una relación positiva entre el acoso y la depresión. Oliveira y Pereira (2012) en su investigación “Ansiedad, depresión y agotamiento en personas enfermas - Impacto del trabajo por turnos” cuyo objetivo fue conocer los niveles de ansiedad, depresión y el trastorno de burnout, en enfermeras que trabajan por turnos en un hospital de Portugal. Con respecto a la ansiedad y la depresión, los valores obtenidos fueron compatibles con un nivel moderado de ansiedad 92% (23) y depresión leve 60% (15). Así también concluyeron que no se observaron diferencias estadísticamente significativas (de niveles de ansiedad, depresión y burnout) entre la primera y segunda etapa de evaluación.

Hernández y Millán (2011) “Consecuencias psicológicas del mobbing: estudio empírico de las consecuencias psicológicas del mobbing en una muestra de empleados en Puerto Rico, cuyo objetivo principal fue examinar las consecuencias del “mobbing” o acoso moral en el bienestar psicológico de los empleados que han percibido estrategias de acoso en el trabajo. Además, se pretendía comparar la percepción de estrategias de mobbing por algunas variables sociodemográficas. Los resultados sugieren que no existen diferencias significativas en la percepción de estrategias de acoso por sexo, tipo de puesto, tipo de empleo, edad, estado civil, tipo de organización, tiempo trabajando, ingreso y escolaridad; sólo se encontraron diferencias por la probabilidad de renunciar al empleo

López *et al* (2008) de la Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España, se realizó una investigación titulada “Un estudio empírico sobre las características distintivas de las víctimas de mobbing”, en este trabajo se propone analizar si existen diferencias entre víctimas y no víctimas de mobbing en relación con ciertos rasgos de su personalidad y algunas características del entorno organizativo. Los resultados indican que las víctimas de mobbing sufren en mayor medida que las no víctimas los síntomas asociados al trastorno de ansiedad generalizada, al tiempo que se consideran diferentes en ciertos rasgos que caracterizan su comportamiento.

Antecedentes Nacionales

Inca y Salas (2019) en su investigación “Variaciones de los Índices de Ansiedad y el Acoso Laboral en Trabajadores de Instituciones de Gestión Pública”, cuyo objetivo es identificar y reconocer la relación de los índices de ansiedad cognitiva, fisiológica y motora con respecto al acoso laboral que presentan los trabajadores en instituciones de gestión pública considerando el sexo. Los resultados indicaron que la ansiedad está relacionada con el nivel de acoso que padecen los trabajadores de estas instituciones, de la misma forma se encontró relación entre las áreas de ansiedad con el acoso laboral. Alcántara (2017), en su investigación “Mobbing y depresión en trabajadores de una Institución Estatal de la Ciudad de Lima – Metropolitana”, cuyo objetivo principal es determinar si existe relación entre mobbing y depresión en trabajadores de una institución estatal de la ciudad de Lima – Metropolitana, el resultado de la investigación concluyó que si existe relación positiva y significativa entre mobbing y depresión en trabajadores de una institución estatal, que el mayor nivel de mobbing y depresión corresponde al sexo femenino y que hay mayor nivel de depresión cuando mayor es el mobbing.

Morales (2017) realizó una investigación titulado “‘Acoso laboral y depresión en docentes de ambos sexos del nivel secundario del distrito de Puente Piedra, 2017’” Lima - Perú, tuvo como objetivo general comprobar la correlación que existe entre acoso laboral y depresión en docentes, de ambos sexos, del nivel secundario de las Instituciones Educativas de Puente Piedra, los resultados obtenidos muestran que existe una correlación positiva y significativa es decir a mayor Acoso Laboral mayor Depresión.

Casahuillca (2016) en su tesis “‘Mobbing y desempeño laboral en los trabajadores del centro de salud Chilca, 2015’”; tesis de la Universidad Nacional del Centro Perú de Huancayo., cuyo objetivo fue determinar la relación entre el mobbing y el desempeño laboral en los trabajadores del Centro de Salud de Chilca -2015, se halló que la relación entre el mobbing y el desempeño laboral en los trabajadores del Centro de Salud de Chilca es inversa y significativa; también determinaron que el 49% de los trabajadores del Centro de Salud de Chilca sufren mobbing alto, el 43% mobbing medio y el 8% mobbing bajo, pudiendo demostrar niveles elevados de acoso.

Ampuero (2015) realizó una investigación sobre la “‘Prevalencia de Mobbing y su Influencia en el Estado de Salud Mental en el Personal Asistencial no Médico, Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2015’”, cuyo objetivo es determinar la prevalencia del Mobbing y su influencia en el estado de salud mental de los trabajadores de esta institución, los resultados nos indican que respecto a la salud mental de los trabajadores se hallan frecuencias altas de casos como síntomas somáticos con 24%, ansiedad e insomnio 20%, disfunción social 37% y depresión grave 9%, este último un dato preocupante ya que son 18 personas que padecen depresión grave.

Antecedentes locales

Sairitupac (2016) en su tesis “Algunos conocimientos de enfermería y percepción de mobbing en internas/os de enfermería. Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa 2016”, Tesis de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Cuyo objetivo general fue determinar la relación entre algunos conocimientos de enfermería con la percepción de mobbing en los internos de enfermería del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa 2016. Los resultados demuestran respecto a la variable percepción de mobbing global, que la mayoría de internas/os de enfermería con el 39.0% tienen alto nivel de percepción seguido del mediano nivel con el 37.6% y sólo un mínimo porcentaje del 23.4%, percibe bajo nivel.

7. Limitaciones del estudio

En el proceso de la presente investigación se presentaron determinadas limitaciones, las cuales se detallan a continuación:

Los sesgos de las personas evaluadas, con respecto a la resolución de los test aplicados, ya que la mayoría de participantes mostró desconfianza, consideraban que las preguntas delataban situaciones desagradables que involucraba a sus compañeros de trabajo y jefes inmediatos, querían evitar represalias, temían a que fueran identificados con depresión o ansiedad tratando de mostrar una imagen con óptima salud mental. Englobar a todo el personal trajo como consecuencia que los trabajadores se vean influenciados por el cargo que ocupan, el nivel jerárquico y el tipo de contrato en la que se encuentran. Finalmente, el factor tiempo, fue un limitante durante la aplicación de los instrumentos, ya que los trabajadores no disponían de tiempo suficiente para responder los cuestionarios; esto se debió a la carga y demanda laboral. Así mismo, en la aplicación de los instrumentos, no se logró reunir a todo el personal en un tiempo y

lugar determinado, se tuvo que aplicar los instrumentos de acuerdo a la disponibilidad de tiempo de los colaboradores.

8. Definición de términos

Acoso Laboral

Piñuel y Zabala (2001) lo define como el “continuo maltrato verbal y modal que recibe un trabajador por parte u otros, que se comportan cruelmente con él con vistas a lograr su aniquilación o destrucción psicológica y su salida de la organización a través de diferentes procedimientos”.

Ansiedad

Beck (1985) define la ansiedad como un “estado emocional subjetivamente desagradable caracterizado por sentimientos molestos tales como tensión o nerviosismo y síntomas fisiológicos como palpitaciones cardiacas, temblor, náuseas.

Colaboradores

Según Nocerino (2014) “es quien participa con otros en la consecución de un trabajo o un logro. Es en definitiva alguien que contribuye, aporta, en este caso, con la empresa para la que trabaja; asimismo, con sus compañeros. Este concepto da una idea de movimiento, dinamismo, de gente que se mueve y motiva por un propósito, un objetivo, una meta.

Depresión

Hollon y Beck (1979) definen a la depresión como el “síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes”.

Micro Red de Salud

Según el MINSA (2001) “es un conjunto de establecimiento de salud del primer nivel de atención cuya articulación funcional, según criterios de accesibilidad, ámbito geográfico y epidemiología, facilita la organización de la prestación de servicios de la salud. Constituye la unidad básica de gestión y organización de la prestación de servicios. La agregación de Micro Redes conforma una red de salud”.

9. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	NIVELES	INSTRUMENTO	ESCALA	VALORACION
ACOSO LABORAL	• Limitar la Comunicación.	Ítems: 1-10	<ul style="list-style-type: none"> • Alto • Medio • Bajo 	Cuestionario de Hostigamiento Psicológico Laboral (HPL)	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca me ha ocurrido • Pocas veces me ha ocurrido • A veces me ocurre • Muchas veces me ocurre • Con mucha frecuencia o siempre me ocurre 	
	• Limitar el Contacto Social.	Ítems: 11- 15				
	• Desprestigar a la persona ante sus compañeros.	Ítems: 16 – 30				
	• Desacreditar la capacidad profesional del trabajador.	Ítems: 31- 37				
	• Comprometer la salud.	Ítems: 38- 44				
ANSIEDAD	• Subjetivo	Ítems: 4.5.8.9.10.14 y 16	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad mínima • Ansiedad leve • Ansiedad moderada • Ansiedad grave 	Inventario de ansiedad de Beck (BAI)	<ul style="list-style-type: none"> • En absoluto • Levemente • Moderadamente • Severamente 	
	• Neurofisiológico	Ítems: 1,3,6,12,13,17,18 y 19				
	• Autonómico	Ítems: 7, 11 y 15				
	• Síntomas vasomotores	Ítems: 2, 20 y 21				
DEPRESIÓN	• Cognitivo-Afectivo	Ítems: 1-15, 17	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión mínima • Depresión leve • Depresión moderada • Depresión grave 	Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).	<ul style="list-style-type: none"> • En absoluto • Levemente • Moderadamente • Severamente 	
	• Somático	Ítems: 16,18-21				

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. ACOSO LABORAL

A. Desarrollo histórico del concepto “acoso laboral”

Brodsky (1976) es el primer autor que se refiere al trabajador hostigado, en un estudio motivado por la promulgación de una nueva ley de condiciones de trabajo en Suecia en ese mismo año. Su libro se centró en la dureza de la vida del trabajador de base en un contexto en el que hay accidentes laborales, agotamiento físico, horarios excesivos, tareas monótonas y problemas que hoy se abordan en la investigación sobre el estrés. Debido a su enfoque sociomédico y a una insuficiente distinción entre situaciones laborales estresantes, el libro, escrito bajo la influencia del clima sociopolítico de principios de los setenta, no tuvo mayor impacto en el estudio científico del mobbing o acoso laboral.

El término inglés mobbing está tomado de la etología. Konrad Lorenz lo utilizó por primera vez para referirse al ataque de un grupo de animales pequeños gregarios que acosaban a un animal solitario de mayor tamaño (Lorenz, 1991). Un médico sueco interesado en el comportamiento social infantil fuera del aula tomó prestado de Lorenz el término para identificar un comportamiento altamente destructivo de pequeñas pandillas de niños, en la mayoría de los casos dirigido en contra de un único niño (Heinemann, 1992).

Leymann, considerado como el iniciador moderno de esta temática, adoptó el término mobbing al principio de la década de los ochenta, al observar un tipo de conducta similar en el mundo laboral. Textualmente, el autor dice: “No utilicé el término inglés bullying, usado por los investigadores ingleses y australianos, pues éste está referido a violencia física”. De hecho, el bullying escolar está caracterizado principalmente por actos físicamente agresivos. En Estados Unidos también se usa el término mobbing, ya que la mayoría de las veces esta comunicación destructiva no tiene las características de la violencia física que acompaña al bullying.

En su obra, Leymann concluye: “Propongo mantener el término bullying para las agresiones sociales entre niños y adolescentes en la escuela, y reservar el término mobbing para la conducta adulta”.

Investigadores que han estudiado ampliamente el fenómeno son Einarsen y Skogstad (1996) y Einarsen (2000), que indican que el mobbing se produce cuando durante un período de tiempo alguien es objeto de persistentes acciones negativas por parte de otra u otras personas, y por diversas razones se enfrenta a dificultades también persistentes para defenderse de las mismas. El enfoque utilizado en sus trabajos es de difusión del problema y conceptualización del fenómeno.

Marie France Hirigoyen es pionera en el estudio del acoso moral en Francia. A partir de sus publicaciones empezó a difundirse el acoso psicológico a nivel general en su país. Sus líneas de investigación son el mobbing en el entorno familiar y la organización (Hirigoyen, 1999).

Anderson analiza el mobbing desde la óptica de conceptos como derecho, ley, salud, democracia, administración pública o empresa, estableciendo un marco de referencia jurídico-laboral del problema (Anderson, 2001).

Piñuel y Zavala, experto en el tema en España, encuentra que el fenómeno ocurre en las organizaciones de su país, y se dedica a estudiar los factores que lo causan en diversas estructuras laborales. Su trabajo aporta información empírica que permite reflexionar sobre las posibles relaciones de causa-efecto en el mobbing (Piñuel y Zavala, 2001).

González de Rivera, otro investigador español, desarrolla un trabajo teórico y de campo; su obra, con fuerte influencia de Leymann, se centra en el maltrato psicológico en las instituciones (González de Rivera, 2000).

Siguiendo con los autores españoles tenemos a Barón Duque, que presenta la tesis de que el poder y la negociación son elementos presentes en el mobbing. Él explica que el mobbing se utiliza dentro de una organización como medio para adquirir poder. Así, al ser “el poder” una causal del mobbing, el fenómeno se puede asociar con la ética y la moral de los individuos (Barón Duque et al., 2004).

B. Definiciones

La palabra mobbing procede del término inglés “mob” (derivada del latín *mobile vulgus*). En inglés se distingue entre el sustantivo “mob” como multitud, gentío, muchedumbre o turba, y el verbo “to mob” que se traduciría por acosar, atacar en masa, atropellar, festejar tumultuosamente, lo que vendría a ser como la acción de

ese gentío de agolparse en torno a alguien, bien de modo festivo (como lo hacen los fans sobre su ídolo) o bien de modo intimidatorio (como lo hace la muchedumbre en torno a un delincuente que ha cometido un acto que genera alarma social).

Podemos encontrar un variado haz de definiciones. Algunas son muy generales, pero otras intentan una enumeración casi exhaustiva de los elementos característicos y determinantes del acoso laboral. A través del tiempo, los autores, así como la jurisprudencia, han ido adicionando elementos particularizados a las mismas.

Es preciso comenzar por la clásica de Heinz Leyman (1997), el psicólogo de la Universidad de Estocolmo, considerado la máxima autoridad mundial sobre el tema, durante la década de los 80 lo define como “una situación en que una persona, o varias, ejercen una violencia psicológica extrema, de forma sistemática y recurrente, durante un tiempo prolongado, sobre otra u otras personas en el lugar de trabajo con el fin de destruir sus redes de comunicación, destruir su reputación, perturbar el ejercicio de sus labores y conseguir su desmotivación laboral” .

En 1996, Leyman operacionaliza su definición: “El psicoterror o mobbing en la vida laboral conlleva una comunicación hostil y desprovista de ética que es administrada de forma sistemática por uno o unos pocos individuos, principalmente contra un único individuo, quien, a consecuencia de ello, es arrojado a una situación de soledad e indefensión prolongada, a base de acciones de hostigamiento frecuente y persistentes (al menos una vez por semana) y a lo largo de un prolongado periodo de tiempo (al menos durante seis meses). A causa de la alta frecuencia y la larga duración de estas conductas hostiles a que es sometido un individuo, el maltrato sufrido se traduce en un suplicio psicológico, psicosomático y social de proporciones”.

Esta definición deja fuera los conflictos temporales y se centra en el momento en que la situación psicológica que afecta al individuo se traduce en trastornos psicológicos y/o psiquiátricos. Aquí la distinción entre “conflicto” y “psicoterror” no está centrada en qué se hace, o cómo se hace, sino más bien en la duración de lo que se hace.

Asimismo, tenemos las siguientes definiciones: “Incidentes de abuso hacia una persona, con amenazas o asalto en circunstancias relacionadas con su trabajo que implican un desafío implícito o explícito a su seguridad, bienestar o salud”. (Comisión Europea, 1995).

“Conducta inapropiada y repetida, malicioso o insultante, un abuso de poder por medios destinados a debilitar, humillar, denigrar o injuriar a la víctima”. (Código de conducta en materia de procedimientos disciplinarios o de reclamación del Servicio Consultivo Británico para la Conciliación y el Arbitraje).

“Conducta inapropiada y repetida, directa o indirecta, verbal, física o de otro tipo, que unas o más personas dirigen contra un tercero o terceros, en el lugar de trabajo y/o en el curso del mismo, que pueda considerarse con razón que merma el derecho del individuo a la dignidad del trabajo”. (Propuesta del Grupo de Trabajo para la prevención del acoso en el lugar del trabajo, Irlanda, abril, 2001).

“Comportamiento negativo entre compañeros o entre superiores e inferiores jerárquicos, a causa del cual el afectado es el objeto de acoso y ataque sistemático durante mucho tiempo, de modo directo o indirecto, por parte una o más personas, con el objetivo y/o efecto de hacerle un vacío”, (Unión Europea, 14 de mayo de 2001).

“Es la acción verbal o psicológica de índole sistemática, repetida o persistente por lo que, en el lugar de trabajo o en conexión con el trabajo, un grupo de personas

hiere a una víctima, la humilla, la ofende o amedrenta”. (Organización Internacional del Trabajo, en “Recomendaciones prácticas sobre la violencia y el estrés en el sector de servicios”, octubre de 2003).

“Acciones recurrentes, censurables o claramente negativas que van dirigidas contra empleados concretos de manera ofensiva y pueden traer como consecuencia la marginación de estos empleados de la comunidad laboral que opera en el mismo lugar de trabajo”. (De la Legislación Sueca)

Aunque el Tribunal Supremo no ha llegado a definir expresamente el “mobbing”, en la única sentencia que hasta el momento ha dictado sobre la cuestión, define las acciones analizadas como “una forma de acoso moral sistemáticamente dirigido contra el funcionario público reclamante, carente de toda justificación”. (Sentencia del Tribunal Supremo, de 23 de julio de 2001).

“Por acoso laboral” se entiende aquella presión laboral tendente hacia la autoeliminación de un trabajador mediante su denigración”, (Juzgado de lo Social nº 2 de Girona, autos de Protección DE Derechos Fundamentales 582/2003 de 23 de setiembre de 2003).

“Se ha constado la existencia en las empresas de trabajadores sometidos a un hostigamiento psicológico tal que presentan síntomas psicosomáticos y reacciones anormales hacia el trabajo y el ambiente laboral.

(...) la definición de “acoso laboral”, término empleado por la literatura psicológica internacional para describir una situación en la que una persona o grupo de personas ejercen una violencia psicológica extrema (en una o más de las 45 formas o comportamientos descritos por el Leymann Inventory of Psychological Terror [LIPT]) de forma sistemática (al menos una vez por semana) durante un tiempo prolongado (más de seis veces) sobre otra persona en el lugar de trabajo,

según definición de H. Leyman. En castellano se podría traducir dicho término por “psicoterror laboral” u “hostigamiento psicológico en el trabajo”. (Nota Técnica Preventiva 476 del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo).

Leymann desarrolló un modelo en 1996 y se conoce con el título de Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT). Este modelo se centra en las conductas que el agresor utiliza para anular y oprimir a su víctima, y plantea 45 actividades de acoso psicológico en el trabajo. Si una o más de estas conductas se repite al menos una vez por semana durante seis meses, puede ser indicio de un proceso de mobbing.

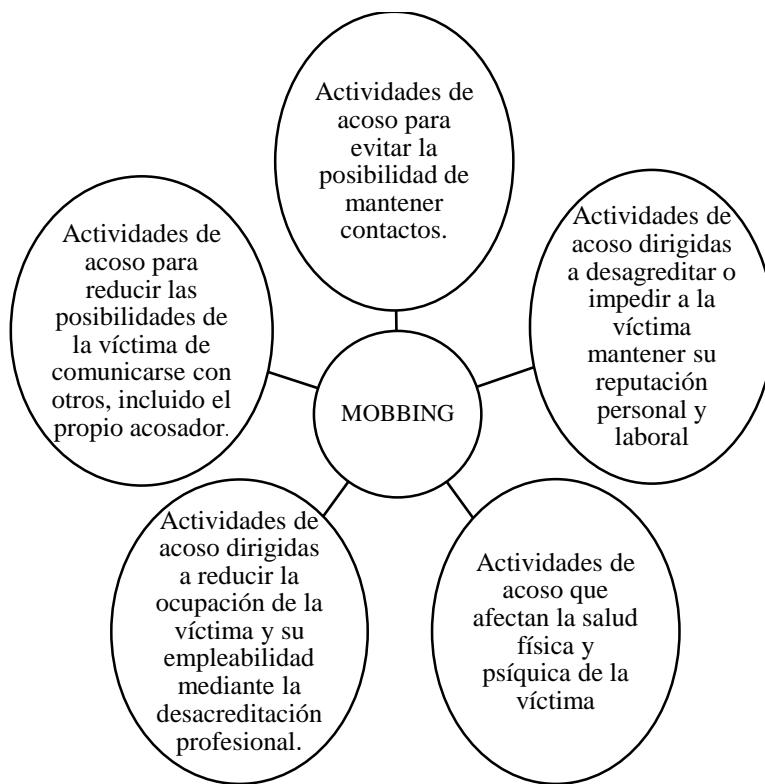


Figura 1. Definiciones del Mobbing. Leyman (1997) The Mobbing Encyclopedia. Bullying. The Definition at Workplaces. Madrid: Pirámide.

Dentro de estos 5 grupos se distribuyen los 45 comportamientos hostiles que se mencionaran más adelante.

Uno de los especialistas más reconocidos en el ámbito español y europeo es el psicólogo Iñaki Piñuel y Zabala, profesor titular de la Universidad Alcalá de Henares. Para el profesor Piñuel, el acoso laboral “consiste en el deliberado y continuo maltrato modal y verbal que recibe un trabajador, hasta entonces válido, adecuado o incluso excelente en su desempeño, por parte de uno o varios compañeros de trabajo, que buscan con ello desestabilizarlo y minarlo emocionalmente con vistas a deteriorar y hacer disminuir su capacidad laboral o empleabilidad y poder eliminarlo así más fácilmente del lugar y del trabajo que ocupa en la organización” (Piñuel, 2001).

A continuación, se muestra el modelo octagonal explicativo del profesor Piñuel y Zavala. En ese modelo, el autor selecciona variables e indicadores propios de la organización, lo que enriquece la conceptualización del mobbing.

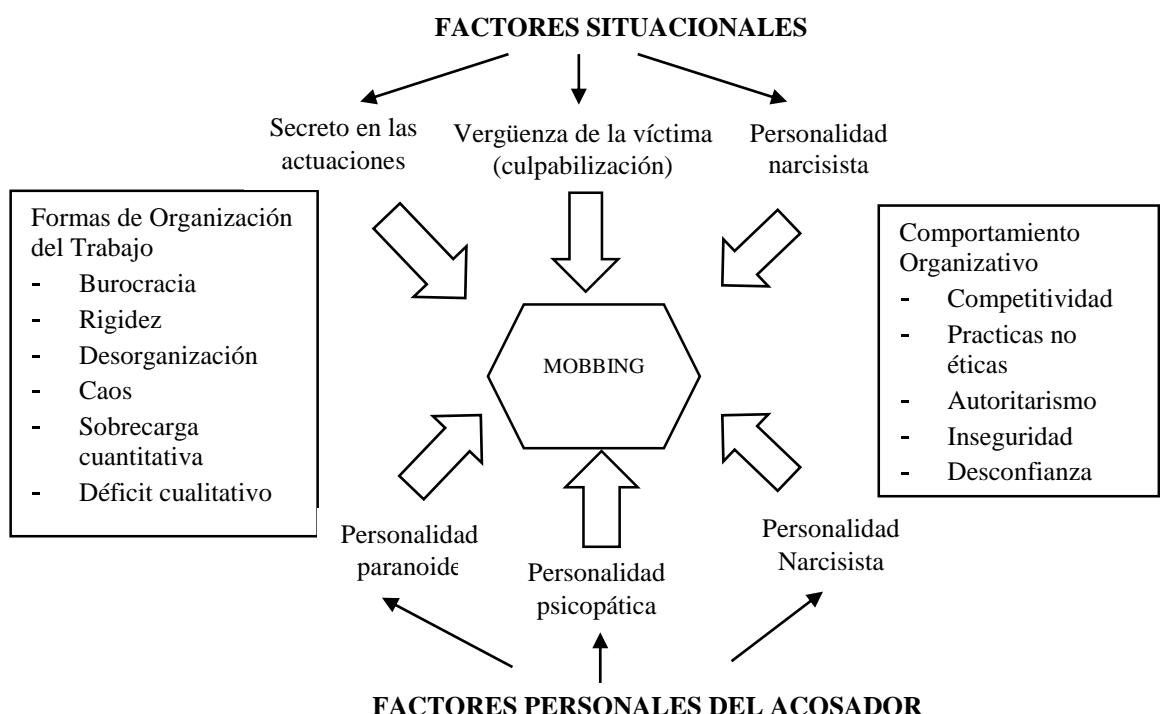


Figura 2: Factores de Mobbing. Piñuel y Zavala (2003). Mobbing. Santander. Sal Terrea. p.82.

En este sentido el acoso laboral se presenta como un conjunto de conductas premeditadas las cuales se ejecutan de acuerdo a una estrategia preconcebida y extremadamente sutil con un objetivo claro y concreto: la anulación de la víctima.

Uno de los elementos más característicos del acoso laboral es que no deja rastros visibles y las secuelas son las propias del deterioro psicológico que presenta la víctima, las cuales fácilmente pueden atribuirse a problemas personales o de relación con sus compañeros de trabajo. Así él o los acosadores inician este proceso motivados por distintas razones: celos profesionales, envidia donde esta última no se focaliza sobre los bienes materiales de la víctima, sino sobre sus cualidades personales positivas, como su inteligencia, capacidad de trabajo, razonamiento, etc. También son objeto de ataques ciertos rasgos diferenciales respecto del grupo como son la procedencia social, nivel cultural y / o profesional, o alguna característica física la cual es aprovechada por el o los acosadores para utilizarla en sus fines.

Otra característica se centra en el grado de complicidad por parte de los compañeros de la víctima, ya sea apoyando en forma tácita las conductas del o los agresores, guardando silencio para no ser nuevas víctimas de agresión o no poner en peligro su puesto de trabajo si dan a conocer los sucesos acontecidos (Luna, 2003).

C. Conductas de mobbing o acoso laboral

Es importante tener presente que muchas situaciones ingratis en el trabajo no constituyen necesariamente acoso. Lo que diferencia al acoso laboral de otros problemas similares en el trabajo es la intención de causar daño, el focalizar la acción en una o varias personas, de forma repetida y por un periodo continuado de tiempo. En ausencia de estas características podemos hablar de factores de riesgo en la organización del trabajo, pero no de acoso laboral.

Hechos aislados de violencia, por muy intensos que sean, no constituyen acoso laboral. Tampoco situaciones permanentes de estrés laboral ni agotamiento en el trabajo, malas condiciones laborales, de higiene o seguridad, ni una mala gestión del personal.

Es necesario saber discriminar las conductas utilizadas por él o los acosadores de los conflictos normales que se suceden entre los miembros dentro de una organización, en este sentido cobra relevancia el reiterar que el mobbing o acoso laboral es un proceso deliberado y continuo el cual es difícil de determinar cuándo se inicia y porqué. (Luna, 2003; INSHT. [NTP 476] ,1998).

Según los apartados del profesor Leymann se pueden considerar conductas de mobbing o acoso laboral:

- a. **Actividades de acoso para reducir las posibilidades de la víctima de comunicarse con otros, incluido el propio acosador**
 - El superior jerárquico no permite que se exprese la víctima.
 - Se le interrumpe constantemente.
 - Los compañeros no le dejan expresarse.
 - Sus compañeros le critican, le recriminan
 - Critican el trabajo de la víctima.
 - Critican su vida privada.
 - Aterrorizan a la víctima con llamadas telefónicas.
 - Le amenazan verbalmente.
 - Le amenazan por escrito.
 - Evitan todo contacto visual.
 - Ignoran su presencia, dirigiéndose exclusivamente a otros.

b. Actividades de acoso para evitar la posibilidad de mantener contactos sociales

- No hablarle.
- No dejarle que hable.
- Designarle un puesto de trabajo que le aleje y le aísle de sus compañeros.
- Prohibir a sus compañeros que le dirijan la palabra.
- Negar la presencia física de la víctima.

c. Actividades de acoso dirigidas a desacreditar o impedir a la víctima mantener su reputación personal o laboral

- Murmurar o calumniarle.
- Lanzar rumores sobre ella.
- Ridiculizarla o reírse de ella.
- Intentar que parezca una enferma mental.
- Intentar que se someta a un examen psiquiátrico.
- Burlarse de sus dolencias o minusvalías.
- Imitar las maneras, la voz, los gestos de la víctima para ridiculizarle.
- Criticar sus convicciones políticas o sus creencias religiosas.
- Burlarse de su vida privada.
- Reírse de sus orígenes, de su nacionalidad.
- Darle trabajos humillantes.
- Comentar el trabajo de la víctima de manera malintencionada.
- Poner en cuestión y desautorizar las decisiones de la víctima.
- Injuriarle con términos obscenos o degradantes.
- Acosar sexualmente a la víctima (gestos o intenciones).

d. Actividades de acoso dirigidas a reducir la ocupación de la víctima y su empleabilidad mediante la desacreditación profesional

- No confiarle ninguna tarea.
- Privarle de toda ocupación y vigilar que no pueda encontrar ninguna.
- Exigirle tareas totalmente absurdas o inútiles.
- Darle tareas muy inferiores a sus competencias.
- Darle incesantemente tareas nuevas.
- Hacerle realizar trabajos humillantes.
- Darle tareas muy superiores a sus competencias, para poder demostrar su incompetencia.

e. Actividades de acoso que afectan la salud física o psíquica de la víctima

- Exigirle trabajos peligrosos o perjudiciales para su salud.
- Amenazarle físicamente.
- Agredirle físicamente, pero sin gravedad, a modo de advertencia.
- Agredirle físicamente.
- Ocasionarle gastos a la víctima, para perjudicarle.
- Ocasionarle desperfectos en su domicilio o en su puesto de trabajo.
- Agredir sexualmente a la víctima.

D. Causas

De acuerdo con Velásquez (citado por Laskoswsky y Marchant, 2005) existen cuatro variables que promoverían la aparición del acoso laboral, tres de las cuales son de origen externo al trabajador afectado y pertenecen propiamente a la dinámica del trabajo, y la última es imputada directamente a la víctima, a saber:

- a. **Organización del trabajo:** Se refiere a la atribución de tareas que entrañan, por un lado, una sobrecarga cuantitativa, producida por la existencia de mucha demanda y poco control; y por el otro, un déficit cualitativo, entendido como la obligación de efectuar un trabajo repetitivo, aburrido, a veces inútil o mal realizado, cuando se obliga a los trabajadores a hacer mal su labor dentro de la empresa. Toda situación estresante implica un potencial importante, de conflicto, y como se dijo, según Leymann, es justamente un conflicto lo que detona la aparición del mobbing o acoso laboral.
- b. **Concepción de tareas:** La monotonía y la repetitividad de las tareas origina conflictos personales e interpersonales, puesto que en la medida que los trabajos no representen un desafío para el trabajador o proporcionen posibilidad de crecimiento laboral o personal, muy probablemente serán causa de conflicto.
- c. **Tipo de dirección:** Cuando no se toma en cuenta el factor humano y se pretende optimizar los resultados en una organización a través de una gestión autoritaria, ello constituye un claro agente de promoción de conflictos y generará la posibilidad del acoso laboral.
- d. **Probables sujetos objetivo del mobbing o acoso laboral:** Una cuarta y última variable imputada a la propia víctima del acoso laboral es la persona hacia la cual se ha dirigido la ira o la frustración. La presión que se ha acumulado se canalizará en forma de mobbing o acoso laboral en el trabajo hacia una víctima que ha sido escogida en virtud de características que le son propias, tales como personas demasiado competentes o que llamen la atención, individuos con fuerte personalidad, trabajadores extremadamente honestos, escrupulosos y dinámicos o, por el contrario, aquellos menos competentes.

Las observaciones de Piñuel y Zavala establecen que los celos y la envidia que sienten los acosadores son la causa más frecuente del acoso laboral. La víctima suele ser envidiada por poseer alguna cualidad o rasgo que los hace destacar del resto del grupo; por ejemplo, capacidad profesional superior, facilidad para despertar aceptación o aprecio en sus compañeros, subordinados, jefes, pacientes o clientes, su don de gentes, evaluaciones positivas o felicitaciones recibidas en su trabajo.

El acoso laboral también puede desencadenarse cuando el trabajador no permite ser manipulado por otro u otros miembros del grupo o bien porque no pertenece al grupo que maneja el statu quo de la organización.

El trabajador también puede ser objeto de hostigamiento por disfrutar de situaciones personales o familiares que son anheladas por otros que carecen de ellas. Esto sucede frecuentemente en escenarios dominados por la corrupción y el tráfico de influencias.

Las personas que tienen características que las hacen distinguirse de la mayoría de sus compañeros suelen ser el blanco de acoso. Así, la diferencia de edad, la experiencia laboral, las costumbres, el poder adquisitivo, el nivel educativo, entre otros, pueden causar la persecución de aquella persona diferente a los demás integrantes del grupo mayoritario. Las diferencias suelen utilizarse para culpabilizar y demonizar al trabajador, que, en un momento dado, cargará con la culpa de todo lo que sale mal. Al designar un culpable, es posible distraer el interés de la organización para solucionar un problema, y de esta manera todo seguirá igual.

Otra causa del acoso laboral es demostrar el poder que ostenta el acosador como medio para amedrentar al resto del personal, con el fin de mantenerse y afianzarse.

Si alguien es capaz de demostrar que tiene el poder de hostigar y dañar a un

trabajador y quedar impune, el resto del personal lo reconocerá, respetará y obedecerá sin oponer resistencia. Se trata de hacer cundir el psicoteror laboral entre los miembros de la organización, que tendrán que advertir lo que les podría ocurrir si no se someten a los dictados del grupo que hostiga.

Por su parte, la Secretaría Ejecutiva Confederal de Salud Laboral y Medio Ambiente de España (2008) considera que entre las posibles causas del mobbing se encuentra el empleo precario, pues se trata de trabajadores interinos o contratados temporalmente, la mayoría de las veces sometidos a presiones y a un intenso ritmo de trabajo para cumplir las metas en el plazo planteado.

E. Tipos de mobbing o acoso laboral.

En las organizaciones, el Mobbing o Acoso laboral puede afectar indistintamente a cualquier nivel jerárquico de ella, y a hombres o mujeres. Este fenómeno se manifiesta en tres formas:

a. Ascendente: donde una persona con rango jerárquico superior en la organización es agredida por uno o varios subordinados. Esto ocurre en forma general cuando se incorpora una persona desde el exterior y sus métodos no son aceptados por sus subordinados, o porque ese puesto es ansiado por alguno de ellos. Otra modalidad dentro de este tipo, es aquella en que un funcionario o trabajador es ascendido a un cargo donde debe dirigir y organizar a antiguos compañeros, los cuales no están de acuerdo con la elección.

b. Horizontal: en esta categoría, las conductas de acoso pueden ser ejecutadas por un individuo o por un grupo en contra de otro trabajador. En este último caso, se sabe que un grupo tiene una identidad y comportamientos que son propios, se rige por reglas y códigos los cuales no corresponden a la suma de los comportamientos individuales de sus miembros, bajo esta premisa un trabajador

puede ser acosado por los restantes miembros del grupo o al no pertenecer a él, el grupo lo toma como blanco de sus ataques.

- c. **Descendente:** esta modalidad es la más habitual, donde la víctima se encuentra en una relación de inferioridad jerárquica o de hecho con respecto al agresor. Las conductas ejecutadas por la persona que ostenta el poder tienen por objetivo minar el ámbito psicológico del trabajador, ya sea para mantener su posición jerárquica o como una estrategia de la organización para que el afectado se retire en forma voluntaria sin que ésta incurra en costos económicos compensatorios.

F. Grados de acoso laboral

Los grados de acoso laboral están determinados por la intensidad, duración y frecuencia con que aparecen las diferentes conductas de hostigamiento. Se distinguen tres grados:

- a. **Primer grado:** la persona es capaz de hacer frente a los ataques de que es objeto y de mantenerse en su puesto de trabajo. Algunas personas ignoran las burlas, humillaciones y encaran a sus agresores. A pesar de esto, la víctima de acoso no puede evitar sentir desconcierto, ansiedad e irritabilidad ante lo que sucede. Hasta este momento, las relaciones personales de la víctima no suelen verse afectadas.
- b. **Segundo grado:** en esta etapa es difícil que la persona pueda eludir los ataques y humillaciones de las que es objeto. En consecuencia, mantenerse en su puesto de trabajo o reincorporarse a él se hace más difícil. Algunos síntomas que se manifiestan en esta etapa son: síntomas depresivos, problemas gastrointestinales, insomnio, abuso de sustancias, conductas de evitación de toda situación relacionada con el tema. En esta fase los familiares y amigos tienden a restarle importancia a lo que está sucediendo.

c. **Tercer grado:** la reincorporación al trabajo es prácticamente imposible y los daños psicológicos que padece la víctima de acoso requieren de un tratamiento psicológico especializado. Los síntomas indicadores de esta etapa son: depresión severa, ataques de pánico, conductas agresivas, intentos de suicidio. Asimismo, la familia y amigos son conscientes de la gravedad del problema.

G. Fases de acoso laboral

No tiene una serie de fases fijas que abarquen desde su aparición hasta su desenlace. Esta condición está determinada por las singularidades propias de cada caso en particular tomando en cuenta las características del o los agresores, las víctimas y el entorno organizacional donde se desata en conflicto. Sin embargo, y como fruto de sus investigaciones el profesor Leyman ha establecido un grupo de cuatro fases (Luna, 2003).

a. Fase 1: de conflicto

En una organización integrada por personas que tienen intereses y objetivos distintos, y en algunos casos hasta contrapuestos, no debiera extrañar la existencia de conflictos, por ejemplo, no se debe confundir el acoso psicológico en el trabajo con los problemas que plantea trabajar a las órdenes de un jefe exigente en aspectos de productividad y calidad de los productos o servicios que genera la organización.

La existencia de problemas puntuales o roces entre un jefe y sus subordinados o entre compañeros de trabajo de un mismo nivel jerárquico que pueden solucionarse positivamente a través del diálogo, si no son resueltos pueden dar origen a un problema más profundo, el que tiene posibilidades de estigmatizarse, y es en este caso cuando se ingresa a la fase siguiente.

b. Fase 2: de acoso laboral o de estigmatización.

Es esta fase cuando él o los acosadores inician el proceso de hostigamiento hacia su víctima, utilizando en forma sistemática y por un tiempo prolongado un conjunto de conductas cuyo objetivo es ridiculizar y apartar socialmente a la víctima escogida. En este momento se puede hablar de acoso psicológico propiamente tal. La víctima no puede dar crédito a lo que le acontece y en algunos casos puede negar la evidencia de lo sucedido ante la actitud pasiva y permisiva del resto de sus compañeros de trabajo, los cuales pueden colaborar en el proceso de acoso o desligarse de él.

c. Fase 3: de intervención desde la organización.

En esta etapa, lo que en un principio era un problema conocido por los miembros del grupo al que pertenece la víctima, trasciende hacia niveles superiores. Por lo tanto, el conflicto puede evolucionar en dos caminos:

- **Solución positiva:** las autoridades del departamento de recursos humanos pueden realizar una investigación del problema y tomar las medidas apropiadas ya sea cambiando de puesto al trabajador o al acosador, amonestando verbalmente o por escrito a éste último y manifestando que estas conductas son faltas graves y no serán toleradas a ningún miembro independientemente del nivel que ocupe en la estructura de la organización.
- **Solución negativa:** en este caso los caminos a seguir pueden ser, por una parte, negar la existencia del problema con lo cual la víctima queda en un estado de indefensión, y el acosador tiene vía libre para continuar con su tarea y por otra, reconocer la existencia del conflicto pero minimizar sus consecuencias donde la víctima queda nuevamente en un estado de indefensión ya que siente que el propósito de la organización es restarle

importancia a la existencia del acoso, no considerando la gravedad del problema y no sancionando adecuadamente estas conductas.

d. Fase 4: de marginación o exclusión de la vida laboral.

En el ámbito privado el trabajador decide cambiarse de trabajo y presenta la renuncia a su puesto como solución al conflicto que vive, ya que considera que la organización ha hecho poco o nada por solucionar el problema. En la administración pública los trabajadores suelen solicitar un cambio de puesto de trabajo dentro de la repartición a la pertenecen o en menor medida un traslado a otra ciudad ya que los costos involucrados para él son altos, considerando lo que afecta al entorno familiar.

H. Consecuencias

El mobbing se ha considerado como una “epidemia silenciosa” (Zapf, 1999b; Wilson, 1991), que provoca insatisfacción laboral, malestar psicológico, problemas psicosomáticos y físicos. Brodsky (1976) afirmaba que las consecuencias para los trabajadores, las organizaciones y la sociedad serían devastadoras.

En este trabajo, y siguiendo a Sáez y García-Izquierdo (2001), se clasificaron en: efectos sobre la organización, la persona y la sociedad.

a. Los efectos sobre la organización:

Hoel, Einarsen y Cooper (2003) agrupan en cuatro apartados los efectos principales del mobbing para la organización:

• El absentismo laboral:

Dawn, Cowie y Ananiadou (2003) estimaron que las personas acosadas, en un 25% acabarían por abandonar la organización (jubilación forzada, despido, baja voluntaria o enfermedad). Sin embargo, antes de que se produjera esto, se sucederían períodos de ausencia reiterada del trabajo, lo

que nos lleva a pensar en una estrecha relación entre absentismo y mobbing. Matthiesen, Raknes y Pokkum (1989) mostraron una asociación positiva entre estas dos variables en profesores, y Toohey (1991) señaló que esta relación es especialmente significativa en las bajas por enfermedad de larga duración. Quine (2001) cifró un 8% las bajas por enfermedad con hospitalización debidos al mobbing, mientras que Kivimaki, Eloviano y Vathera (2000) y Vartia (2001) en respectivos estudios realizados en Finlandia, encontraron respectivamente un 26% y 17% de absentismo asociado al mobbing.

No obstante, varias investigaciones, que han explorado esta relación, encuentran una relación bastante débil (Einarsen y Raknes, 1991; Hoel Y Cooper, 2000; UNISON, 1997). Por ejemplo, un trabajo de Einarsen y Raknes (1991) mostro que el mobbing sólo explicaba 1% de la varianza total del absentismo por enfermedad, Hoel y Cooper (2000) señalaron que los empleados que sufrían acoso se ausentaban del trabajo siete días más por año que aquellos que no lo sufrían. Esta relación, relativamente débil, podría explicarse por la presión que, en muchos casos, que ejerce la organización sobre los asalariados para asistir al trabajo, aun estando enfermo, y por la incomprendición que existe de las afecciones de tipo psicológico. En palabras de Hoel et al. (2003):

“El incremento de los problemas de salud asociadas con la percepción del mobbing puede también desmotivar a los trabajadores y reducir su satisfacción. Como la relación causal entre la satisfacción del trabajo y los problemas de salud es bidireccional y dinámica, los crecientes problemas de salud que son el resultado del mobbing pueden afectar a la satisfacción del

trabajo y a la motivación para asistir, siendo el absentismo un posible resultado. Sin embargo, la presión para asistir, real o percibida, puede actuar como un motivador negativo, forzando a las víctimas a ir al trabajo (...) “(p.147-148).

- **La rotación de personal**

La mayor parte de los estudios, debido a su carácter correlacional y al empleo del autoinforme, más que analizar la rotación se ocupan de la intención de abandonar la organización (Hoel y Cooper; 2000; Keashly y Jagatic, 2000; Quine, 1999). Vartia (1993) halló que el 46% de los acosados tenían la intención de abandonar el trabajo, aunque ésta no se correspondía con el abandono efectivo. En un estudio posterior, cuantificó en un 17% las personas que habían dejado realmente el trabajo debido al acoso (Vartia, 2001).

La posible explicación de este hecho estaría en la utilización de la intención de abandonar o de buscar otro empleo como un mecanismo de afrontamiento positivo para reducir el problema, como una estrategia psicológica que permita al individuo buscar un nuevo puesto de trabajo, al menos le alivia la idea de no tener que permanecer “toda la vida” en su organización (Keashly y Jagatic, 2000).

Sin embargo, en la mayoría de los casos, las condiciones del mercado laboral no permitirán a las víctimas dejar su trabajo, por lo que su permanencia en la empresa sirve para que el conflicto se vaya escalando con el tiempo. La dificultad para encontrar otras alternativas alternativas de empleo agrava el riesgo para la salud y los efectos negativos para la organización, porque la

consideración de despido o de la “baja voluntaria” más que en una solución se podría convertir en un “verdadero” problema (Paris, 2002).

- **Los efectos sobre la productividad y el rendimiento:**

Posiblemente debido a la dificultad de medir la productividad, los estudios en los que se analiza su relación con el mobbing son escasos. Elnarsen *et al.* (1994), con una muestra de empleados adscritos a un sindicato noruego, hallaron que el 27% de los encuestados estaba de acuerdo en que el mobbing reducía su eficacia en el trabajo. Hoel y Cooper (2000) incluyeron una pregunta sobre cuál era el rendimiento actual en su puesto, independientemente de si eran víctimas o no de mobbing, y estimaron en un 7% el descenso de la productividad en el primer grupo. En EEUU, Johnson e Indvik (1994) cifraron entre los cinco y seis billones de dólares las pérdidas de productividad por acoso.

En numerosos trabajos las inferencias de estimación de productividad se han realizado de forma indirecta, asociando el mobbing a la insatisfacción laboral, la reducción del compromiso o la baja motivación que, sin duda, repercutirán en el rendimiento en el trabajo (Hoel *et al.*, 2003).

- **Los costes del acoso laboral:**

Inicialmente, Leymann (1990) cifró entre 30.000 y 100.000 dólares por personas y año los costes del mobbing para una organización. Rayner (2000) estima unos gastos empresariales de un millón de libras esterlinas solo en términos de reemplazo del personal, y Sheehan, McCarthy, Barker y Henderson (2001) entre 600.000 y 3,6 millones de dólares anuales para una empresa media de 1.000 trabajadores.

La comunidad Autónoma del País de Vasco, Gutierrez y Mugarra (2003) estimaron los gastos sociales del mobbing en el año 2002. Para esta valoración dividieron los costes en tres apartados; los derivados de las bajas laborales, de las consultas de salud mental y del consumo de fármacos y antidepresivos. Tomando en consideración el porcentaje de afectados por mobbing entre un mínimo del 5% (Paoli y Merllié, 2001) hasta un máximo del 16% (Piñuel, 2001) concluyeron que por bajas laborales el coste iría desde los 77,8 hasta los 248,9 millones de euros, por consultas de salud mental, desde los 128,79 hasta los 412,32 millones de euros; y, por consumo de antidepresivos, desde los 2,8 hasta los 9 millones de euros. Por tanto, el gasto total sería de unos 243,39 millones de euros anuales en la previsión más favorable y de unos 778,85 millones de euros en la menos favorable.

Hoel et al. (2003) recomienda que, para investigaciones futuras sobre costes, se analicen los siguientes elementos: absentismo por enfermedad (costo para la empresa, horas extraordinarias de compañeros, etc.) rotación y gastos de sustitución (los que hacen referencia al reclutamiento, selección y formación), impacto en la productividad y rendimiento, compensaciones y litigios (abogados e indemnizaciones) y deterioro de la imagen social de la empresa.

b. Los efectos individuales del acoso laboral.

- **Los efectos sobre la salud psicológica y física:**

Los efectos directos se refieren al humor negativo (miedo, resentimiento, ansiedad y depresión) y la distracción cognitiva (problemas de concentración). Los efectos indirectos aluden a: a) la reducción del bienestar psicológico (en forma de disminución de la autoestima y la autoeficacia,

abuso del alcohol, baja satisfacción con la vida, tendencias depresivas, o sobre-emocionalidad); b) los problemas de origen psicosomático; y c) las consecuencias sobre la organización.

Según Leymann y Gustaffson (1996), las personas que sufren de acoso laboral de manera intensa, presenta una alta probabilidad de padecer un Trastorno de Estrés Postraumático, los autores señalan que este sería el diagnóstico que mejor describe la sintomatología que presenta la mayoría de víctimas, sin embargo, algunos autores indican que, aunque la mayoría de síntomas que cumple las personas que presentan Mobbing se dé, de acuerdo a los criterios para un TEPT, es necesario tomar en cuenta otros diagnósticos tales como Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno de Ansiedad Generalizada o un Trastorno Adaptativo ya que el Trastorno de Ansiedad Generalizada es una de las posibles alternativas que puede presentar una persona que padezca de acoso laboral.

Vartia (2003), mostró una asociación significativa entre el mobbing y los problemas de salud. Debido al diseño longitudinal del mismo, pudo relacionar el mobbing con la aparición de enfermedades cardiovasculares y con la depresión. La conclusión más importante a la que llegó fue, que los daños para la salud son el resultado del tiempo de exposición al mobbing pero que, a su vez algunos de los daños causados, como la depresión, les hacían más vulnerables a los acontecimientos futuros en el trabajo.

Las personas clasificadas como “víctimas”, comparadas con “no víctimas”, diferían de forma significativa en síntomas físicos, problemas afectivos, cognitivos y sociales.

Vartia (2001), por medio de un análisis de regresión, concluyó que ser víctima de mobbing era un predictor significativo de los síntomas de estrés incluidos en su estudio, aunque explicaba solo el 5% de varianza total. Einarsen et al. (1996) observaron que el acoso explicaba el 13% de la varianza de referente a molestias psicológicas, el 6% a los problemas musculoesqueléticos, y el 8% a los problemas psicosomáticos.

Entre las consecuencias también aparecen relaciones significativas con la toma de medicación, como somníferos y sedantes (Vartia, 2001, 2003; Zapf et al., 1996).

En definitiva, no parece haber duda de que, tanto en los estudios realizados exclusivamente con víctimas como en los realizados con muestras globales, la asociación entre el mobbing y los problemas de salud es significativa.

Por otra parte, algunos autores han relacionado el tipo de actos negativos que se utilizan en el acoso y las consecuencias de los mismos. Así, parece ser que cuando practican conductas negativas dirigidas a la vida privada o al desempeño profesional, el impacto es mayor en la perdida de salud de las victimas (Einarsen y Raknes, 1997; Vartia, 2003; Zapf et al., 1996) mientras que emplear el aislamiento social, ignorar a alguien, no permitir expresar sus ideas y opiniones, o darle a alguien tareas sin sentido, se asocia principalmente con la perdida de autoconfianza (Vartia, 2003).

- **Los efectos del acoso laboral sobre la sociedad:**

Parece obvio, que los diagnósticos por ansiedad generalizada, el síndrome de estrés postraumático, o cualquier otro, llevan consigo un aumento del absentismo, y si finalmente se consigue expulsar a la persona de su puesto, los costes de protección sobre este trabajador recaerán en la sociedad. Si,

además, esta persona quedase excluida definitivamente del mercado de trabajo (por ejemplo, por incapacidad laboral permanente) el coste que asume la sociedad aún mayor. En Suecia, se estimó que el 25% de los trabajadores con edades superiores a los 55 años que habían sido jubilados anticipadamente, entre el 20% y el 40%, habían desarrollado enfermedades debidas a experiencias de mobbing. Por ese motivo, muchos países europeos, como Francia, Alemania, Italia, Suecia, los Países Bajos o Noruega han elaborado un marco legal para tratar la agresión psicológica (Di Martino et al., 2003) y considerar como punibles ciertas prácticas de acoso en su ordenamiento jurídico.

I. Organizaciones vulnerables de acoso laboral

Es necesario mencionar que el acoso laboral no discrimina sexo, edad, tipo de trabajo u organización, es decir, cualquier individuo es proclive de ser víctima de acoso laboral en cualquier situación que se encuentre.

Referente al tipo de organización que labore un individuo, ya sea en una organización pública o privada, los diferentes estudios plantean un estilo similar de acoso laboral, de tipo vertical descendente, el cual parece seguir siendo el más claramente identificado y el que sufren con mayor frecuencia quienes se reconocen como víctimas de acoso laboral, es decir estos colaboradores perciben acoso por parte de sus jefes superiores.

Para ahondar en detalles, mostramos a continuación algunas características de estos tipos de organización, haciendo referencia a (Cebey y Ferrari, 2016).

a. Tipos de organización

- **Organizaciones Privadas:**

- Atribuyen la posibilidad de ejercer maltrato a más actores que el jefe, a diferencia de sus pares del sector público, quienes sí lo circunscriben al mismo.
- Expresan un grado de introspección mayor cuando se trata de evaluar el malestar derivado de estas prácticas de acoso. No obstante, y como se ha visto, la posición de los trabajadores del ámbito privado pareciera ser una de mayor individualismo si se la compara con los trabajadores del ámbito público.
- Asocian la violencia laboral a aquello que los sustrae del pleno ejercicio de sus derechos en el trabajo.

- **Organizaciones públicas:**

- Estos se mostrarían más orientados al componente colectivo del maltrato, poniendo de relieve las normas éticas y morales que la violencia laboral trastoca.
- Perciben el maltrato en relación con las prácticas irrespetuosas de moralidad y las injusticias que tienen lugar al interior de las organizaciones.
- Estos colaboradores vinculan estos actos de acoso principalmente a la vulneración de derechos personales, mientras que los del sector privado las vincula a los derechos laborales.

b. Sectores y profesiones afectadas

- Tomando en cuenta el tipo de organización donde predomina el acoso laboral, Iñaki Piñuel considera que los sectores en los que más casos de acoso laboral se producen, son:
 - La Administración Pública
 - La sanidad y la educación
 - Medios de comunicación
 - “Organizaciones ideológicas”, entre las cuales cita los partidos políticos y las organizaciones no gubernamentales.
- Según Danzi (s.f), en su estudio “Grupos vulnerables de especial protección discriminación y acoso laboral” quien toma en cuenta a los sectores de la economía para detallar la incidencia de consultas de acoso, refiere que haciendo un análisis sobre la forma en cómo se distribuye el 91% del sector terciario, donde incluye a las labores de servicios, de comunicaciones y de transportes.

De acuerdo al rubro de su actividad se observa que en los rubros de Salud y Comercio, se encuentran la mayor parte de las consultas de acoso laboral, llegando esos dos rubros al 36% de las consultas; es decir que la mayor parte de consultas de acoso involucran a los colaboradores que trabajan en sectores de servicio.

- Se muestran las organizaciones donde hay más presencia de acoso:
 - Los profesionales afectados son los funcionarios y el personal laboral contratado de las administraciones públicas (central, regional o local)
 - Administraciones públicas, en concreto la Universidad y el resto del sistema educativo.

- Los profesores investigadores de las universidades públicas y privadas.
- Los trabajadores de la enseñanza primaria, media o universitaria
- Sanidad (médicos y enfermeras en especial)
- Funcionarios en general contratado de las administraciones.
- Cuidadores de guarderías y escuelas infantiles
- Informáticos, auditores y trabajadores de escuelas infantiles.
- Personal de hostelería y turismo
- Personal de bancos e instituciones financieras
- Miembros de organizaciones llamadas ideológicas (instituciones caritativas o religiosas, partidos políticos y sindicatos).
- Trabajadores que laboren en el ámbito de los medios de comunicación.
- Trabajadores del sector gastronómico.
- Oficiales de marina mercante.
- Personal de ventas en tiendas por departamento
- Secretarías
- Asistentes personales y de limpieza.

c. Características típicas de las organizaciones donde se producen acoso laboral

Determinadas formas de organización de trabajo parecen ser “caldo de cultivo” de este fenómeno:

- La mayor incidencia en las organizaciones públicas se debe a la cultura que prima en ellas basada en el poder, control y jerarquía, además a los acosados les resulta más difícil salir de la organización dado el carácter fijo del puesto y, por otra parte, los costos económicos del acoso importan menos pues quien paga son las arcas públicas.

- En general, las organizaciones fuertemente burocratizadas, con mayor grado de rigidez y/o desorganización parecen ser más proclives a la aparición de comportamientos de acoso.
- En las organizaciones donde abundan casos en los que no se puede despedir a un trabajador bien porque es funcionario público, o porque su prestigio y su capacidad de trabajo harían improcedente el despido.
- El carácter cerrado o autosuficiente de algunas organizaciones, el miedo al desempleo, organizaciones donde el poder o el control priman sobre la productividad, la cooperación y la eficacia.
- Organizaciones que concentran a muchos trabajadores, y la manera particular como se expresan las jerarquías y el tipo de organización laboral, formas, horarios, estrés, etc.
- Organizaciones con un ambiente de trabajo hostil. Estos incluyen una conducta discriminatoria y degradante habitual que da lugar al acoso discriminatorio.
- De acuerdo con las observaciones reportadas por Hogg y Vaughan (1995), algunas características del comportamiento organizacional favorecen el surgimiento del mobbing o acoso laboral y deben tomarse en cuenta en los modelos para la evaluación del fenómeno:
 - Sobrecarga de tareas
 - Ausencia de tareas relevantes
 - Burocratización
 - Rigidez organizativa
 - Desorganizaciones internas
 - Estilos de dirección autoritarios

- Fomento de la competitividad interpersonal como valor cultural
- Promoción inadecuada a posiciones de dirección de personas que han alcanzado un nivel de incompetencia o que presentan rasgos psicopatológicos
- Falta de formación en management y liderazgo
- Fomento del clima de inseguridad personal y laboral
- Persecución de la solidaridad, la confianza y el compañerismo como valores sospechosos o antiempresariales.

2. ANSIEDAD

A. Definiciones

La ansiedad es una parte del ser humano, todas las personas sienten un grado moderado de la misma, siendo ésta una respuesta adaptativa. La ansiedad sigue siendo un tema de gran importancia para la Psicología; su incorporación es tardía, siendo tratado sólo desde 1920, abordándose desde distintas perspectivas. Según el Diccionario de la Real Academia Española (vigésima primera edición), el término ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático (Ayuso, 1988; Bulbena, 1986). En general, el término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico; no obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico. Si bien la ansiedad se destaca por su cercanía al miedo,

se diferencia de éste en que, mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (Marks, 1986). Tanto la ansiedad como el miedo tienen manifestaciones parecidas, en ambos casos se aprecian pensamientos de peligro, sensaciones de aprensión, reacciones fisiológicas y respuestas motoras; por eso, algunos autores utilizan indistintamente un término u otro (Campbell, 1986; Thyer, 1987). Además, ambos se consideran mecanismos evolucionados de adaptación que potencian la supervivencia de nuestra especie (Thyer, 1987). En esta línea, Johnson y Melamed (1979) indican que la ansiedad se diferencia del miedo en que la primera consiste en la emisión de una respuesta más difusa, menos focalizada, ocurriendo sin causa aparente y quizás mejor descrita como aprensión para el individuo. La característica más llamativa de la ansiedad es su carácter anticipatorio, es decir, posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo, confiriéndole un valor funcional importante (Sandín y Chorot, 1995); además, tiene una función activadora y facilitadora de la capacidad de respuesta del individuo, concibiéndose como un mecanismo biológico adaptativo de protección y preservación ante posibles daños presentes en el individuo desde su infancia (Miguel-Tobal, 1996). Sin embargo, si la ansiedad supera la normalidad en cuanto a los parámetros de intensidad, frecuencia o duración, o bien se relaciona con estímulos no amenazantes para el organismo, provoca manifestaciones patológicas en el individuo, tanto a nivel emocional como funcional (Vila, 1984).

Por su parte, desde la psicología de la personalidad (Endler y Okada, 1975; Eysenck, 1967, 1975; Gray, 1982; Sandín, 1990) se concibe la ansiedad en términos de rasgo y estado. Desde el punto de vista de rasgo (personalidad neurótica), se

presenta una tendencia individual a responder de forma ansiosa, es decir, se tiende hacia una interpretación situacional-estimular caracterizada por el peligro o la amenaza, respondiendo ante la misma con ansiedad.

En general, esta tendencia va acompañada de una personalidad neurótica de base similar a la timidez, apareciendo durante largos períodos de tiempo en todo tipo de situaciones. Existe una gran variabilidad interindividual en cuanto al rasgo de ansiedad, debido a la influencia tanto de factores biológicos como aprendidos; así pues, algunos sujetos tienden a percibir un gran número de situaciones como amenazantes, reaccionando con ansiedad, mientras que otros no le conceden mayor importancia. Por otra parte, la ansiedad entendida como estado se asimila a una fase emocional transitoria y variable en cuanto a intensidad y duración; ésta es vivenciada por el individuo como patológica en un momento particular, caracterizándose por una activación autonómica y somática y por una percepción consciente de la tensión subjetiva. Cuando las circunstancias son percibidas como amenazantes por el sujeto, la intensidad de la emoción aumenta independientemente del peligro real, mientras que cuando las mismas son valoradas como no amenazantes, la intensidad de la emoción será baja, aunque exista dicho peligro real.

La relación entre ambos puntos de vista es muy estrecha, pues un individuo con alto rasgo de ansiedad reaccionará con mayor frecuencia de forma ansiosa (Miguel-Tobal, 1996). La ansiedad rasgo y estado se solapan en varios aspectos, al igual que le ocurre a la ansiedad crónica y la de tipo agudo; cuando ésta es intensa origina un sentimiento desagradable de terror e irritabilidad, acompañado de fuertes deseos de correr, ocultarse y gritar, presentando sensaciones de debilidad, desfallecimiento y desesperación para el individuo; también, puede haber un sentimiento de irreabilidad

o de “estar separado” del suceso o la situación. Todo esto, indica que la ansiedad se entiende como una respuesta normal y necesaria o como una respuesta desadaptativa (ansiedad patológica); la solución para diferenciar ambas respuestas puede residir en que la ansiedad patológica se manifiesta con mayor frecuencia, intensidad y persistencia que la ansiedad normal, es decir, presenta diferencias cuantitativas respecto a aquella (Spielberger, Pollans y Wordan, 1984).

El sistema categorial dominante en la psicopatología actual promueve diferencias cualitativas tanto entre los sujetos clínicos y los normales como entre las categorías clínicas; la diferenciación entre ambos tipos de ansiedad se concreta en la demanda de tratamiento por el sujeto, siendo ésta de carácter multicausal. Al tomar como base un modelo multidimensional, la diferencia entre la ansiedad patológica y la normal se relaciona con el grado en que se manifiestan las dimensiones relevantes. Ante este razonamiento, se debe tomar conciencia de la problemática de esta distinción (Belloch y Baños, 1986; Ibáñez y Belloch, 1982).

Desde otra perspectiva, se ha considerado la ansiedad patológica como rasgo y como estado a la vez (Spielberger, 1966, 1972), traduciéndose en el trastorno en sí mismo por la presencia de síntomas irrationales y perturbadores para el individuo. Por su parte, Sheehan (1982) diferencia la ansiedad exógena (conflictos externos, personales o psicosociales) de la endógena (autónoma e independiente de los estímulos ambientales); la primera está ligada a la ansiedad generalizada, mientras que la segunda es la responsable de los ataques de pánico y en su extensión, de diversos cuadros fóbicos. Por último, la ansiedad se puede dividir igualmente en primaria, cuando no deriva de otro trastorno psíquico u orgánico subyacente, o secundaria, cuando acompaña a la mayoría de las afecciones primarias psiquiátricas. Asimismo, destaca una ansiedad reactiva que es conocida como las

reacciones neuróticas de la angustia, o una ansiedad nuclear, donde destacan las crisis de angustia y la ansiedad generalizada.

En resumen, la ansiedad alude a un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, por lo que el fenómeno es percibido con total nitidez.

B. Diferencia entre ansiedad normal y patológica

Ansiedad Fisiológica	Ansiedad Patológica
Mecanismo de defensa frente a amenazas de la vida diaria	Puede bloquear una respuesta adecuada a la vida diaria
Reactiva a una circunstancia Ambiental	Desproporcionada al Desencadenante
Función adaptativa	Función desadaptativa
Mejora nuestro rendimiento	Empeora el rendimiento
Es más leve	Es más grave
Menor componente somático	Mayor componente somático
No genera demanda de atención	Genera demanda de atención
Psiquiátrica	Psiquiátrica

Figura 3: Diferencia entre ansiedad normal y patológicamente. Navas y Vargas (2012) Trastornos de Ansiedad: Dirigida para atención primaria. Costa Rica. p. 498.

C. Síntomas

SÍNTOMAS DE ANSIEDAD		
Emocionales/Cognitivos	Conductuales	Somáticos/fisiológicos
Aprehensión, preocupación, Catastrofismo/pánico (p.ej.: miedo a enfermedades, fallecimiento, desmayos, volverse loco, perder el control, humillación.) Despersonalización y desrealización. Disminución de la concentración. Hipervigilancia. Irritabilidad. Ideas obsesivas. Preocupación por la salud/seguridad/control.	Evitación o escape, Compulsiones (p. ej.: comprobar, limpiar desatar, desabrochar, contar/calcular, buscar seguridad.) Fatiga. Inquietud motora. Trastornos del sueño. Alteraciones del sueño. Alteraciones del rendimiento intelectual.	Dolor/presión torácica. Dificultad para deglutir o sensaciones de atragantamiento. Mareos/desmayos. Sequedad bucal. Sensación de desequilibrio. Rubefacción/escalofríos. Micción frecuente. Hiperventilación y disnea. “Piernas flácidas”, Parestesias, Tensión muscular. Nauseas/diarrea. Palpitaciones/ taquicardia. Sudoración. Temblores.

Figura 4: Síntomas de ansiedad. Gasull (s.f) Educación sanitaria e interrogantes en patologías para la oficina de farmacia. Madrid, España. IMC. P. 7.

D. Causas

Las causas de los trastornos de ansiedad constituyen un modelo complejo, donde interactúan múltiples factores: biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje. Dentro de esta etiología multifactorial se menciona la presencia de factores de riesgo y factores protectores que median en la expresión de este trastorno. Desde el punto de vista neurobiológico, la ansiedad tiene su base en

ciertas zonas del tallo cerebral (núcleos del Rafé, locus ceruleus) que están involucradas en el desarrollo y transmisión de la angustia, y el hipocampo y la amígdala perteneciente al sistema límbico. El sistema GABA es el neurotransmisor de acción inhibitoria más importante. A veces funciona como ansiolítico y otras como generador de angustia. También el sistema serotoninérgico es importante, pues en estrecha interacción con la adrenalina y la dopamina juega un papel tranquilizante o lo contrario. Ciertas hormonas tienen un rol destacado en todo lo relativo al estrés (cortisol, ACTH, etc.) y en la ansiedad.

a. Factores biológicos:

Los factores genéticos son importantes en la predisposición de los trastornos de ansiedad. La vulnerabilidad genética se ha encontrado en la mayoría de los trastornos de ansiedad, pero con mayor contundencia en el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo y la fobia social.

b. Factores psicosociales:

Los estresores psicosociales (interpersonal, laboral, socioeconómico, etc.) juegan un papel muy importante en muchos de los trastornos de ansiedad, como factores precipitantes, agravantes o causales de los trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación. Se ha sugerido que el tipo de educación en la infancia predispone a los trastornos de ansiedad en la edad adulta, sin embargo, no se han identificado causas específicas

c. Factores traumáticos:

Enfrentar acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal (accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc.) suele provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad.

d. Factores psicodinámicos:

La ansiedad se considera como la respuesta individual a un peligro que amenazó desde dentro en forma de un impulso instintivo prohibido que está a punto de escapar del control del individuo (Kaplan). La ansiedad como señal de alarma provoca que el “yo” adopte medidas defensivas. Si las defensas tienen éxito la ansiedad desaparece y si no sale libremente o se contienen, según el tipo de defensa empleada, puede presentar síntomas conversivos, disociativos, fóbicos y obsesivo compulsivos.

e. Factores cognitivos y conductuales:

Se considera que patrones cognitivos distorsionados (sistema de pensamientos negativos) preceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales. La ansiedad se presenta por una sobrevaloración amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus potenciales personales. También por estímulos externos y por mecanismos de condicionamiento y generalización, se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás.

E. Clasificación CIE.10 y DSM V

CIE-10	DSM-V	Características
Trastorno de ansiedad Generalizada	Trastorno de ansiedad Generalizada	Ansiedad crónica y preocupaciones de carácter excesivo. Requiere duración de mínimo 6 meses para realizar el diagnóstico
	Fobia simple	Nerviosismo o temor marcado, persistente y excesivo o irracional de forma inapropiada en presencia de un objeto o situación concreta, con ansiedad anticipatoria. Tipo animal, ambiental, sangre-inyecciones-daño, situacional, otros
	Fobia social	Ansiedad exagerada en las situaciones en las que una persona es observada y puede ser criticada por otros. Hay ansiedad anticipatoria. Síntomas frecuentes son el

		enrojecimiento y temblor. En menores de 18 años requiere la persistencia de los síntomas por 6 meses
Trastorno de angustia	Trastorno de angustia con agorafobia	Ascenso rápido de una ansiedad extrema y miedo a un resultado catastrófico. Las crisis son recidivantes e inesperados que causan un estado permanente de preocupación, con ansiedad anticipatoria y comportamientos de evitación (agorafobia)
	Trastorno de angustia sin agorafobia	Crisis de angustia recidivantes e inesperadas que provocan un estado permanente de preocupación
Trastorno anancástico (obsesivo-compulsivo)	Trastorno obsesivo-compulsivo	Obsesiones (provocan ansiedad o malestar significativo, son intrusas, persistentes e inapropiadas), y/o compulsiones (con el propósito de prevenir o aliviar la ansiedad, pero no proporcionar placer o gratificación)
Trastorno mixto ansioso-depresivo		Paciente presenta gran variedad de síntomas de ansiedad y depresión
Reacción de estrés agudo	Trastorno por estrés agudo	Síntomas parecidos al trastorno por estrés post-traumático que se dan inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático. Para el diagnóstico los síntomas deben durar al menos 2 días pero menos de 1 mes
Trastorno por estrés post-traumático	Trastorno por estrés post-traumático	Re-experimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma. Inicia desde unas pocas semanas hasta 6 meses de haber experimentado el trauma
Trastorno de adaptación		Alteraciones emocionales que interfieren con su actividad social y aparece tras un cambio biográfico significativo o un acontecimiento vital estresante.
Trastornos disociativos		

	TA debido a una enfermedad médica	Síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente
	TA inducido por sustancias	Síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico
Trastornos somatomorfos		
Otros trastornos neuróticos	TA no especificado	Aquellos trastornos que presentan ansiedad o evitación fóbica prominentes y no reúnen los criterios diagnósticos específicos o no se dispone de una información adecuada

Figura 5. Clasificación del CIE.10 y DSM V. Navas y Vargas (2012) Trastornos de Ansiedad: Dirigida para atención primaria. Costa Rica. p. 501

F. Epidemiología

Los trastornos de ansiedad son, como grupo, las enfermedades mentales más comunes, con una alta prevalencia de aproximadamente 2-8% en la población general y 10-12% en las consultas de atención primaria. En los últimos años se ha observado un incremento de los casos de trastornos, así como de la comorbilidad que a menudo los acompaña. Los trastornos de ansiedad son 2 veces más prevalentes en mujeres. Los trastornos son frecuentes en la actividad clínica de atención primaria. Se calcula que 1 de 10 pacientes que se atienden diariamente presentan un trastorno ansioso, siendo incluso más comunes que la diabetes mellitus.

3. DEPRESIÓN

A. Definiciones

Tomamos en cuenta a Hollon y Beck (1979) citado por Barradas (2014, p. 11), definen a la depresión como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes.

Desde la perspectiva cognitiva Beck (1967) el paciente con depresión presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro.

A este esquema se lo conoce como la tríada cognitiva. El paciente se ve a sí mismo incapaz e inútil, quizás despreciable o defectuoso. Con relación a su entorno, interpreta en términos de daños y pérdidas la mayor parte de sus experiencias vitales al tiempo que cree que el futuro vendrá acompañado de fracasos y frustraciones.

Dado que la persona con depresión se siente desesperanzada, cree que las situaciones venideras serán incontrolables; responde entonces con pasividad, resignada a no poder modificarlas.

Otro autor creador de una escala que evalúa el grado de depresión fue Zung (1965) citado por Morales de la Cruz (2017, p. 24) quien define a la depresión como la “Condición que provoca un grave desequilibrio emocional; interfiriendo con la vida cotidiana, las relaciones familiares y el trabajo; incrementando el riesgo de enfermedad física y, algunas veces, hasta induciendo al suicidio”.

Por otro lado, la OMS (2019) menciona que “La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”.

B. Causas

A pesar del enorme interés que se ha dedicado al conocimiento de las causas de la depresión, todavía no se conoce con exactitud los mecanismos causantes. Se considera que hay diversos factores implicados que pueden favorecer o precipitar su aparición, los cuales son:

a. Factores biológicos:

- Influencia genética: Según Téllez (2000), algunas formas de depresión son genéticas, lo que indica que alguna vulnerabilidad biológica puede heredarse. Este factor es identificable en depresiones psicóticas, su causa principal obedece a factores genéticos; trastorno mental o enfermedad o crisis nerviosa y como consecuencia de factores endógenos, intervienen desequilibrios químicos.
- Alteraciones cerebrales: Una alteración en el funcionamiento de dos áreas del cerebro (área frontal y área límbica) motivan la aparición de un trastorno depresivo. No existe una lesión anatómica visible.
- Alteraciones en neurotransmisores: Para que el cerebro funcione correctamente debe existir una comunicación correcta entre las diversas neuronas del cerebro. Las neuronas se comunican a través de unas moléculas o sustancias químicas denominadas neurotransmisores como la serotonina, la noradrenalina y la dopamina. En la depresión la conexión neuronal mediante neurotransmisores parece no estar funcionando correctamente; los antidepresivos ayudan a normalizar este problema.

b. Factor psicológico:

La configuración psicológica juega un papel importante en la vulnerabilidad que puede tener una persona para caer en la depresión, el hecho de presentar un

carácter con alguna cualidad extrema (inseguridad, dependencia, hipocondría, perfeccionismo, autoexigencia) predispone a padecer depresiones.

Las personas que tienen una pobre opinión de sí mismas, o que constantemente se juzgan a ellas mismas o al mundo con pesimismo, o bien que se dejan embargar por las presiones, están propensas a la depresión (Sue, 1997).

c. Factor ambientales y sociales

Determinadas situaciones especialmente complicadas y difíciles que ocurren en la vida (problemas personales, familiares, laborales, etc.) pueden favorecer su aparición.

Según Paykel (1992) y Arrivillaga, Cortes, Goigochea y Lozano (2003), se ha demostrado la importancia que tienen los acontecimientos vitales estresantes como la pérdida de una relación importante por separación, divorcio o muerte, en la aparición de una depresión.

La afectividad es muy importante en la persona, cuando sufre alguna alteración puede generar consecuencias negativas que pueden generar depresión.

Según Calderón (1998); afirma que hay dos maneras de manifestarse las salidas y las entradas. Estando las primeras relacionadas con todos los aspectos relacionados con pérdidas o separaciones; mientras que las segundas tienen que ver con el ingreso al espacio vital o interpersonal del individuo, que lo hace sentir invadido. En ambos casos están relacionados con la depresión.

C. Clasificación y criterios diagnósticos

a. Clasificación

Por lo general, se utilizan 2 sistemas clasificatorios: la Clasificación Internacional de las Enfermedades, en su décima edición (CIE-10),

perteneciente a la OMS y la quinta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V).

La CIE-10 clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30- F39). La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, y la primera se subdivide a su vez en:

- F32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1 Episodio depresivo moderado
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- F32.8 Otros episodios depresivos
- F32.9 Episodio depresivo, no especificado

En la quinta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V), se clasifican algunos tipos de trastorno depresivo según los síntomas específicos:

- Trastorno depresivo mayor (episodio único, episodio recurrente)
- Trastorno depresivo persistente (distimia)
- Otro trastorno depresivo especificado o no especificado

Otros son clasificados por la etiología:

- Trastorno disfórico premenstrual.
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica.
- Trastorno depresivo inducido por sustancias/fármacos.

b. Criterios Diagnósticos

Tomando en cuenta la Clasificación Internacional de las Enfermedades, en su décima edición (CIE-10) el trastorno depresivo cumple ciertos criterios para ser diagnosticado.

El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas.

No ha habido síntomas hipomaníacos o maníacos suficientes para cumplir los criterios del episodio hipomaniaco o maníaco en ningún período de la vida del individuo.

Criterio de exclusión con más frecuencia: El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- Disminución de la atención y la concentración.
- Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Ideas de culpa y de ser inútil, incluso en los episodios leves.
- Perspectiva sombría del futuro.
- Pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- Trastornos del sueño.
- Pérdida del apetito.

Según el DSM-V propone los criterios que deben tenerse en cuenta para su diagnóstico:

- Para poder determinar la aparición de un trastorno de depresión mayor, cinco (o más) de los síntomas que plantea el DSM-V han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los siguientes síntomas está presente: estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer.
 - Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.
- Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
 - Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.
 - Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

- El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.
 - Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

D. Síntomas

Tomando en cuenta la clasificación internacional de las enfermedades, en su décima edición (CIE-10) consideran que algunos síntomas depresivos, de aquí denominados “somáticos” tienen un significado clínico especial.

Para poder codificar el síndrome somático deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas:

- a. Pérdida de interés o capacidad para disfrutar importantes, en actividades que normalmente eran placenteras.
- b. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente provocan una respuesta emocional.
- c. Despertarse en la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.
- d. Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- e. Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación (observada o referida por terceras personas)
- f. Pérdida marcada de apetito.
- g. Pérdida de peso (5% o más del peso corporal en el último mes).
- h. Notable disminución la libido.

Tomando en cuenta el DSM- V da a conocer los siguientes síntomas:

- a. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
- b. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
- c. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
- d. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- e. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
- f. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- g. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
- h. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
- i. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

E. Grados de depresión

Cada nivel de depresión tiene criterios específicos; por ejemplo, si se trata de un nivel leve, el paciente debe de tener puntuaciones bajas en las escalas estandarizadas, en la que los síntomas deben de ser de corta duración y con criterios mínimos (Zuckerbrot RA, 2007).

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. France Télécom (2011), si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

Según los autores de The Management of MDD Working Group; para evaluar la complejidad de un cuadro depresivo se debe de tener en cuenta la comorbilidad con trastorno de estrés post traumático, trastorno por consumo de sustancias, psicosis, riesgo suicida, manía, estresores psicosociales significativos o situaciones relacionadas con conflictos bélicos, así como la cronicidad del cuadro, entendida como más de dos años de mantenimiento de síntomas a pesar del tratamiento.

Tanto en la CIE-10 como en el DSM-5, la gravedad de los episodios se basa en el número, tipo e intensidad de los síntomas y en el grado de deterioro funcional.

El CIE-10 contempla criterios específicos de clasificación en lo referente al Episodio Depresivo (F32) leve (F 32.0), moderado (F32.1), grave sin síntomas psicóticos (F32.2), grave con síntomas psicóticos (F32.3):

a. **F32.0 Episodio depresivo leve**

Pautas para el diagnóstico. El ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad, suelen considerarse los síntomas más típicos de la depresión y, como mínimo, 2 de estos 3 deben estar

presentes para plantear un diagnóstico definitivo, además de incluirse, al menos, 2 de los síntomas referidos anteriormente. Así mismo, ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar, al menos, 2 semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo sus actividades laborales y sociales, aunque es probable que no las deje por completo.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

- F32.00 Sin síndrome somático. Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síndromes somáticos o ninguno.
- F32.01 Con síndrome somático. Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes 4 o más de los síndromes somáticos; si solo están presentes 2 o 3, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría.

b. F32.1 Episodio depresivo moderado

Pautas para el diagnóstico. Deben estar presentes, como mínimo, 2 de los 3 síntomas más típicos, descritos para el episodio depresivo leve (F32.0), así como al menos 3 (y preferiblemente 4) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos 2 semanas. Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando sus actividades social, laboral o doméstica. Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático:

- F32.10 Sin síndrome somático. Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes los síndromes somáticos.
- F32.11 Con síndrome somático. Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y también están presentes 4 o más de los síndromes somáticos; si solo están presentes 2 o 3, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría.

c. F32.2 Episodio depresivo grave, sin síntomas psicóticos.

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de la autoestima y los sentimientos de inutilidad o de culpa sean significativos, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes, casi siempre, durante un episodio depresivo grave.

Pautas para el diagnóstico. Para confirmar el diagnóstico deben estar presentes los 3 síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y por lo menos 4 de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave, sin embargo, si se presentan síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle.

Normalmente, el episodio depresivo debe durar al menos 2 semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido, puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de 2 semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con sus actividades laboral, social o doméstica, más allá de un grado muy limitado.

d. F32.2 Episodio depresivo grave, con síntomas psicóticos.

Se trata de un episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.3 y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor.

Según el DSM-IV la gravedad se basa en el número de síntomas del criterio, la gravedad de estos síntomas y el grado de discapacidad funcional.

- Leve: Pocos o ningún síntoma más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos, la intensidad de los síntomas causa malestar, pero es manejable y los síntomas producen poco deterioro en el funcionamiento social o laboral.
- Moderado: El número de síntomas, la intensidad de los síntomas y/o el deterioro funcional están entre los especificados para “leve” y “grave.”
- Grave: El número de síntomas supera notablemente a los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas causa gran malestar y no es manejable, y los síntomas interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral.

F. Depresión en el trabajo

El trabajo es uno de los escenarios donde el ser humano pasa la mayor parte de su vida y, por ende, puede convertirse en un factor que impacta la salud mental del individuo. Según la OMS (2019), la globalización ha contribuido al estrés y diferentes trastornos relacionados con el trabajo, reportando que una de cada cinco personas en el ámbito laboral puede experimentar un trastorno de salud mental. En el contexto colombiano, según Cuartas V. et. al. (2018) en su investigación mencionan que las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) reportan que la ansiedad y la depresión ocupan el tercer lugar de causas de consulta relacionadas al trabajo; además los problemas osteomusculares y accidentes laborales se deben en gran medida a los riesgos psicosociales de los trabajadores.

El ambiente laboral ha mostrado una fuerte asociación con los trastornos depresivos. El alto grado de demandas psicológicas, el sistema de carga y recompensa, el ambiente laboral, la libertad de decisión, el apoyo social percibido, nivel de estrés y tensión laboral, así como la inseguridad estabilidad han mostrado ser factores con mayor asociación con el desarrollo de sintomatología o trastornos depresivos.

La depresión también afecta aspectos de la vida como las relaciones interpersonales, el funcionamiento conductual y el funcionamiento cognitivo, lo que causa discapacidad laboral significativa. Respecto a los colaboradores, Nieuwenhuijsen y col. (2008) citados por MINSAL (2013, p.23); sustentan que la depresión, no sólo trae consecuencias negativas de sufrimiento individual, sino también vincula la parte social y laboral de la persona.

Identifica tres consecuencias notables sobre la capacidad laboral de los colaboradores:

- Presentan durante su trabajo un esfuerzo extra para ser productivos.
- Demuestran limitaciones particulares en su capacidad para trabajar, que involucran la capacidad cognitiva, las relaciones interpersonales, el manejo del tiempo y la culminación de las tareas asignadas.
- Al estar deprimido corren el riesgo de perder su puesto de trabajo.

G. Influencia del acoso laboral

Centrándonos en la víctima de acoso laboral, ésta puede tener consecuencias físicas (trastornos funcionales, dolores diversos), psíquicas (ansiedad, baja autoestima, frustración, deterioro cognitivo y depresión) y sociales o relacionales (agresividad, hostilidad, inadaptación, intolerancia a las críticas, desconfianza, retraimiento).

Haciendo referencia a Harasemiu y Díaz (2013) el efecto psicológico de la violencia laboral es una de sus consecuencias más habituales, siendo éste una causa creciente de depresión en la población laboral mundial, de allí la importancia de establecer una causalidad, un diagnóstico y un tratamiento adecuado a este problema de salud que en general se ha convertido en una causa importante de absentismo laboral ya sea de origen laboral o personal.

Apoyando la idea de que el estrés es un importante factor etiológico de la depresión, se ha demostrado que existe una fuerte asociación entre el Mobbing y el desarrollo de depresión entre trabajadores hospitalarios.

Además, la depresión es predictora de nuevos casos de acoso laboral, posiblemente debido al aumento de la hostilidad en el ambiente laboral. La exposición al estrés laboral crónico parece amplificar los efectos negativos de enfermedades mentales y físicas y se asocia con altas tasas de discapacidad. Es necesario resaltar la ayuda o

intervención de los supervisores, existe evidencia respecto de que el apoyo de los supervisores impacta beneficiosamente la salud de los trabajadores, particularmente respecto de la depresión. Otros estudios han hallado que el apoyo social en el trabajo está directamente relacionado con el control del trabajo, menor depresión y alto nivel de desempeño laboral. Además, se ha relacionado con una menor tasa de ausencias laborales debido a la depresión.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

El presente capítulo contiene el desarrollo de la metodología de la investigación, donde se detalla el tipo y diseño de investigación, la población y muestra, los instrumentos utilizados, el procedimiento de recolección de datos y el análisis estadístico.

1. Tipo y diseño de investigación

Esta investigación es de enfoque cuantitativo, al respecto, Hernández, Fernández y Baptista (2014, pp. 37) señalan que el enfoque cuantitativo utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías.

En esta investigación se cuantificó y se controló numéricamente las variables, se recopiló información y haciendo uso de herramientas estadísticas se procesó y presentó la información en tablas estadísticas que permitieron refutar o comprobar las hipótesis planteadas.

Es de tipo descriptiva y correlacional, es descriptiva, haciendo referencia a lo que mencionan Hernández, *et al.*, (2014, p.92) “La investigación descriptiva busca especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población”, por lo tanto se buscó describir específicamente las variables de acoso laboral, ansiedad y depresión en los colaboradores de la Micro Red de Mariano Melgar; es correlacional, según Hernández, Baptista y Collado (2014, p.93) “La investigación correlacional tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular”, por ello se relacionaron las variables medidas con la utilidad de saber cómo se comportan entre ellas.

Tiene un diseño no experimental de tipo transversal, no experimental porque no se manipularon las variables y transversal porque se llevó a cabo en un periodo de tiempo determinado y en un momento único, haciendo referencia a lo que plantean (Hernández, *et al.*, 2014).

2. Sujetos

A. Población

La población comprende a la Red Arequipa Caylloma, la cual administra 28 Micro Redes, con un total de 2,152 colaboradores; la cual reúne las características básicas para el fin de nuestra investigación.

B. Muestra

La muestra para la siguiente investigación está constituida por el personal de la Micro Red de Mariano Melgar; la cual, incluye el Centro de Salud de Mariano Melgar y el Puesto de Salud de Atalaya; considerando 75 colaboradores entre profesionales asistenciales y administrativos; dentro de los cuales se tomó en cuenta a médicos, enfermeras, odontólogos, psicólogos, nutricionistas, asistentes sociales,

técnicos en laboratorio, técnicos en enfermería, personal administrativo, serums, personal de seguridad y de limpieza.

La técnica de muestreo que se usó para esta investigación fue intencional no probabilístico, ya que la selección se realizará de acuerdo a criterios preestablecidos según los requerimientos de la investigación, de este modo hacemos referencia a Hernández *et al.*, (2013) refiere que, en las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador.

Criterios de Inclusión

- Colaborador que se encuentre en el momento de la aplicación del instrumento.
- Colaborador que sea nombrado, contratado o serumnista.
- Colaboradores varones y mujeres que laboren en todas las áreas administrativas y asistenciales del centro público de salud.

Criterios de Exclusión

- Colaborador que no se encuentre en el momento de la aplicación del instrumento (permiso, licencia o vacaciones, etc.).
- Colaboradores que no tengan un contrato laboral con la organización.
- Colaboradores que ocupen puestos de practicantes del área asistencial o administrativa.
- Colaboradores que no deseen participar de la investigación.

3. Instrumentos

En cuanto a los instrumentos empleados en la presente investigación se utilizó métodos y técnicas propias de la psicología, entre ellos la administración del cuestionario de Hostigamiento Psicológico Laboral (HPL), el Inventario de ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).

- **El cuestionario de Hostigamiento Psicológico Laboral (HPL)**

Autor	: Piñuel y Zabala (2001) en España
Adaptación	: Arévalo y Castillo (2007) en Trujillo-Perú
Administración	: Individual o colectiva
Duración	: 20 minutos aproximadamente
Aplicación	: Personal administrativo, operario y ejecutivo, dentro de una organización, a personas mayores de 20 años y menores de 60.
Significación	: Mide el nivel del mobbing en 3 categorías; alto, medio y bajo.
Tipificación	: El cuestionario permite obtener 2 puntajes, uno global y el otro dimensional, la suma de los puntajes en cada indicador nos dará una clara idea del nivel de Mobbing en tres categorías, alto, medio y bajo; que predomina en los sujetos. Además, la suma de las puntuaciones por indicador determina el indicador predominante en el sujeto evaluado. En lo referente al puntaje total este oscila entre 44 y 120. Para la escala total las puntuaciones de los niveles de Mobbing se distribuyen de la siguiente manera: De 45 – 47, nivel bajo; de 48 – 60, nivel medio; y de 61 – a más, nivel alto de Mobbing.
Justificación Estadística	: Fue empleado el método Alpha de Cronbach para hallar la varianza de las respuestas totales y por cada ítem, asimismo, se utilizó la técnica de muestreo no probabilístico intencional, alcanzando un valor de 0.7225, lo que le da la cualidad de altamente confiable. Respecto a su grado de validez, se empleó el criterio de opinión de expertos, y para hallar la consistencia interna se utilizó el coeficiente producto momento de Pearson, asimismo para precisar la correlación entre el ítem y el total de la prueba se

empleó el correcto de Mc Nemar.

Consta de 44 ítems con direccionalidad positiva, distribuidos bajo el criterio de 5 indicadores de hostigamiento, tales como: limitación de la comunicación, limitación del contacto social, desprecio de la persona ante sus compañeros, desacreditación de la capacidad profesional del trabajador y compromiso negativo de la salud. La calificación va acorde a los valores que establece la escala de Likert, distribuidos de acuerdo a los siguientes criterios: 1 = Nunca me ha ocurrido, 2 = Pocas veces me ha ocurrido, 3 = A veces me ocurre, 4 = Muchas veces me ocurre, 5 = Con mucha frecuencia o siempre me ocurre.

Indicador	Nº de ítems
Limitar la Comunicación	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
Limitar el Contacto Social	11, 12, 13, 14, 15
Desprestigiar a la Persona ante sus Compañeros	16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30
Desacreditar la Capacidad Profesional del Trabajador	31, 32, 33, 34, 35, 36, 37
Comprometer la Salud	38, 39, 40, 41, 42, 43, 44

Figura 6: Ítems de los indicadores del Cuestionario de Hostigamiento Psicológico Laboral (HPL)

✓ **Validez:**

Para la validez se utilizó el criterio de la opinión de expertos, donde se recurrió a personas especialistas en el tema y dieron su opinión favorable respecto a que el instrumento cumplía con las características apropiadas para que pueda medir lo que se pretende determinar, todas las recomendaciones dadas por los especialistas fueron tomadas en cuenta para la aplicación final del instrumento. Además, para hallar la consistencia interna se utilizó el Coeficiente Producto Momento de Pearson, así mismo para precisar la

correlación entre el ítem y el total de la prueba se utilizó el corrector de Mc Nemar.

✓ **Confiabilidad:**

Fue determinada por el método Alpha de Cronbach, que consistió en hallar la varianza de las respuestas totales y de cada ítem. Utilizando la técnica de muestreo no probabilístico intencional y aplicada a 455 sujetos, el Cuestionario HPL, se sometió a la prueba de confiabilidad, tenemos que el total del instrumento, obtuvo un coeficiente de confiabilidad con la corrección del Alpha de Cronbach $\alpha = 0.7225$, este resultado muestra un coeficiente altamente confiable.

También se realizó la prueba por indicadores y los resultados obtenidos fueron altamente confiables, estos se presentan en cuadro:

Indicador	Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach
Limitar la Comunicación	$\alpha = 0.6889$.
Limitar el contacto social	$\alpha = 0.7430$.
Desprestigiar a la Persona ante sus Compañeros.	$\alpha = 0.7510$
Desacreditar la Capacidad Profesional y Laboral	$\alpha = 0.7448$
Comprometer la salud	$\alpha = 0.7454$.

Figura 7: Coeficiente de confiabilidad de los indicadores del Cuestionario de Hostigamiento Laboral (HPL)

- **Inventario de ansiedad de Beck (BAI)**

Autor : Aaron T. Beck y Robert A. Steer

Adaptación : Jesús Sanz, Fréderique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández

Administración : Individual y Colectiva

Duración : 5-10 minutos

Aplicación	: Personas de 13 años en adelante.
Significación	: Nivel de ansiedad. Mide de manera autoinformada el grado de ansiedad. Síntomas relativos a los trastornos de angustia o pánico y ansiedad generalizada. Describe los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad, siendo una prueba muy adecuada para discriminar la ansiedad de la depresión.
Descripción	: Cada uno de los elementos del BAI es una descripción simple de un síntoma de ansiedad en cada uno de sus cuatro aspectos relevantes: Factor 1 Subjetivo, ítems 4,5,8,9,10,14 y 16 (por ejemplo, “no puedo relajarme”), Factor 2 Neurofisiológico, ítems 1, 3, 6, 12, 13, 17, 18 y 19 (por ejemplo, “entumecimiento u hormigueo”), Factor 3 Autónomo, ítems 7, 11 y 15 (por ejemplo, “sensación de calor”) y Factor 4 Pánico, ítems 2, 20 y 21 (por ejemplo, “miedo a perder el control”).
	Cada elemento tiene cuatro posibles opciones de respuesta: Nada en absoluto; Levemente (No me molesta mucho); Moderadamente (Fue muy desagradable, pero podía soportarlo), y Severamente (Apenas podía soportarlo). El clínico asigna valores de 0 a 3 a cada uno de los ítems. Los valores de cada elemento se suman obteniéndose una puntuación total que puede ir de 0 a 63 puntos. Una puntuación total entre 0 y 7 se interpreta como un nivel mínimo de ansiedad, de 8 a 15 como leve, de 16 a 25 como moderado y de 26 a 63 como grave. Prueba tipo Likert, con 21 ítems.

✓ Validez

La versión original de la prueba fue aplicada a 1086 pacientes externos psiquiátricos, obteniendo de éstos una sub muestra de 160 pacientes. Se hallaron

evidencias de confiabilidad por consistencia interna, con un alfa de Cronbach de ,92; mientras que las correlaciones ítem-total oscilaron entre .30 y .71.

Asimismo, se obtuvieron evidencias de validez concurrente con la Hamilton Anxiety Rating Scale-Revised (.51) y con la sub escala de ansiedad de la Cognition Check List (.51), así como evidencias de validez de discriminante con la Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression-Revised (.25), y con el BDI (.48) (Riskind, Beck, Brown y Steer, 1987). Por su parte, mediante un análisis de componentes principales (ACP) con rotación Promax, se encontraron dos factores: aspectos somáticos de la ansiedad y aspectos subjetivos de la ansiedad (Beck et al., 1988, citado por D'acunha, 2019, p.15)

✓ **Confiabilidad**

El BAI fue adaptado al español con dos muestras de pacientes externos con diversos trastornos psicológicos (307 y 85), con dos muestras de adultos de la población general española (249 y 99) y con dos muestras de la población de estudiantes universitarios de Madrid (590 y 137). Para estos, se reportaron evidencias de confiabilidad por consistencia interna, con alfas superiores a 0,90 como de ,90 y ,92, de ,93 y ,85 y de ,88 respectivamente. Respecto a las correlaciones ítem-total para todas las muestras, éstas fueron superiores a .30 (Sanz, 2011, citado por D'acunha, 2019, p.16)

En una investigación realizada en Lima – Perú, hallaron evidencias de confiabilidad por consistencia interna con un alfa de Crombach de 0,93 (D'acunha, 2019)

- **Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).**

Autor : Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.

Adaptación : Jesús Sanz y Carmelo Vázquez, en colaboración con el Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España: Fréderique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández.

Administración : Individual y Colectiva

Duración : 5-10 minutos

Aplicación : Personas de 13 años en adelante.

Significación : Nivel de Depresión. Mide de manera autoinformada el grado de depresión.

Descripción : Está dividida en dos dimensiones: Factor Cognitivo-Afectivo (ítems 1-15, 17) y Factor Somático (ítems 16, 18-21); los 21 ítems son indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1993).

En concreto, se incluyen todos los criterios propuestos en las dos referencias citadas para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor y casi todos los propuestos para el diagnóstico de distimia (en concreto, todos los del DSM-IV y el 75% del CIE-10).

El formato de los ítems es de tipo Likert con cuatro categorías de respuesta ordenadas que se codifican de 0 hasta 3. La puntuación es la suma de las respuestas

a los 21 ítems. Si una persona ha elegido varias opciones en un ítem, se toma la opción con la puntuación más alta. También se puntúan de 0 a 3 los ítems 16 y 18, que tienen 7 categorías. En estos ítems el Manual recomienda registrar la categoría seleccionada, por su valor diagnóstico. El rango de las puntuaciones va desde 0 a 63 puntos. Cuanto más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos. Se establecen cuatro grupos en función de la puntuación total: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

✓ **Validez**

La validez del inventario quedó demostrada por medio de la alta correlación que presenta con las escalas del MACI. Se identificó un puntaje de corte óptimo de 20 puntos para determinar la presencia de síndrome depresivo, sin embargo, se consideró que el puntaje de corte de 19 puntos propuesto por Beck posee una sensibilidad y especificidad prácticamente idéntica. Por último, se encontró una aceptable correlación test-retest ($r=0,66$) y se concluyó que el instrumento efectivamente discrimina adecuadamente entre sujetos con y sin sintomatología (Melipillán et al., 2008).

✓ **Confiabilidad**

Haciendo referencia a (Carranza,2013) quien menciona que el Inventario de Depresión de Beck Adaptado (BDIIA) para la población de Lima- Perú presenta una muy buena confiabilidad puesto que los índices de consistencia interna estimados mediante el alpha de Cronbach ($\alpha = 0.878$), dos mitades o split half ($r = 0.799$, $p < 0.01$), el coeficiente de correlación pares y noes ($r = 0.803$; $p < 0.01$) y el coeficiente test retest que evalúa la estabilidad del instrumento ($r = 0.996$; $p < 0.01$) son altos dado que los valores estimados superan el umbral

del punto de corte igual a 0.70, considerado como indicador de una buena confiabilidad para los instrumentos de medición psicológica, así como supera el valor crítico del punto de corte de 0.75 generalmente aceptado para instrumentos pertenecientes al ámbito de las ciencias de la salud (Streiner y Norman, 1989, citado por Carranza, 2013, p.12).

4. Procedimiento

La actual investigación fue elaborada bajo los siguientes pasos para su realización:

- Primeramente, se solicitó la autorización del Jefe Médico de la Micro Red de Mariano Melgar, para tomar contacto con el personal y poderlos evaluar con las respectivas pruebas.
- Tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionó la muestra de 75 colaboradores entre hombres y mujeres, que laboren en el área administrativa y asistencial, los cuales están conformados; por médicos, enfermeras, obstetras, odontólogos, personal de limpieza y seguridad, etc. de la Micro Red de Mariano Melgar.
- La participación del personal fue voluntaria, ya que toda evaluación se realizó con previo consentimiento informado. El tiempo de administración duró de 15 a 20 minutos por prueba.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

En el presente capítulo analizaremos los resultados orientados a cumplir con los objetivos trazados y que nos permitirán llegar a conocer si existe o no relación entre el acoso laboral y la ansiedad y asimismo conocer si existe o no relación entre el acoso laboral y la depresión en los colaboradores de la Micro Red de Mariano Melgar. Los datos fueron precesados en el paquete estadístico SPSS, y son expuestos a través de tablas estadísticas, con el fin de facilitar el análisis e interpretación.

Tabla 1. Relación entre Acoso laboral y Ansiedad

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,999 ^a	6	,020
Razón de verosimilitud	15,760	6	,015
Asociación lineal por lineal	2,068	1	,150
N de casos válidos	75		

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 1. En la prueba estadística *Chi-cuadrado* de Pearson se encontró una relación significativa entre el Acoso Laboral y la Ansiedad, ya que el p-valor es de $0,020 < 0,05$ menor al nivel de significancia.

Decisión: Las variables Acoso laboral y Ansiedad están relacionadas, de acuerdo a esto se comprueba la H1, en efecto se rechaza la hipótesis de nulidad.

Tabla 2. Relación entre Acoso laboral y Depresión

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,120 ^a	4	,538
Razón de verosimilitud	3,044	4	,550
Asociación lineal por lineal	1,773	1	,183
N de casos válidos	75		

Fuente : Elaboración propia

En la tabla 2. En prueba estadística *Chi-cuadrado* de Pearson no se encontró una relación significativa entre el Acoso Laboral y la Depresión, ya que el p-valor es de $0,538 > 0,05$ mayor al nivel de significancia.

Decisión: Las variables Acoso laboral y Depresión no están relacionadas, de acuerdo a esto se rechaza la H1 y se acepta la hipótesis de nulidad.

Tabla 3. Nivel de Acoso Laboral

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje acumulado
			válido	
Válido	Bajo	17	22,7	22,7
	Medio	38	50,7	73,3
	Alto	20	26,7	100,0
	Total	75	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 3, se presenta el nivel de Acoso Laboral en los colaboradores de la Micro Red de Mariano Melgar, donde se observa que el 51% (38) de los colaboradores sufren de Acoso Laboral en un Nivel Medio, 27% (20) en un Nivel Alto y el 23% (17) en un Nivel Bajo.

Tabla 4. Nivel de Ansiedad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
			válido	acumulado
Válido	Mínimo	46	61,3	61,3
	Leve	22	29,3	29,3
	Moderado	5	6,7	6,7
	Grave	2	2,7	2,7
	Total	75	100,0	100,0

Fuente: *Elaboración propia*

En la Tabla 4. Se presenta el nivel de Ansiedad en los colaboradores de la Micro Red de Mariano Melgar, donde los resultados mencionan que un 61% (46) de los colaboradores tienen Ansiedad en un Nivel Mínimo, un 29% (22) con Nivel Leve, un 7% (5) con Nivel Moderado y un 3% (2) con Nivel Grave.

Tabla 5. Nivel de Depresión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje acumulado
			válido	
Válido	67	89,3	89,3	89,3
Leve	7	9,3	9,3	98,7
Grave	1	1,3	1,3	100,0
Total	75	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 5. Se presenta el Nivel de Depresión en los Colaboradores de la Micro Red de Mariano Melgar, donde los resultados muestran que un 89% (67) de los colaboradores tienen Depresión en un Nivel Mínimo, un 9% (7) en un Nivel Leve, un 1% (1) en un Nivel Grave y no habiendo ningún caso registrado con Nivel Moderado.

Tabla 6. Nivel de frecuencia de las Dimensiones del acoso laboral.

Dimensiones	Niveles	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Niveles Limitar la Comunicación	Bajo	21	28	28
	Medio	31	41,3	69,3
	Alto	23	30,7	100
Niveles Limitar Contacto Social	Bajo	63	84	84
	Medio	9	12	96
	Alto	3	4	100
Niveles Desprestigiar a la Persona ante sus Compañeros	Bajo	28	37,3	37,3
	Medio	27	36	73,3
	Alto	20	26,7	100
Niveles Desacreditar la Capacidad Profesional del Trabajador	Bajo	42	56	56
	Medio	18	24	80
	Alto	15	20	100
Niveles Comprometer la Salud	Bajo	73	97,3	97,3
	Medio	1	1,3	98,7
	Alto	1	1,3	100

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 6. Se presenta las Dimensiones del Acoso Laboral: Limitar la Comunicación donde se observa que el 41% (31) de los colaboradores no pueden comunicarse con sus compañeros de trabajo en un Nivel Medio, el 31% (23) en un Nivel Alto y el 28% (21) en un Nivel Bajo; Limitar el contacto Social, donde se muestra que el 84% (63) de los colaboradores no pueden relacionarse con sus compañeros de trabajo en un Nivel Bajo, el 12% (9) en un Nivel Medio y el 4% (3) en un Nivel Alto; Desprestigiar a la Persona ante sus Compañeros, donde se observa que el 37% (28) de los colaboradores sienten que son desprestigiados frente a sus compañeros en un Nivel Bajo, el 36% (27) en un Nivel Medio y el 27% (20) en un Nivel Alto; Desacreditar la Capacidad Profesional del Trabajador, donde se muestra que el 56% (42) de los colaboradores sienten que desacreditan su capacidad profesional en un Nivel Bajo, el 24% (18) en un Nivel Medio y el 20% (15) en un Nivel Alto; y por último Comprometer la Salud, donde se observa que el 97% (73) de los colaboradores creen que sus compañeros de trabajo y jefes inmediatos atentan contra su salud en un Nivel Bajo, el 1% (1) en un Nivel Medio y el 1% (1) en un Nivel Alto.

Tabla 7. Nivel de Acoso Laboral según Sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
			válido	acumulado
Mujer	Válido Bajo	15	25,4	25,4
	Medio	30	50,8	76,3
	Alto	14	23,7	100,0
	Total	59	100,0	100,0
Varón	Válido Bajo	2	12,5	12,5
	Medio	8	50,0	62,5
	Alto	6	37,5	100,0
	Total	16	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 7. Se presenta el Nivel de Acoso Laboral según sexo en los colaboradores de la Micro Red de Mariano Melgar, donde se observa que el 51% (30) de las mujeres sufren de Acoso Laboral en un Nivel Medio, el 25% (15) en un Nivel Bajo y el 24% (14) en un Nivel Alto, mientras que el 50% (8) de los varones sufren de Acoso Laboral en un Nivel Medio, el 38% (6) en un Nivel Alto, y el 13% (2) en un Nivel Bajo.

Área de Trabajo		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Administrativo	Válido	Bajo	3	21,4	21,4
		Medio	6	42,9	64,3
		Alto	5	35,7	100,0
		Total	14	100,0	100,0
Asistencial	Válido	Bajo	14	23,0	23,0
		Medio	32	52,5	75,4
		Alto	15	24,6	100,0
		Total	61	100,0	100,0

Tabla 8. Niveles Acoso Laboral según Área de Trabajo.

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 8. Se presenta el Nivel de Acoso Laboral según el Área de Trabajo en los colaboradores de la Micro Red de Mariano Melgar, donde los resultados muestran que el 43% (6) de los colaboradores del área administrativo tienen un Nivel Medio de Acoso Laboral, el 36% (5) en un Nivel Alto y el 21% (3) en un Nivel Bajo, mientras que 52% (32) de los colaboradores del área asistencial tienen un Nivel Medio de Acoso Laboral, el 25% (15) en un Nivel Alto, y el 23% (14) en un Nivel Bajo.

Tabla 9. Nivel de Ansiedad según Sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
			válido	acumulado
Mujer	Mínimo	36	61,0	61,0
	Leve	17	28,8	89,8
	Moderado	4	6,8	96,6
	Grave	2	3,4	100,0
	Total	59	100,0	100,0
Varón	Mínimo	10	62,5	62,5
	Leve	5	31,3	93,8
	Moderado	1	6,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 9. Se presenta el Nivel de Ansiedad según el Sexo en los colaboradores de la Micro Red de Mariano Melgar, donde se observa que el 61% (36) de las mujeres tienen un Nivel Mínimo de Ansiedad, el 29% (17) en un Nivel Leve, el 7% (4) en un Nivel Moderado y el 3% (2) en un Nivel Grave, mientras que el 63% (10) de los varones tienen un Nivel Mínimo de Acoso Laboral, el 31% (5) en un Nivel Leve, el 6% (1) en un Nivel Moderado y el 0% (0) en un Nivel Grave.

Tabla 10. Nivel de Ansiedad según Área de Trabajo

Área de Trabajo	Válido	Mínimo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Administrativa	Válido	Mínimo	6	42,9	42,9	42,9
		Leve	5	35,7	35,7	78,6
		Moderado	2	14,3	14,3	92,9
		Grave	1	7,1	7,1	100,0
		Total	14	100,0	100,0	
Asistencial	Válido	Mínimo	40	65,6	65,6	65,6
		Leve	17	27,9	27,9	93,4
		Moderado	3	4,9	4,9	98,4
		Grave	1	1,6	1,6	100,0
		Total	61	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 10. Se presenta el Nivel de Ansiedad según el Área de Trabajo en los colaboradores de la Micro Red de Mariano Melgar, donde los resultados muestran que el 43% (6) de los colaboradores del área administrativo tienen un Nivel Mínimo de Ansiedad, el 36% (5) en un Nivel Leve, el 14% (2) en un Nivel Moderado y el 7% (1) en un Nivel Grave, mientras que 66% (40) de los colaboradores del área asistencial tienen un Nivel Mínimo de Ansiedad, el 28% (17) en un Nivel Leve, el 5% (3) en un Nivel Moderado y el 2% (1) en un Nivel Grave.

Tabla 11. Nivel de Depresión según Sexo

Sexo		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mujer	Válido	53	89,8	89,8	89,8
	Leve	6	10,2	10,2	100,0
	Total	59	100,0	100,0	
Varón	Válido	14	87,5	87,5	87,5
	Leve	1	6,3	6,3	93,8
	Grave	1	6,3	6,3	100,0
Total		16	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 11. Se presenta el Nivel de Depresión según el Sexo en los colaboradores de la Micro Red de Mariano Melgar, donde se observa que el 90% (53) de las mujeres tienen un Nivel Mínimo de Depresión, el 10% (6) en un Nivel Leve, el 0% (0) en un Nivel Moderado y el 0% (0) en un Nivel Grave, mientras que el 88% (14) de los varones tienen en un Nivel Mínimo de Depresión, el 6% (1) en un Nivel Leve, el 6% (1) en un Nivel Moderado y el 0% (0) en un Nivel Grave.

Tabla 12. Nivel de Depresión según Área de Trabajo

Área de Trabajo	Válido	Mínimo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Administrativa	Válido	Mínimo	9	64,3	64,3	64,3
		Leve	4	28,6	28,6	92,9
		Grave	1	7,1	7,1	100,0
		Total	14	100,0	100,0	
Asistencial	Válido	Mínimo	58	95,1	95,1	95,1
		Leve	3	4,9	4,9	100,0
		Total	61	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 12. Se presenta el Nivel de Depresión según el Área de Trabajo en los colaboradores de la Micro Red de Mariano Melgar, donde los resultados muestran que el 64% (9) de los colaboradores del área administrativo tienen un Nivel Mínimo de Depresión, el 29% (4) en un Nivel Leve, el 7% (1) en un Nivel Moderado y no se registra caso alguno con Nivel Grave, mientras que 95% (58) de los colaboradores del área asistencial tienen un Nivel Mínimo de Depresión, el 5% (3) en un Nivel Leve, no se registra caso alguno con Nivel Moderado y Grave.

Tabla 13. Relación de Acoso laboral y Ansiedad según sexo

Sexo		Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson	13,392 ^a	6	,037
	Razón de verosimilitud	13,860	6	,031
	Asociación lineal por lineal	1,760	1	,185
	N de casos válidos	59		
Varón	Chi-cuadrado de Pearson	3,000 ^b	4	,558
	Razón de verosimilitud	3,855	4	,426
	Asociación lineal por lineal	,564	1	,453
	N de casos válidos	16		

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 13. Se observan las relaciones de los niveles de ansiedad con los niveles de acoso laboral respecto al sexo; éstas relaciones para las mujeres si llegan a ser significativas, de acuerdo a la prueba chi cuadrado ya que el p-valor es de (0,037) menor al nivel de significancia del 0.05. A diferencia de los varones cuyo valor es (0,558).

Tabla 14. Relación entre Acoso Laboral y Ansiedad según el área de trabajo

Área de Trabajo		Valor	gl	Significación	
				asintótica	(bilateral)
Administrativa	Chi-cuadrado de Pearson	7,218 ^a	6	,301	
	Razón de verosimilitud	8,067	6	,233	
	Asociación lineal por lineal	,012	1	,914	
	N de casos válidos	14			
Asistencial	Chi-cuadrado de Pearson	12,439 ^b	6	,053	
	Razón de verosimilitud	13,263	6	,039	
	Asociación lineal por lineal	2,389	1	,122	
	N de casos válidos	61			

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 14. Se observan las relaciones de los niveles de ansiedad con los niveles de acoso laboral respecto al área de trabajo, éstas relaciones no llegan a ser significativas de acuerdo a la prueba chi cuadrado ya que el p-valor para los colaboradores del área administrativa es de (0,301) y el p- valor para los colaboradores del área asistencial es de (0,053), ambos valores son mayores al nivel de significancia del 0.05.

Tabla 15. Relación entre Acoso Laboral y Depresión según sexo.

Sexo		Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson	,462 ^a	2	,794
	Razón de verosimilitud	,461	2	,794
	Asociación lineal por lineal	,451	1	,502
	N de casos válidos	59		
Varón	Chi-cuadrado de Pearson	2,714 ^b	4	,607
	Razón de verosimilitud	3,394	4	,494
	Asociación lineal por lineal	,952	1	,329
	N de casos válidos	16		

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 15. Se observan las relaciones de los niveles de depresión con los niveles de acoso laboral respecto al sexo; éstas relaciones no llegan a ser significativas de acuerdo a la prueba chi cuadrado ya que el p-valor para los varones es de (0,794) y el p- valor para las mujeres es de (0,607), ambos valores son mayores al nivel de significancia del 0.05.

Tabla 16. Relación entre Acoso Laboral y Depresión según área de trabajo.

		Significación asintótica	
Área de Trabajo		Valor	Gl (bilateral)
Administrativa	Chi-cuadrado de Pearson	2,022 ^a	4 ,732
	Razón de verosimilitud	2,293	4 .682
	Asociación lineal por lineal	,710	1 .400
	N de casos válidos	14	
Asistencial	Chi-cuadrado de Pearson	,944 ^b	2 ,624
	Razón de verosimilitud	1,613	2 .446
	Asociación lineal por lineal	,656	1 .418
	N de casos válidos	61	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 16. Se observan las relaciones de los niveles de depresión con los niveles de acoso laboral respecto al área de trabajo; éstas relaciones no llegan a ser significativas de acuerdo a la prueba chi cuadrado ya que el p-valor para los colaboradores del área administrativa es de (0,732) y el p- valor para los colaboradores del área asistencial es de (0,624), ambos valores son mayores al nivel de significancia del 0.05.

DISCUSIÓN

En la presente investigación, tras el análisis de los datos se comprueba que sí existe relación significativa entre el acoso laboral y la ansiedad en los colaboradores de la Micro Red de Mariano Melgar; por ende, podemos señalar que los trabajadores víctimas de acoso estarían mostrando en primera instancia síntomas legítimos de ansiedad como nerviosismo, palpitaciones excesivas, pensamientos recurrentes, mareos, etc. frente a la figura de su acosador y frente al ambiente negativo, clima de inseguridad personal y laboral de su organización; estos resultados son similares a los hallazgos de Inca y Salas (2019) en su investigación “Variaciones de los índices de Ansiedad y el Acoso Laboral en trabajadores de Instituciones de Gestión Pública” donde reportan que si existe una relación estadísticamente significativa entre el acoso laboral y las áreas de ansiedad que padecen los trabajadores de estas instituciones.

Por otro lado, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre el nivel de acoso laboral y la depresión en los colaboradores de la Micro Red de Mariano Melgar; es decir, que el acoso laboral percibido no habría perseverado en el tiempo; así mismo, los factores de acoso no son altamente caóticos para que puedan desencadenar un estado depresivo en los colaboradores; estos resultados son opuestos a la investigación de Alcántara (2017), “Mobbing y depresión en trabajadores de una Institución Estatal de la Ciudad de Lima – Metropolitana”, donde se concluyó que existe relación positiva y significativa entre mobbing y depresión en los trabajadores de una institución estatal.

Cabe resaltar que esta investigación tiene gran relevancia investigativa ya que relaciona tres variables (Acoso Laboral, Ansiedad y Depresión) en una misma muestra, habiendo pocas investigaciones que agrupen dichas variables con la misma modalidad, de este modo esta investigación se presenta como un aporte en el estudio del Acoso laboral y las consecuencias psicológicas que genera en las víctimas como la Ansiedad y la Depresión. Para ahondar en su

análisis, las variables fueron evaluadas, descriptas individualmente y se las relacionó con factores sociodemográficos (sexo y área de trabajo) con la intención de hallar diferencias significativas. En cuanto al Nivel de Acoso Laboral, la mayor parte de colaboradores son víctimas de acoso, con un 79%, es decir los colaboradores logran percibir situaciones de acoso de manera latente, identifican a los posibles acosadores y estarían reconociendo diversos factores de riesgo en su organización, ya que al ser un centro de salud público existe una sobrecarga laboral, turnos de 24 horas, trabajar constantemente bajo presión, el estilo de mando autoritario y lidiar con pacientes conflictivos, etc.; por lo cual se estarían sintiendo afectados. Nuestros resultados concuerdan con la mayoría de las investigaciones que afirman que en los centros de salud públicos existen víctimas de acoso laboral ya sea en menor o mayor grado, dichos datos son corroborados con la investigación de Casahuillca (2015) “Mobbing y desempeño laboral en los trabajadores del centro de salud chilca- 2015” donde el 49% de los trabajadores del centro de salud de chilca sufren Mobbing o acoso laboral alto.

Del mismo modo con la investigación de Sairitupac (2016) en su tesis “Algunos conocimientos de enfermería y percepción de mobbing en internas/os de enfermería. Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa 2016”, respecto de la variable percepción de mobbing global, se observa que la mayoría de internas/os de enfermería con el 39.0 % tienen alto nivel de percepción seguido del mediano nivel con el 37.6% y sólo un mínimo porcentaje del 23.4%, percibe bajo nivel.

Con respecto al Nivel de Ansiedad, el 36% de colaboradores muestran síntomas de ansiedad y esto se deba posiblemente a que están inmersos en un ambiente laboral conflictivo, donde existe malas relaciones interpersonales, una comunicación deficiente y poco apoyo en el desarrollo profesional. Estos resultados también se encontró en la investigación de Hernández y Millán (2011) “Consecuencias psicológicas del mobbing: estudio empírico de las consecuencias

psicológicas del mobbing en una muestra de empleados en Puerto Rico”, donde se encontraron correlaciones significativas entre las percepciones de ansiedad.

En relación al Nivel de Depresión, el 89% de colaboradores no muestran síntomas de depresión; posiblemente se deba a que las circunstancias de su ambiente laboral no sean merecedoras para desencadenar un cuadro clínico como la Depresión; estos resultados difieren de los hallazgos de Morales (2017), quien realizó una investigación titulada “Acoso laboral y depresión en docentes de ambos sexos del nivel secundario del distrito de Puente Piedra, 2017” Lima – Perú; los resultados obtenidos muestran que existe una correlación positiva y significativa es decir a mayor Acoso Laboral mayor Depresión.

Respecto a los resultados obtenidos de acoso laboral, ansiedad y depresión hacemos referencia a Hirigoyen (2001) los primeros síntomas notorios que aparecen frente a una leve o moderada presencia de acoso laboral, son muy parecidos al estrés: cansancio, nerviosismo, problemas de sueño, migrañas, problemas digestivos, lumbalgias, pero si el acoso persevera o se incrementa en el tiempo, entonces se puede establecer un estado depresivo; de este modo las situaciones de acoso que se observaron en la muestra de estudio no guardan una plena relación con los resultados obtenidos, ya que el nivel de afectación de acoso laboral no es de gravedad para los colaboradores.

En el análisis del nivel de frecuencia de las dimensiones del acoso laboral, tomando en cuenta el puntaje alto y medio de acoso, las dimensiones que resaltan son: Limitar la comunicación donde se observa que los colaboradores estarían percibiendo que sus compañeros de trabajo y fejes inmediatos les impiden comunicarse con normalidad, padeciendo interrupciones continuas a su discurso, no respuesta a sus preguntas ni atención a sus objeciones y se espera a que terminen para «a continuación, sin replicarle, tomar otra vez el hilo de las argumentaciones propias» según Benesch y Schmandt, (1982 p.60), citado por Molero (2009, p.234).

Asimismo, en la dimensión Desprestigar a la persona frente a sus compañeros, los colaboradores creen que los demás provocan situaciones para hacerles quedar mal frente a sus compañeros por medio de rumores, cuestionamientos y burlas .Estos resultados son contrastados con los de Morales (2017) “Acoso laboral y depresión en docentes de ambos sexos del nivel secundario del distrito de Puente Piedra, 2017 donde analizaron los resultados por cada factor o dimensión del Acoso Laboral, y observaron que el factor con un más alto porcentaje es el factor III (Desprestigar a la persona ante sus compañeros). Por lo que se demuestra que en la organización habría personas que provocan dichas conductas acosadoras, donde la conducta propia del manipulador o acosador es desvalorizar a los demás para crear la ilusión de su superioridad. En lugar de elevar sus propios niveles de autoestima, intenta rebajar los de los demás hasta lograr dejarlos por debajo de los suyos (Piñuel, 2003, p.180), citado por Molero (2009, p.254).

Al analizar los puntajes obtenidos de acoso laboral con respecto al sexo, no se hallaron diferencias significativas ($0,119 > 0,05$); estos resultados respecto al sexo, dan a conocer que no existe una regla general en que el acoso laboral afecte más a mujeres que a los hombres, o viceversa. Algunos autores, también determinan que no existen diferencias en cuanto a la variable del sexo, (Einarsen y Skogstad,1996 y Rayner, 1997, p.278) han mostrado que los hombres y las mujeres son víctimas en igual medida; por lo tanto, el sexo no es una variable que influya en la probabilidad de sufrir acoso laboral

Asimismo, considerando el área de trabajo, no se hallaron diferencias significativas ($0,327 > 0,05$), es decir, tanto los colaboradores del Área administrativo como los del Área Asistencial son víctimas de acoso laboral en igual medida.

Así también se puede observar que ambas áreas (asistencial y administrativa) son vulnerables a padecer acoso por lo que se hace referencia a Rubio (2008) quien da a conocer que el área administrativa posee una estructura cerrada, normas reglamentadas, y una cultura que se

fundamenta en el poder y en el control, lo que fomentaría la aparición del acoso laboral; y por otro lado, el área asistencial es un sector que está altamente expuesto al acoso laboral, debido a factores de riesgo como las condiciones de trabajo en las que se desenvuelven los trabajadores, y ello es debido a que deben tratar con temas tan delicados como la enfermedad, el sufrimiento y la muerte de las personas (Hirigoyen, 2001).

En conclusión no existe diferencias significativa en la percepción del acoso laboral por sexo y área de trabajo, estos mismos resultados fueron encontrados en la investigación de Hernández y Millán (2011) “Consecuencias psicológicas del mobbing: estudio empírico de las consecuencias psicológicas del mobbing en una muestra de empleados en Puerto Rico”, donde nos menciona que no existen diferencias significativas en la percepción de estrategias de acoso por sexo, tipo de puesto, tipo de empleo, edad, estado civil, tipo de organización, tiempo trabajando, ingreso y escolaridad.

En relación al Nivel de Ansiedad según el Sexo, se puede apreciar que tanto las mujeres como los varones perciben niveles leves de ansiedad de manera similar, no habiendo diferencias significativas ($0,746 > 0,05$), pero podemos apreciar que solo las mujeres perciben ansiedad moderada y grave en mayor índice que los varones, estos resultados son similares a los de García, Maldonado y Ramírez (2014) en su investigación “Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México” donde las diferencias según el sexo no son estadísticamente significativas respecto al grado de ansiedad, también se detectó que únicamente en las mujeres aparecen niveles severos extremos de ansiedad y de estrés, sin embargo tanto hombres como mujeres, posee estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) dentro de un rango normal.

Del mismo modo, al analizar los puntajes del Nivel de Ansiedad según el Área de Trabajo, se puede apreciar que los trabajadores de las dos áreas tienen síntomas similares de Ansiedad no

habiendo diferencias significativas ($0,127 > 0,05$) pero se aprecia que los colaboradores del área administrativa padecen mayores niveles de ansiedad.

En relación al nivel de Depresión considerando el Sexo, los resultados muestran que tanto las mujeres como los varones no muestran síntomas de Depresión, no habiendo diferencias entre estos ($0,555 > 0,05$). Estos resultados son similares a los de Morales (2017) “Acoso laboral y depresión en docentes de ambos sexos del nivel secundario del distrito de Puente Piedra, 2017” donde plantea que no existen diferencias significativas a nivel de depresión, según sexo. Los mismos resultados se obtuvieron según el Área de Trabajo ($0,148 > 0,05$). Por lo tanto, no se encontró diferencias significativas en la percepción de la depresión por sexo y área de trabajo. En cuanto a la relación del acoso laboral con la ansiedad según sexo, se encontró una relación significativa para el caso de las mujeres ($0,020 < 0,05$), es decir, las mujeres que sufren de acoso laboral muestran síntomas ansiosos; esto se deba posiblemente a sus propias características psicológicas, por su mayor emotividad, sensibilidad, sus factores genéticos, la condición social y roles las hace parte de una población vulnerable ante situaciones adversas. Con respecto a la relación entre acoso laboral y ansiedad según el área de trabajo; los resultados no muestran una relación significativa ($0,053 > 0,05$), aunque se puede evidenciar una notoria relación entre el acoso y ansiedad con respecto al área asistencial; estos hallazgos se reflejaban en las enfermeras y en el personal de obstetricia, quienes mostraban conductas de acoso, ya sea como víctimas o agresores.

Finalmente, con respecto a la relación entre acoso laboral y depresión según el sexo y área de trabajo, no se hallaron relaciones significativas.

CONCLUSIONES

- PRIMERA:** Existe relación significativa directa entre el acoso laboral y la ansiedad en los colaboradores de la Micro Red de Mariano Melgar, lo cual muestra que, ante situaciones de acoso laboral, los trabajadores desarrollarán cuadros clínicos de ansiedad.
- SEGUNDA:** No existe relación significativa entre el acoso laboral y la depresión en los colaboradores de la Micro Red de Mariano Melgar, ello indica que los trabajadores expuestos a situaciones de acoso laboral no desarrollaran cuadros clínicos de depresión.
- TERCERA:** Respecto a los niveles de acoso laboral, la mayor parte de los colaboradores de la Micro Red de Mariano Melgar sufren de acoso laboral.
- CUARTA:** En relación a los niveles de ansiedad, algunos colaboradores muestran síntomas de ansiedad.
- QUINTA:** Con respecto a los niveles de depresión, los colaboradores de la Micro Red de Mariano Melgar no muestran síntomas de depresión.
- SEXTA:** Respecto al nivel de frecuencia de las dimensiones de acoso laboral, Limitar la comunicación y Desprestigiar a la persona ante sus compañeros, resaltan de las demás con puntuaciones altas de acoso, lo cual indica que los colaboradores se sienten más afectados cuando les impiden comunicarse libremente; asimismo, cuando los desprestigian frente a los demás.
- SÉPTIMA:** Con respecto a la relación del acoso laboral según sexo y área de trabajo, no se encontraron diferencias significativas.
- OCTAVA:** En cuanto a la relación de la ansiedad según sexo y área de trabajo, no se encontraron diferencias significativas.

NOVENA: En cuanto a la relación de la depresión según sexo y área de trabajo, no se encontraron diferencias significativas.

DÉCIMA: Al analizar la relación entre acoso laboral y ansiedad según sexo y área de trabajo; se hallaron relaciones significativas respecto a las mujeres, es decir las mujeres víctimas de acoso laboral muestran síntomas de ansiedad significativamente; sin embargo, no se hallaron relaciones significativas respecto al área de trabajo de los colaboradores.

DÉCIMO PRIMERA: Al analizar la relación entre acoso laboral y depresión según sexo y área de trabajo, no se hallaron relaciones significativas.

RECOMENDACIONES

1. Implementar un programa de intervención orientado a las víctimas de acoso laboral, con el propósito de superar episodios depresivos y ansiosos.
2. Diseñar y aplicar programas de prevención y concientización dirigidos a las instituciones públicas y privadas, orientado a disminuir los niveles de ansiedad, depresión y acoso laboral.
3. Comprometer a jefes inmediatos a fomentar el trabajo en equipo, comunicación eficaz y estilos de liderazgo, con la finalidad de mejorar las relaciones laborales y evitar el aislamiento de los colaboradores, a través de grupos focales donde puedan exponer posibles manifestaciones de acoso laboral, ansiedad y depresión.
4. Tomar en cuenta la personalidad de un acosador, cuando se realicen los procesos de selección de los colaboradores, ascensos o elección de cargos directivos.
5. Realizar investigaciones que permitan determinar los factores por los cuales los profesionales de enfermería y obstetricia son considerados como la población más afectada por el acoso laboral dentro de la organización.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed) Washington, DC EE. UU.
- Barradas M. (2014) *Depresión en estudiantes universitarios*.2d. ed. Estados Unidos, Editorial Palibrio
- Barrado V. Prieto J. (2016) El acoso laboral como factor determinante en la productividad empresarial: El caso español. *Perspectivas* (38): 25-44. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4259/425948032003>
- Beck, A. (1998) “*Terapia cognitiva de la depresión*” España. Edit. Biblioteca de Quebec de Brower,
- Borras Ll. (2002) El “mobbing” o acoso moral en el trabajo. *Dialnet*, 2(2): 113-120
- Bosqued, M. (2015). *Mobbing: Cómo prevenir y superar el acoso psicológico* (Ed. rev.). Barcelona, España: Paidós.
- Campero A. (2016) Mobbing en el personal de salud: estudio piloto en un hospital de Cusco, Perú 2015. *Acta Médica Peruana* 33(2)
- Carranza, R. (2013) Propiedades psicométricas del Inventory de Depresión de Beck, *Journal of Psychology* 15(2)
- Casahuillca R. (2015) “Mobbing y desempeño laboral en los trabajadores del Centro de Salud Chilca- 2015”. Huancayo. Universidad Nacional del Centro del Perú. Facultad de Trabajo Social. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Trabajo Social.
- Cordova M. (2015)"Comparación de niveles de estrés entre los niveles administrativos y niveles operativos de una empresa de productos alimenticios en la ciudad de Guatemala." Universidad Rafael Landívar. Facultad de Humanidades Licenciatura en Psicología Industrial. Tesis para obtener el título profesional de licenciado en Psicología Organizacional.

Cuartas V. et. al. (2018) Trastornos del Estado de Ánimo en Trabajadores de la Salud de un Hospital de Tercer Nivel de Complejidad, Medellín, Colombia, 2011-2016. *Revista Archivos de Medicina* 14(3):3. Recuperado de:

https://pdfs.semanticscholar.org/08ef/77b50bd7153a55bad99a4fbc6cfc6de3bc60.pdf?_ga=2.10942001.409479120.1571016563-1311810266.1570658871

D'acunha D. (2019) "Sintomatología depresiva y ansiosa y regulación emocional en adultos que realizan ejercicio físico". Lima. Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Psicología. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica.

Fernandez, M., & Nava, Y. (2010). El mobbing o acoso moral en el trabajo y su tratamiento en Venezuela. *Revista de Derecho*, (33), 65–69. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/dere/n33/n33a04.pdf>

Flores H. (2017) "Mobbing en personal de enfermería y médico de la red de salud Túpac Amaru, Lima-2017". Lima. Universidad Cesar Vallejo. Escuela de posgrado. Tesis para optar el grado académico de maestro en gestión de los servicios de la salud.

Flores, M., Valderrabano, M., & Hernández, R. (2007b). Mobbing: historia, causas, efectos y propuesta de un modelo para las organizaciones mexicanas. *Innova*, 17(19). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/818/81802905.pdf>.

García B.; Maldonado S. y Ramírez M. (2014) Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México. *Summa Psicológica UST* 11(1). Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719448x2014000100006.

George, J. (2015). El mobbing como patología emergente de la relación salud-trabajo en el ámbito sanitario. *Revista Uruguaya De Enfermería*, 3(1).

Giachero, S. (2017). *Bullying & mobbing: Haciendo visible lo invisible*. Uruguay, Uruguay: Penguin Random House Grupo.

Gilmonte P. et.al. (2006) Prevalencia del mobbing en trabajadores de centros de asistencia a personas con discapacidad. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 22(3): 275-291. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2313/231317121003>

Gonzales K. (2002). Acción sindical y preventiva contra los Riesgos Psicosociales. El Mobbing. *Lan Harremanak*, 2(7): 183-194

Hernandez R., Fernandez C. y Baptista P. (2014) *Metodología de la investigación*, 6, México, Ed. McGraw-Hill.

Hirigoyen, M. (2004). Conferencia: El Acoso Moral en el Trabajo. Recuperado de:
<http://www.terapiabreveyeficaz.com.ar/Documentos/14acosotrabajo.pdf>

Inca M. y Salas C. (2019)." Variaciones de los Índices de Ansiedad y el Acoso Laboral en Trabajadores de Instituciones de Gestión Pública". Lima. Universidad Ricardo Palma. Facultad de Psicología. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología.

Izquierdo, M. &Séez, M. (S.A.). El acoso psicológico en el trabajo (mobbing) y su relación con factores de riesgo psicosocial en una empresa hortofrutícola, (Tesis doctoral). Universidad de Murcia, España.

López, C., & Seco, E. (2016). Tipología de Mobbing - una mirada desde la responsabilidad de la empresa. *Interface*, (43), 365.

Marín, J. (2015). *Acoso Laboral o Mobbing*. Ed. Boletin del trabajo. Recuperado de:
<http://www.boletindeltrabajo.cl/common/asp/pagAtachadorVisualizadorYAsociados.asp?argCrypteData=GP1TkTXdhRJAS2Wp3v88hKETvQ7e8suAneu2MghbRZE%3>

D&argModo=inline&argOrigen=BD&argFlagYaGrabados=&CambiarAtachado=No
 Cambiar&argArchivoId=216471

Martínez M. et. al. (2012) El acoso psicológico en el trabajo o mobbing: Patología emergente.

Gaceta internacional de ciencias forenses, 3.

Mesenguer, M. et al (2007). Los factores psicosociales de riesgo en el trabajo como predictores del mobbing. *Psicothema*, 19(2), 2025.

Ministerio de Salud MINSAL (2013) *Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más*. Santiago de Chile. 24 p.

Molero Hermosilla A. (2009) “Acoso moral y comunicación interna en la empresa (El caso del bossing bossing, o acoso a cargo del jefe o de sus representantes o directivos”. Madrid. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Ciencias de la Información Departamento de Periodismo II. Tesis que para obtener el Doctorado en Ciencias de la Información.

Morales de la Cruz, R. (2017) “Acoso laboral y depresión en docentes de ambos sexos del nivel secundario del distrito de Puente Piedra, 2017” Lima. Universidad Cesar Vallejo. Facultad de Humanidades Escuela Académico Profesional de Psicología. Tesis para obtener el título profesional de licenciado en Psicología.

Montoya J. (2017) “Maltrato a los médicos que laboran en puestos y centros de salud de Arequipa – 2017”. Arequipa. Universidad Católica de Santa María. Facultad de Medicina Humana. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano.

Muñoz A. (2018). Influencia de cultura organizacional en la percepción del Mobbing de los trabajadores administrativos de la Municipalidad Distrital de Mariano Melgar - 2018. Recuperado de: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/8499>

Oliveira, V. y Pereira, T. (2012). Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros - Impacto do trabalho por turnos. (Portuguese). *Revista Científica Da Unidade De*

Investigaã>o Em Ciéncias Da Sa&u00fade: Dom&inicialnio De Enfermagem, (7), 43-54 Recuperado

de: <http://www.index-f.com/referencia/2012pdf/37-043.pdf>

OMS (1992), CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades.

Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico, Madrid. Ed. Méditor.

Rivas, L. (2003). *Mobbing: Terrorismo psicológico en el trabajo* (2^a ed.). Madrid, España: Entrelíneas Editores.

Rojas, J., & Cervera, A. (2005). *Mobbing o Acoso Laboral* (Ed. rev.). Madrid, España: Tébar.

Rosario E. (2011) Consecuencias psicológicas del Mobbing: estudio empírico de las consecuencias psicológicas del Mobbing en una muestra de empleados en Puerto Rico. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*. 30(2):183-199

Sairitupac L. (2016) “Algunos conocimientos de Enfermería y percepción de Mobbing en internas/os de Enfermería. Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa 2016”. Arequipa. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Facultad de Enfermería. Tesis para obtener el Título Profesional de Enfermera.

Trujillo M. et. al. (2007) Mobbing: historia, causas, efectos y propuesta de un modelo para las organizaciones mexicanas. INNOVAR. *Revista de Ciencias Administrativas y Sociales*. 17(9): 71- 91

Vázquez F. (2000) Depresión: Diagnóstico, Modelos Teóricos y tratamiento a finales del siglo xx. *Psicología Conductual* 8(3): 417-449 Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/15c9/8b3997ff545ea661f98b9e20ed4a79f9c555.pdf>

ANEXOS

ACOSO LABORAL

CUESTIONARIO HPL

Instrucciones: A continuación, se le presentan una serie de ítems los cuales deberá leer detenidamente y seleccionar UNA de las cinco puntuaciones marcándola con una X, teniendo en cuenta el nivel en que se presentan dichas situaciones en su ambiente laboral.

1. Nunca me ha ocurrido
2. Pocas veces me ha ocurrido.
3. A veces me ocurre.
4. Muchas veces me ocurre.
5. Con mucha frecuencia o siempre me ocurre.

Nº	ITEMS	PUNTUACIÓN				
		1	2	3	4	5
1	Mi jefe inmediato no me permite sólo a mi comunicarme.					
2	Se me interrumpe continuamente cuando me comunico.					
3	Mis compañeros de trabajo me impiden expresarme.					
4	Mis compañeros de trabajo me gritan o insultan en voz alta.					
5	Con frecuencia se me ataca verbalmente criticando mi trabajo.					
6	Se producen críticas hacia mi vida privada.					
7	Se me atemoriza con llamadas telefónicas.					
8	Se me amenaza verbalmente.					
9	Se me amenaza por escrito.					
10	Mi jefe y compañeros ignoran mi presencia y no tienen contacto físico y/o visual conmigo.					
11	La mayoría de veces no me hablan mis compañeros y superiores					
12	No se me permite dirigirme a los demás.					
13	Se me asigna a un puesto de trabajo que me aísla de mis compañeros.					
14	Se prohíbe a mis compañeros hablar conmigo.					
15	Se niega constantemente mi presencia física.					
16	Se me suele calumniar por algo que no hice.					
17	Abundan rumores sobre mi persona, de manera negativa.					
18	Me quieren hacer quedar en ridículo.					
19	Se me atribuye una enfermedad mental.					
20	Han intentado forzarme a un examen o diagnóstico psiquiátrico.					

21	Se me inventan supuestas enfermedades.				
22	Imitan mis gestos, mi postura, mi voz con el único fin de ridiculizarme.				
23	Atacan mis creencias políticas o religiosas.				
24	Hacen burla de mi vida privada.				
25	Se hace burla de mis orígenes o de mi nacionalidad.				
26	Se me obliga a realizar trabajos humillantes.				
27	Están muy pendientes de mi trabajo con el fin de encontrarme errores.				
28	Se cuestionan o ridiculizan mis decisiones.				
29	Se me insulta en términos obscenos y degradantes.				
30	Se me acosa sexualmente con gestos o proposiciones.				
31	No se me asigna trabajo alguno.				
32	Me limitan o impiden contar con los materiales o instrumentos que requiero para mi trabajo.				
33	Me asignan tareas totalmente inútiles o absurdas.				
34	Me asignan tareas muy inferiores a mi capacidad o competencias profesionales				
35	Me cambian tareas repentinamente				
36	Se me hace ejecutar tareas que desconozco				
37	Me asignan tareas que sobrepasan a mis competencias profesionales				
38	Se me obliga a realizar trabajos peligrosos nocivos para mi salud.				
39	Mi superior o compañeros de trabajo me amenazan físicamente.				
40	Se me agrede físicamente, pero sin gravedad, a título de advertencia.				
41	Se me agrede físicamente, pero sin contenerse.				
42	Se me ocasionan deliberadamente gastos con intención 42 de perjudicarme.				
43	Se ocasionan desperfectos en mi puesto de trabajo o en mi domicilio.				
44	Se me agredió o agrede sexualmente.				

ANSIEDAD

IAB

A continuación, se presenta una lista de síntomas comunes de ansiedad. Lea cuidadosamente cada ítem de la lista. Indique marcando con un aspa (x) cuánto le ha molestado cada uno de estos síntomas durante **estos últimos 30 días incluyendo el día de hoy.**

		En Absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1.	Entumecimiento muscular u hormigueo.....	0	1	2	3
2.	Acalorado.....	0	1	2	3
3.	Con temblor en las piernas.....	0	1	2	3
4.	Incapaz de relajarme.....	0	1	2	3
5.	Con temor de que pase lo peor.....	0	1	2	3
6.	Mareado.....	0	1	2	3
7.	Con latidos del corazón fuertes y acelerados.....	0	1	2	3
8.	Inestable.....	0	1	2	3
9.	Atemorizado o asustado.....	0	1	2	3
10.	Nervioso.....	0	1	2	3
11.	Con sensación de asfixia.....	0	1	2	3
12.	Con temblores en las manos.....	0	1	2	3
13.	Inquieto o inseguro.....	0	1	2	3
14.	Con miedo a perder control.....	0	1	2	3
15.	Con sensación de ahogo.....	0	1	2	3
16.	Con temor a morir.....	0	1	2	3
17.	Con miedo.....	0	1	2	3
18.	Con problemas digestivos.....	0	1	2	3
19.	Con desvanecimientos o debilidad.....	0	1	2	3
20.	Con rubor facial.....	0	1	2	3
21.	Con sudores fríos o calientes (no debido a la temperatura del ambiente).....	0	1	2	3

DEPRESION

BDI-II

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. *Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de la elección.*

1. 0 No me siento triste
 1 Me siento triste
 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo

2. 0 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro
 1 Me siento desanimado respecto al futuro
 2 Siento que no tengo que esperar nada
 3 Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no van a mejorar

3. 0 No me siento fracasado
 1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
 2 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso
 3 Me siento una persona totalmente fracasada

4. 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes
 1 No disfruto de las cosas tanto como antes
 2 Ya no obtengo una satisfacción auténtica con las cosas
 3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo

5. 0 No me siento especialmente culpable
 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones
 2 Me siento culpable en la mayoría de las situaciones
 3 Me siento culpable constantemente

6. 0 Creo que no estoy siendo castigado
 1 Siento que puedo ser castigado
 2 Siento que estoy siendo castigado
 3 Quiero que me castiguen

7. 0 No me siento descontento conmigo mismo
 1 Estoy descontento conmigo mismo
 2 Me avergüenzo de mí mismo
 3 Me odio

8. 0 No me considero peor que cualquier otro
 1 Me autocritico por mis debilidades o por mis errores
 2 Continuamente me culpo de mis faltas
 3 Me culpo por todo lo malo que me sucede

9. 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio
 1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría
 2 Desearía suicidarme
 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad

10. 0 No lloro más de lo que solía
 1 Ahora lloro más que antes
 2 Lloro continuamente
 3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera

11. 0 No estoy más irritado de lo normal en mí
 1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes
 2 Me siento irritado continuamente
 3 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solía irritarme
12. 0 No he perdido el interés por los demás
 1 Estoy menos interesado en los demás que antes
 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás
 3 He perdido todo el interés por los demás
13. 0 Tomo decisiones más o menos como siempre lo he hecho
 1 Evito tomar decisiones más que antes
 2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
 3 Ya me es imposible tomar decisiones
14. 0 No creo tener peor aspecto que antes
 1 Estoy preocupado porque parezco mayor o poco atractivo
 2 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
 3 Creo que tengo un aspecto horrible
15. 0 Trabajo igual que antes
 1 Me cuesta un esfuerzo trabajar igual que antes
 2 Tengo que obligarme para hacer todo
 3 No puedo hacer nada en absoluto
16. 0 Duermo tan bien como siempre
 1 No duermo tan bien como antes
 2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir
 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir
17. 0 No me siento más cansado de lo normal
 1 Me canso más fácilmente que antes
 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa
 3 Estoy demasiado cansado para hacer nada
18. 0 Mi apetito no ha disminuido
 1 No tengo tan buen apetito como antes
 2 Ahora tengo mucho menos apetito
 3 He perdido completamente el apetito
19. 0 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada
 1 He perdido más de 2 kilos y medio
 2 He perdido más de 4 kilos
 3 He perdido más de 7 kilos

Estoy a dieta para adelgazar:
 SÍ NO

20. 0 No estoy preocupado por mi salud más que lo normal
 1 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento
 2 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más
 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa
21. 0 No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
 1 Estoy menos interesado por el sexo que antes
 2 Ahora estoy mucho menos interesado por el sexo
 3 He perdido totalmente mi interés por el sexo

BASE DE DATOS

*Desarrollo_AcosoAnsiedadDepresión.sav [ConjuntoDatos4] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Visible: 19 de 19 variables

	Sujeto	Sexo	Area	PD_Limitar_C ommunicacion	Niveles_Limitar_C ar_Comunica cion	PD_Limitar_C ontacto_Soci al	Niveles_Limitar_C ar_Contacto_ Social	PD_Desprest giar	Niveles_Desp restigar	PD_Desacred itar	Niveles_Desa creditar	PD_Compro meter_Salud	Niveles_Com prometer_Sal ud	PD_Acoso_G eneral	Niveles_Acos o_General	PD_A
1	1,00	,00	1,00	21,00	2,00	5,00	,00	27,00	2,00	13,00	2,00	7,00	,00	73,00	2,00	
2	2,00	,00	1,00	17,00	2,00	6,00	,00	29,00	2,00	12,00	2,00	7,00	,00	71,00	2,00	
3	3,00	1,00	1,00	21,00	2,00	8,00	1,00	28,00	2,00	12,00	2,00	7,00	,00	76,00	2,00	
4	4,00	1,00	1,00	16,00	1,00	5,00	,00	18,00	1,00	8,00	,00	7,00	,00	54,00	1,00	
5	5,00	1,00	1,00	17,00	2,00	5,00	,00	17,00	1,00	7,00	,00	7,00	,00	53,00	1,00	
6	6,00	,00	1,00	13,00	1,00	5,00	,00	15,00	,00	7,00	,00	7,00	,00	47,00	,00	
7	7,00	1,00	1,00	19,00	2,00	7,00	1,00	18,00	1,00	9,00	1,00	7,00	,00	60,00	1,00	
8	8,00	,00	1,00	11,00	,00	5,00	,00	15,00	,00	7,00	,00	7,00	,00	45,00	,00	
9	9,00	,00	1,00	20,00	2,00	11,00	2,00	26,00	2,00	16,00	2,00	13,00	2,00	86,00	2,00	
10	10,00	,00	,00	22,00	2,00	7,00	1,00	31,00	2,00	19,00	2,00	7,00	,00	86,00	2,00	
11	11,00	,00	1,00	10,00	,00	5,00	,00	15,00	,00	7,00	,00	7,00	,00	44,00	,00	
12	12,00	,00	1,00	14,00	1,00	5,00	,00	15,00	,00	8,00	,00	7,00	,00	49,00	1,00	
13	13,00	,00	,00	19,00	2,00	7,00	1,00	26,00	2,00	8,00	,00	7,00	,00	67,00	2,00	
14	14,00	,00	1,00	15,00	1,00	5,00	,00	20,00	1,00	13,00	2,00	8,00	,00	61,00	2,00	
15	15,00	,00	1,00	12,00	1,00	6,00	,00	20,00	1,00	15,00	2,00	7,00	,00	60,00	1,00	
16	16,00	,00	1,00	11,00	,00	5,00	,00	19,00	1,00	7,00	,00	7,00	,00	49,00	1,00	
17	17,00	1,00	1,00	22,00	2,00	10,00	2,00	31,00	2,00	8,00	,00	7,00	,00	78,00	2,00	
18	18,00	1,00	,00	10,00	,00	6,00	,00	18,00	1,00	7,00	,00	8,00	,00	49,00	1,00	
19	19,00	,00	1,00	16,00	1,00	5,00	,00	17,00	1,00	8,00	,00	7,00	,00	53,00	1,00	
20	20,00	,00	1,00	10,00	,00	6,00	,00	15,00	,00	10,00	1,00	7,00	,00	48,00	1,00	
21	21,00	,00	,00	10,00	,00	5,00	,00	17,00	1,00	7,00	,00	7,00	,00	46,00	,00	
22	22,00	,00	1,00	14,00	1,00	5,00	,00	17,00	1,00	7,00	,00	7,00	,00	50,00	1,00	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:OFF

*Desarrollo_Acoso_Ansiedad_Depresión.sav [ConjuntoDatos4] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 19 de 19 variables

	PD_Limitar_Contacto_Social	Niveles_Limitar_Contacto_Social	PD_Desprestigar	Niveles_Despistar	PD_Desacreditar	Niveles_Desacreditar	PD_Comprometer_Salud	Niveles_Comprometer_Salud	PD_Acoso_General	Niveles_Acoso_General	PD_Ansiedad	Niveles_Ansiedad	PD_Depresión	Niveles_Depresión	var	va
1	5,00	,00	27,00	2,00	13,00	2,00	7,00	,00	73,00	2,00	12,00	1,00	12,00	,00		
2	6,00	,00	29,00	2,00	12,00	2,00	7,00	,00	71,00	2,00	1,00	,00	3,00	,00		
3	8,00	1,00	28,00	2,00	12,00	2,00	7,00	,00	76,00	2,00	12,00	1,00	10,00	,00		
4	5,00	,00	18,00	1,00	8,00	,00	7,00	,00	54,00	1,00	13,00	1,00	9,00	,00		
5	5,00	,00	17,00	1,00	7,00	,00	7,00	,00	53,00	1,00	5,00	,00	8,00	,00		
6	5,00	,00	15,00	,00	7,00	,00	7,00	,00	47,00	,00	2,00	,00	1,00	,00		
7	7,00	1,00	18,00	1,00	9,00	1,00	7,00	,00	60,00	1,00	3,00	,00	3,00	,00		
8	5,00	,00	15,00	,00	7,00	,00	7,00	,00	45,00	,00	4,00	,00	3,00	,00		
9	11,00	2,00	26,00	2,00	16,00	2,00	13,00	2,00	86,00	2,00	1,00	,00	6,00	,00		
10	7,00	1,00	31,00	2,00	19,00	2,00	7,00	,00	86,00	2,00	14,00	1,00	14,00	1,00		
11	5,00	,00	15,00	,00	7,00	,00	7,00	,00	44,00	,00	2,00	,00	2,00	,00		
12	5,00	,00	15,00	,00	8,00	,00	7,00	,00	49,00	1,00	12,00	1,00	17,00	1,00		
13	7,00	1,00	26,00	2,00	8,00	,00	7,00	,00	67,00	2,00	3,00	,00	,00	,00		
14	5,00	,00	20,00	1,00	13,00	2,00	8,00	,00	61,00	2,00	8,00	1,00	,00	,00		
15	6,00	,00	20,00	1,00	15,00	2,00	7,00	,00	60,00	1,00	8,00	1,00	8,00	,00		
16	5,00	,00	19,00	1,00	7,00	,00	7,00	,00	49,00	1,00	31,00	3,00	7,00	,00		
17	10,00	2,00	31,00	2,00	8,00	,00	7,00	,00	78,00	2,00	1,00	,00	1,00	,00		
18	6,00	,00	18,00	1,00	7,00	,00	8,00	,00	49,00	1,00	,00	,00	2,00	,00		
19	5,00	,00	17,00	1,00	8,00	,00	7,00	,00	53,00	1,00	4,00	,00	6,00	,00		
20	6,00	,00	15,00	,00	10,00	1,00	7,00	,00	48,00	1,00	3,00	,00	5,00	,00		
21	5,00	,00	17,00	1,00	7,00	,00	7,00	,00	46,00	,00	2,00	,00	,00	,00		
22	5,00	,00	17,00	1,00	7,00	,00	7,00	,00	50,00	1,00	,00	,00	,00	,00		

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo

Unicode:OFF

*Desarrollo_Acoso_Ansiedad_Depresión.sav [ConjuntoDatos4] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 19 de 19 variables

	Sujeto	Sexo	Area	PD_Limitar_Comunicación	Niveles_Limitar_Comunicación	PD_Limitar_Contacto_Social	Niveles_Limitar_Contacto_Social	PD_Desprestigar	Niveles_Desprestigar	PD_Desacreditar	Niveles_Desacreditar	PD_Comprobar_Salud	Niveles_Comprobar_Salud	PD_Acoso_General	Niveles_Acoso_General	PD_A
21	21,00	,00	,00	10,00	,00	5,00	,00	17,00	1,00	7,00	,00	7,00	,00	46,00	,00	
22	22,00	,00	1,00	14,00	1,00	5,00	,00	17,00	1,00	7,00	,00	7,00	,00	50,00	1,00	
23	23,00	,00	1,00	18,00	2,00	6,00	,00	22,00	2,00	10,00	1,00	7,00	,00	63,00	2,00	
24	24,00	,00	,00	14,00	1,00	5,00	,00	17,00	1,00	9,00	1,00	7,00	,00	52,00	1,00	
25	25,00	,00	1,00	13,00	1,00	5,00	,00	16,00	,00	7,00	,00	7,00	,00	48,00	1,00	
26	26,00	,00	1,00	14,00	1,00	5,00	,00	20,00	1,00	8,00	,00	7,00	,00	54,00	1,00	
27	27,00	,00	,00	24,00	2,00	5,00	,00	19,00	1,00	9,00	1,00	7,00	,00	64,00	2,00	
28	28,00	,00	1,00	17,00	2,00	5,00	,00	16,00	,00	8,00	,00	8,00	,00	54,00	1,00	
29	29,00	,00	,00	11,00	,00	5,00	,00	15,00	,00	7,00	,00	7,00	,00	45,00	,00	
30	30,00	,00	1,00	21,00	2,00	6,00	,00	17,00	1,00	8,00	,00	7,00	,00	59,00	1,00	
31	31,00	,00	1,00	10,00	,00	5,00	,00	15,00	,00	7,00	,00	7,00	,00	44,00	,00	
32	32,00	,00	,00	13,00	1,00	5,00	,00	15,00	,00	7,00	,00	7,00	,00	47,00	,00	
33	33,00	,00	1,00	10,00	,00	5,00	,00	15,00	,00	7,00	,00	7,00	,00	44,00	,00	
34	34,00	1,00	1,00	16,00	1,00	6,00	,00	19,00	1,00	10,00	1,00	7,00	,00	58,00	1,00	
35	35,00	,00	1,00	10,00	,00	5,00	,00	15,00	,00	7,00	,00	7,00	,00	44,00	,00	
36	36,00	1,00	,00	29,00	2,00	11,00	2,00	31,00	2,00	7,00	,00	10,00	1,00	88,00	2,00	
37	37,00	,00	,00	23,00	2,00	8,00	1,00	26,00	2,00	14,00	2,00	7,00	,00	78,00	2,00	
38	38,00	,00	1,00	15,00	1,00	6,00	,00	15,00	,00	7,00	,00	7,00	,00	50,00	1,00	
39	39,00	,00	1,00	11,00	,00	5,00	,00	15,00	,00	7,00	,00	7,00	,00	45,00	,00	
40	40,00	,00	1,00	14,00	1,00	5,00	,00	19,00	1,00	9,00	1,00	7,00	,00	54,00	1,00	
41	41,00	,00	1,00	13,00	1,00	6,00	,00	18,00	1,00	14,00	2,00	7,00	,00	58,00	1,00	
42	42,00	,00	1,00	16,00	1,00	6,00	,00	28,00	2,00	8,00	,00	8,00	,00	66,00	2,00	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo

Unicode:OFF

*Desarrollo_Acoso_Ansiedad_Depresión.sav [ConjuntoDatos4] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 19 de 19 variables

	PD_Limitar_Contacto_Social	Niveles_Limitar_Contacto_Social	PD_Desprestigar	Niveles_Despistar	PD_Desacreditar	Niveles_Desarutar	PD_Comprometer_Salud	Niveles_Comprometer_Salud	PD_Acoso_General	Niveles_Acoso_General	PD_Aniedad	Niveles_Ansiedad	PD_Depresión	Niveles_Depresión	var	va
21	5,00	,00	17,00	1,00	7,00	,00	7,00	,00	46,00	,00	2,00	,00	,00	,00	,00	
22	5,00	,00	17,00	1,00	7,00	,00	7,00	,00	50,00	1,00	,00	,00	,00	,00	,00	
23	6,00	,00	22,00	2,00	10,00	1,00	7,00	,00	63,00	2,00	3,00	,00	,00	4,00	,00	
24	5,00	,00	17,00	1,00	9,00	1,00	7,00	,00	52,00	1,00	3,00	,00	,00	2,00	,00	
25	5,00	,00	16,00	,00	7,00	,00	7,00	,00	48,00	1,00	,00	,00	,00	,00	,00	
26	5,00	,00	20,00	1,00	8,00	,00	7,00	,00	54,00	1,00	5,00	,00	,00	7,00	,00	
27	5,00	,00	19,00	1,00	9,00	1,00	7,00	,00	64,00	2,00	10,00	1,00	,00	9,00	,00	
28	5,00	,00	16,00	,00	8,00	,00	8,00	,00	54,00	1,00	6,00	,00	,00	14,00	1,00	
29	5,00	,00	15,00	,00	7,00	,00	7,00	,00	45,00	,00	7,00	,00	,00	12,00	,00	
30	6,00	,00	17,00	1,00	8,00	,00	7,00	,00	59,00	1,00	13,00	1,00	,00	3,00	,00	
31	5,00	,00	15,00	,00	7,00	,00	7,00	,00	44,00	,00	1,00	,00	,00	1,00	,00	
32	5,00	,00	15,00	,00	7,00	,00	7,00	,00	47,00	,00	26,00	3,00	,00	15,00	1,00	
33	5,00	,00	15,00	,00	7,00	,00	7,00	,00	44,00	,00	,00	,00	,00	2,00	,00	
34	6,00	,00	19,00	1,00	10,00	1,00	7,00	,00	58,00	1,00	7,00	,00	,00	7,00	,00	
35	5,00	,00	15,00	,00	7,00	,00	7,00	,00	44,00	,00	19,00	2,00	,00	11,00	,00	
36	11,00	2,00	31,00	2,00	7,00	,00	10,00	1,00	88,00	2,00	9,00	1,00	,00	33,00	3,00	
37	8,00	1,00	26,00	2,00	14,00	2,00	7,00	,00	78,00	2,00	21,00	2,00	,00	1,00	,00	
38	6,00	,00	15,00	,00	7,00	,00	7,00	,00	50,00	1,00	6,00	,00	,00	7,00	,00	
39	5,00	,00	15,00	,00	7,00	,00	7,00	,00	45,00	,00	12,00	1,00	,00	8,00	,00	
40	5,00	,00	19,00	1,00	9,00	1,00	7,00	,00	54,00	1,00	1,00	,00	,00	,00	,00	
41	6,00	,00	18,00	1,00	14,00	2,00	7,00	,00	58,00	1,00	17,00	2,00	,00	11,00	,00	
42	6,00	,00	28,00	2,00	8,00	,00	8,00	,00	66,00	2,00	8,00	1,00	,00	9,00	,00	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo

Unicode:OFF

*Desarrollo_Acoso_Ansiedad_Depresión.sav [ConjuntoDatos4] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

1 : Niveles_Acoso_Gen... 2,00 Visible: 19 de 19 variables

	Sujeto	Sexo	Area	PD_Limitar_C omunicacion	Niveles_Limit ar_Comunica cion	PD_Limitar_C ontacto_Soci al	Niveles_Limit ar_Contacto_ Social	PD_Desprest igiar	Niveles_Desp restigar	PD_Desacred itar	Niveles_Des acreditar	PD_Compro meter_Salud	Niveles_Comprometer_Salud	PD_Acoso_G eneral	Niveles_Acos o_General	PD_F
41	41,00	,00	1,00	13,00	1,00	6,00	,00	18,00	1,00	14,00	2,00	7,00	,00	58,00	1,00	
42	42,00	,00	1,00	16,00	1,00	6,00	,00	28,00	2,00	8,00	,00	8,00	,00	66,00	2,00	
43	43,00	,00	1,00	11,00	,00	5,00	,00	15,00	,00	13,00	2,00	8,00	,00	52,00	1,00	
44	44,00	,00	1,00	11,00	,00	6,00	,00	21,00	1,00	9,00	1,00	8,00	,00	55,00	1,00	
45	45,00	,00	1,00	13,00	1,00	5,00	,00	15,00	,00	10,00	1,00	7,00	,00	50,00	1,00	
46	46,00	1,00	1,00	23,00	2,00	8,00	1,00	32,00	2,00	11,00	1,00	8,00	,00	82,00	2,00	
47	47,00	1,00	1,00	11,00	,00	5,00	,00	15,00	,00	7,00	,00	7,00	,00	45,00	,00	
48	48,00	1,00	1,00	12,00	1,00	5,00	,00	22,00	2,00	7,00	,00	7,00	,00	53,00	1,00	
49	49,00	,00	1,00	12,00	1,00	5,00	,00	17,00	1,00	7,00	,00	7,00	,00	48,00	1,00	
50	50,00	,00	1,00	12,00	1,00	5,00	,00	15,00	,00	8,00	,00	7,00	,00	47,00	,00	
51	51,00	,00	,00	19,00	2,00	5,00	,00	16,00	,00	8,00	,00	7,00	,00	55,00	1,00	
52	52,00	,00	1,00	20,00	2,00	6,00	,00	22,00	2,00	9,00	1,00	8,00	,00	65,00	2,00	
53	53,00	,00	1,00	18,00	2,00	6,00	,00	25,00	2,00	15,00	2,00	8,00	,00	72,00	2,00	
54	54,00	,00	1,00	13,00	1,00	5,00	,00	15,00	,00	9,00	1,00	7,00	,00	49,00	1,00	
55	55,00	,00	1,00	14,00	1,00	5,00	,00	18,00	1,00	9,00	1,00	8,00	,00	54,00	1,00	
56	56,00	,00	1,00	11,00	,00	5,00	,00	15,00	,00	7,00	,00	7,00	,00	45,00	,00	
57	57,00	,00	1,00	12,00	1,00	5,00	,00	19,00	1,00	7,00	,00	7,00	,00	50,00	1,00	
58	58,00	,00	1,00	10,00	,00	5,00	,00	15,00	,00	7,00	,00	7,00	,00	44,00	,00	
59	59,00	,00	,00	17,00	2,00	6,00	,00	17,00	1,00	9,00	1,00	7,00	,00	56,00	1,00	
60	60,00	,00	1,00	17,00	2,00	5,00	,00	15,00	,00	8,00	,00	7,00	,00	52,00	1,00	
61	61,00	,00	1,00	15,00	1,00	5,00	,00	25,00	2,00	13,00	2,00	7,00	,00	65,00	2,00	
62	62,00	,00	1,00	11,00	,00	5,00	,00	15,00	,00	7,00	,00	7,00	,00	45,00	,00	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:OFF

*Desarrollo_Acoso_Ansiedad_Depresión.sav [ConjuntoDatos4] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

1:Niveles_Acoso_Gen... 2,00 Visible: 19 de 19 variables

	PD_Desprestigar	Niveles_Desprestigar	PD_Desacreditar	Niveles_Desaracreditar	PD_Comprrometer_Salud	Niveles_Comprometer_Salud	PD_Acoso_General	Niveles_Acoso_General	PD_Ansiedad	Niveles_Ansiedad	PD_Depresión	Niveles_Depresión	var	var	var	var
41	18,00	1,00	14,00	2,00	7,00	,00	58,00	1,00	17,00	2,00	11,00	,00				
42	28,00	2,00	8,00	,00	8,00	,00	66,00	2,00	8,00	1,00	9,00	,00				
43	15,00	,00	13,00	2,00	8,00	,00	52,00	1,00	16,00	2,00	9,00	,00				
44	21,00	1,00	9,00	1,00	8,00	,00	55,00	1,00	9,00	1,00	4,00	,00				
45	15,00	,00	10,00	1,00	7,00	,00	50,00	1,00	7,00	,00	5,00	,00				
46	32,00	2,00	11,00	1,00	8,00	,00	82,00	2,00	2,00	,00	3,00	,00				
47	15,00	,00	7,00	,00	7,00	,00	45,00	,00	,00	,00	3,00	,00				
48	22,00	2,00	7,00	,00	7,00	,00	53,00	1,00	5,00	,00	11,00	,00				
49	17,00	1,00	7,00	,00	7,00	,00	48,00	1,00	2,00	,00	,00	,00				
50	15,00	,00	8,00	,00	7,00	,00	47,00	,00	2,00	,00	6,00	,00				
51	16,00	,00	8,00	,00	7,00	,00	55,00	1,00	,00	,00	19,00	1,00				
52	22,00	2,00	9,00	1,00	8,00	,00	65,00	2,00	11,00	1,00	18,00	1,00				
53	25,00	2,00	15,00	2,00	8,00	,00	72,00	2,00	9,00	1,00	6,00	,00				
54	15,00	,00	9,00	1,00	7,00	,00	49,00	1,00	1,00	,00	3,00	,00				
55	18,00	1,00	9,00	1,00	8,00	,00	54,00	1,00	14,00	1,00	6,00	,00				
56	15,00	,00	7,00	,00	7,00	,00	45,00	,00	,00	,00	,00	,00				
57	19,00	1,00	7,00	,00	7,00	,00	50,00	1,00	11,00	1,00	8,00	,00				
58	15,00	,00	7,00	,00	7,00	,00	44,00	,00	2,00	,00	3,00	,00				
59	17,00	1,00	9,00	1,00	7,00	,00	56,00	1,00	12,00	1,00	9,00	,00				
60	15,00	,00	8,00	,00	7,00	,00	52,00	1,00	2,00	,00	2,00	,00				
61	25,00	2,00	13,00	2,00	7,00	,00	65,00	2,00	9,00	1,00	,00	,00				
62	15,00	,00	7,00	,00	7,00	,00	45,00	,00	1,00	,00	,00	,00				

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:OFF

*Desarrollo_Acoso_Ansiedad_Depresión.sav [ConjuntoDatos4] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 19 de 19 variables

	Sujeto	Sexo	Area	PD_Limitar_C omunicacion	Niveles_Limitar_C ar_Comunica cion	PD_Limitar_C ontacto_Soci al	Niveles_Limitar_C ontacto_Social	PD_Desprest igiar	Niveles_Des restigar	PD_Desacrec itar	Niveles_Des creditar	PD_Compro meter_Salud	Niveles_Comprometer_Salud	PD_Acoso_G eneral	Niveles_Acoso_G eneral	PD_A /
57	57,00	,00	1,00	12,00	1,00	5,00	,00	19,00	1,00	7,00	,00	7,00	,00	50,00	1,00	
58	58,00	,00	1,00	10,00	,00	5,00	,00	15,00	,00	7,00	,00	7,00	,00	44,00	,00	
59	59,00	,00	,00	17,00	2,00	6,00	,00	17,00	1,00	9,00	1,00	7,00	,00	56,00	1,00	
60	60,00	,00	1,00	17,00	2,00	5,00	,00	15,00	,00	8,00	,00	7,00	,00	52,00	1,00	
61	61,00	,00	1,00	15,00	1,00	5,00	,00	25,00	2,00	13,00	2,00	7,00	,00	65,00	2,00	
62	62,00	,00	1,00	11,00	,00	5,00	,00	15,00	,00	7,00	,00	7,00	,00	45,00	,00	
63	63,00	,00	1,00	13,00	1,00	5,00	,00	17,00	1,00	7,00	,00	7,00	,00	49,00	1,00	
64	64,00	1,00	,00	10,00	,00	5,00	,00	19,00	1,00	8,00	,00	8,00	,00	50,00	1,00	
65	65,00	,00	1,00	13,00	1,00	6,00	,00	15,00	,00	7,00	,00	7,00	,00	48,00	1,00	
66	66,00	1,00	,00	10,00	,00	7,00	1,00	18,00	1,00	12,00	2,00	7,00	,00	54,00	1,00	
67	67,00	1,00	1,00	10,00	,00	5,00	,00	15,00	,00	7,00	,00	7,00	,00	44,00	,00	
68	68,00	,00	1,00	11,00	,00	5,00	,00	15,00	,00	10,00	1,00	7,00	,00	48,00	1,00	
69	69,00	,00	1,00	13,00	1,00	5,00	,00	15,00	,00	7,00	,00	7,00	,00	47,00	,00	
70	70,00	,00	1,00	12,00	1,00	5,00	,00	23,00	2,00	9,00	1,00	7,00	,00	56,00	1,00	
71	71,00	,00	1,00	13,00	1,00	5,00	,00	17,00	1,00	13,00	2,00	7,00	,00	55,00	1,00	
72	72,00	,00	1,00	31,00	2,00	7,00	1,00	28,00	2,00	14,00	2,00	7,00	,00	87,00	2,00	
73	73,00	,00	1,00	20,00	2,00	6,00	,00	17,00	1,00	8,00	,00	7,00	,00	58,00	1,00	
74	74,00	1,00	1,00	14,00	1,00	6,00	,00	24,00	2,00	10,00	1,00	7,00	,00	61,00	2,00	
75	75,00	1,00	1,00	16,00	1,00	7,00	1,00	23,00	2,00	9,00	1,00	7,00	,00	62,00	2,00	
76																
77																
78																

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:OFF

CORRELACIONES Y RELACIONES DE ACOSO LABORAL VERSUS ANSIEDAD Y DEPRESIÓN A NIVEL GENERAL Y POR SEXO Y ÁREA DE TRABAJO

Cuadro Resumen de Correlaciones y Relaciones de Acoso Laboral versus Ansiedad y Depresión a nivel general y por Sexo y Área de Trabajo

Variables	Acoso Laboral				
	SEXO		Área de Trabajo		
	A nivel general	Mujer	Varón	Administrativa	Asistencial
Ansiedad	0,02 / 0,007 (0,309)	0,037 / 0,010 (0,333)	0,558 / 0,557 (0,159)	0,301 / 0,444 (0,223)	0,053 / 0,014 (0,314)
Depresión	0,538 / 0,052 (0,225)	0,794 / 0,122 (0,203)	0,607 / 0,430 (0,212)	0,732 / 0,531 (0,183)	0,624 / 0,059 (0,243)

*Nota: Los indicadores presentados son: Chi2 / Sig. bilateral Sperman (Coeficiente Rho)

En cuadro se observa que existe relación y correlación entre las variables acoso laboral y ansiedad a un nivel general ya que el p-valor para las pruebas estadísticas chi2 (0.02) y Sperman (0.007) tienen p-valores menores al nivel de significancia del 5% (0.05), así mismo, el coeficiente Rho es de 0.309 lo que indica que ésta correlación es moderada y positiva (si una variable aumenta la otra también se incrementará).

CASO 1

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

- 1. Nombres y Apellidos** : Jose. A. S. C
- 2. Edad** : 14 años
- 3. Fecha de Nacimiento** : 07/08/2004
- 4. Lugar de Nacimiento** : Arequipa
- 5. Grado de Instrucción** : 3º de secundaria
- 6. Procedencia** : Arequipa
- 7. Ocupación** : Estudiante
- 8. Religión** : Católica
- 9. Referente** : -
- 10. Informantes** : Rosa C. (tía paterna)
- 11. Lugar de Evaluación** : CIDH- Psicotherapy
- 12. Fechas de Evaluación** : A partir del 07/08/2018
- 13. Examinador (a)** : Candy Katherine Quispe Asto

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude a consulta acompañado de su tía quien refiere “tiene problemas en su rendimiento escolar, en el colegio anda dejado, relajado y colérico, le cuesta hacer sus actividades diarias y prefiere aislararse en su dormitorio”.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O DEL PROBLEMA ACTUAL

La informante refiere que el paciente se caracterizaba por ser un niño muy activo, travieso, alegre, juguetón, además el menor hizo terapia psicológica con diversos especialistas, ya que a los 8 años fue diagnosticado presuntamente con TDAH y estuvo en tratamiento con un especialista, por cuestiones económicas se suspendió.

Pero por la separación de ambos padres de hace 4 meses, su estado de ánimo ha ido cambiando, se volvió más serio, callado, distante, sintiéndose culpable; luego de la separación, el padre arremetía contra la madre y trataba que sus hijos se distancien de ella, da a conocer que su hermana menor lo amenazaba y chantajeaba, ve al padre como víctima y le “tiene mucha pena”.

Ahora vive con su papá, tíos paternos y hermana menor, ya que la madre tiene otro compromiso familiar, hay sobreprotección por parte de las tíos y problemas conyugales entre ellas, afectando la dinámica familiar.

El menor cursa el 2do de secundaria, pero tiene problemas en su colegio, no cumple obligaciones, le cuesta actuar por iniciativa propia y obedecer a su maestra, lo cual le genera problemas en su rendimiento escolar, prefiere no asistir a clases, no hacer sus actividades diarias y quedarse en su dormitorio durmiendo o jugando con su celular.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES:

a) Etapa Pre - natal

La madre biológica tenía 38 años cuando quedó embarazada, y no deseaba tener al niño, no se tiene más datos sobre el paciente.

b) Etapa Natal

Parto naturalcefálico sin complicaciones, no se tiene más datos sobre el paciente.

c) Etapa Post - natal

El paciente fue adoptado a los 6 años, por consentimiento de ambos padres, el padre adoptivo no podía fecundar y tenía problemas de esterilización; respecto a su desarrollo motor y del lenguaje, no tuvo complicaciones.

d) Etapa Escolar

Su rendimiento escolar era adecuado, pero si tuvo observaciones por su inadecuada conducta con sus compañeros, tiene una inteligencia adecuada, sin problemas de aprendizaje, presentaba leve inatención y distraimiento.

e) Desarrollo Función Sexual

Según la endocrinóloga, el paciente tuvo una adolescencia adelantada, un desarrollo prematuro físicamente.

f) Historia de la recreación y de la vida

Era un niño alegre, travieso, inquieto, tendía a hacer berrinches y rabietas en el colegio y con los demás, junto a su hermana biológica fueron queridos y amados por ambos padres y por sus tíos.

g) Religión

Católica

h) Hábitos e influencias nocivas o toxicas

El paciente expresa que “se hacía heridas, se comía sus propias uñas, le costaba ingerir alimentos, era distraído y poco desatento, ahora prefiere escuchar música y dormir”.

V. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES**a) Enfermedades y accidente**

No hay presencia de enfermedades o accidentes graves que hayan afectado su salud; solo presencia de enfermedades infecciosas virales como el resfrío común, la gripe y varicela. Sin embargo, a los 8 años fue diagnosticado presuntivamente con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) debido a su distraimiento, poca atención y excesiva energía, sin embargo, no recibió

psicofármacos, fue atendido por un especialista, pero por cuestiones económicas de suspendió.

b) Personalidad Pre mórbida

Características de una personalidad extrovertida, emotiva, alegre, dinámica, era muy activo, travieso, inquieto.

VI. ANTECEDENTES FAMILIARES

a) Composición Familiar

Es una familia disfuncional compuesta por padres adoptivos separados, las tías paternas, la hermana biológica y el paciente.

b) Dinámica Familiar

Hay presencia de un mal clima e inadecuada dinámica familiar, debido a las continuas discusiones entre ambos padres, la madre menciona que abandono el núcleo familiar, hecho que incomodo a la familia paterna del paciente por lo que empezaron las burlas, malos comentarios y riñas hacia ella, lo cual afecto a los menores.

El padre se muestra desinteresado por la salud emocional de sus hijos, mostrando distanciamiento, poco afecto e inatención; sin embargo, la madre muestra mayor interés, acompañándolos en sus actividades, consultas psicológicas y compartiendo momentos con ellos.

Actualmente, el paciente vive en casa del padre junto a su hermana, ambos se encuentran al cuidado de las tías paternas, que también tienen problemas entre ellas.

El paciente junto a su hermana, visita y recibe visitas de su madre quien está más al pendiente de ellos.

c) Condición Socioeconómica

El paciente recibe apoyo económico de ambos padres; sin embargo, es el padre quien se hace cargo principalmente, cabe resaltar que hubo desacuerdos entre ambos padres por los gastos económicos del paciente y su hermana. No hay carencias económicas.

d) Antecedentes Patológicos

No hay referencia de antecedentes patológicos.

VII. RESUMEN

El paciente fue adoptado a los 6 años, la madre biológica tenía 38 años cuando concibió al niño, pero no deseaba tener y cuidar al menor, así también sus padres adoptivos no podían fecundar a un niño por problemas de esterilización por parte del padre; en el proceso de su desarrollo no tuvo inconvenientes por lo que el desarrollo motriz y del lenguaje fue adecuado. Su niñez fue muy activa, era muy alegre, emotivo, travieso, inquieto, habilidoso, así mismo expresa que se hacía heridas, se comía sus propias uñas y le costaba ingerir alimentos, además era un poco desatento y distraído, siendo diagnosticado presuntivamente con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) a los 8 años, no recibió psicofármacos, hizo terapia con un especialista, pero por cuestiones económicas se suspendió, sin embargo, no tenía problemas notorios en su rendimiento escolar.

Su adolescencia fue adelantada, según la evaluación de la endocrinóloga que lo atendió indica que tuvo un desarrollo prematuro físico, además no hubo inconvenientes, enfermedades o accidentes graves que afecten su salud.

El paciente tiene una familia disfuncional con padres adoptivos divorciados, la madre tiene otro compromiso familiar, luego de la separación, el paciente vive con el padre, hermana biológica y sus tíos, las cuales arremeten constantemente contra su madre, lo

sobreprotegen y hay problemas conyugales entre ellas, el padre se muestra ausente, despreocupado por la salud integra de los menores, afectando aún más la dinámica y clima familiar. Debido a la separación de los padres, el menor tuvo un “bajón” en su estado de ánimo, actualmente se muestra decaído, indica tener “flojera, desanimo, culpa y cansancio” da a conocer que ve al padre como “víctima y le tiene mucha pena” y que su hermana menor lo “amenazaba y chantajeaba”, ahora tiene problemas en su colegio, no cumple obligaciones, le cuesta actuar por iniciativa propia y obedecer a la maestra, lo cual le genera problemas en su rendimiento escolar, prefiere quedarse en casa, no asistir a clases o hacer actividades de ocio. El padre se muestra desinteresado por la salud emocional de sus hijos, mostrando distanciamiento, poco afecto e inatención y solo brinda mayor ayuda económica. Sin embargo, la madre y tíos del menor se muestran dispuestas a apoyarlos, los acompañan a sus consultas psicológicas, ya que ambos acuden al psicólogo.

Arequipa, 13 de octubre del 2018

FIRMA

EXAMEN PSICOLÓGICO O MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN

- 1. Nombres y Apellidos** : José. A. S. C
- 2. Edad** : 14 años
- 3. Fecha de Nacimiento** : 07/08/2004
- 4. Lugar de Nacimiento** : Arequipa
- 5. Grado de Instrucción** : 3ro de secundaria.
- 6. Referido por** : -
- 7. Informante** : Rosa C. (tía paterna)
- 8. Examinado por** : Candy Katherine Quispe Asto
- 9. Fecha(s) de consulta** : A partir del 07/08/2018

II. MOTIVO DE EVALUACIÓN

Explorar las funciones psíquicas superiores de actitud, porte, comportamiento y afecto.

III. ACTITUD, PORTE Y COMPORTAMIENTO

El paciente aparenta la edad que refiere, de contextura delgada y estatura media, su vestir demuestra orden y pulcritud, pero mantiene una postura desalineada, encorvada. Al inicio de la entrevista el paciente se mostró obediente y calmado, en el transcurso de la entrevista el paciente comenzó a mostrarse distraído, se mantenía inmóvil, aburrido, impaciente, desanimado y poco participativo.

IV. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN

El paciente se muestra atento cuando se le habla o comunica, por lo que responde coherentemente comprendiendo e interpretando cada pregunta, enunciado o comentario, pero en el transcurso se pudieron observar ciertos cambios en su estado

de alerta se distrae con gran facilidad observando su celular. Hay cierta desorientación ya que no reconoce adecuadamente el tiempo y el lugar que lo rodea.

V. LENGUAJE

Su habla es escasa y calmada, su tono de voz es bajo, no siendo muy comprensible, por momentos da cierto énfasis o emoción a sus comentarios, es discreto al hablar.

VI. PENSAMIENTO

No existen bloqueos, el curso de su pensamiento está correcto, no presenta dificultades en la articulación de palabras, el contenido de sus ideas está relacionado con la pereza, flojera y apatía.

VII. PERCEPCIÓN

No se mostró distorsión en sus percepciones.

VIII. MEMORIA

Su memoria remota y reciente es adecuada para su edad, no hay distorsiones en su memoria.

IX. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL:

Muestra un coeficiente intelectual medio, realiza ejercicios que requieran esfuerzo mental, posee gran concentración, responde adecuadamente preguntas de cultura general.

X. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS

Tiende a estar desanimado, apático, poco emotivo, muestra cierta indiferencia, pero dispuesto a colaborar con la evaluación.

XI. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA O ENFERMEDAD

El paciente denota conciencia de su problemática, reconociendo sus actitudes y modo de comportamiento.

XII. RESUMEN

El menor presenta la edad referida, de contextura delgada y estatura media, una postura desalineada, vestir desordenado, pero un mantiene su aseo personal.

Durante la entrevista se mostró poco emotivo, poco participativo, por momentos impaciente, tiende a distraerse fácilmente con el celular, reaccionaba a las preguntas con cierta indiferencia.

Sin embargo, demostró obediencia, siguiendo las instrucciones adecuadamente, se mostró consciente y sereno en las actividades que realizaba.

Su tono de voz es bajo no siendo tan comprensible, su habla es escasa, se muestra discreto, respondiendo solo a las preguntas sin ahondar en detalles, pero por momentos da énfasis a sus comentarios.

Establece juicios de manera lógica, da a conocer que el contenido de su pensamiento está relacionado con la pereza, flojera y apatía, y expreso cierta desorientación del lugar y del ambiente que lo rodea, pero no presenta complicaciones en relación a su memoria, percepción y funciones intelectuales. Además. reconoce y es consciente de su comportamiento y actitud.

Arequipa, 13 de octubre del 2018

FIRMA

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

1. **Nombres y Apellidos** : José. A. S. C
2. **Edad** : 14 años
3. **Fecha de Nacimiento** : 07/08/2004
4. **Lugar de Nacimiento** : Arequipa- Cercado
5. **Grado de Instrucción** : 3º de secundaria
6. **Procedencia** : Arequipa
7. **Ocupación** : Estudiante
8. **Religión** : católica
9. **Referente** : -
10. **Informantes** : Rosa C. (tía paterna)
11. **Lugar de Evaluación** : CIDH Psicotherapy
12. **Fechas de Evaluación** : A partir del 07/08/2018
13. **Examinador (a)** : Candy Katherine Quispe Asto

II. MOTIVO DE EVALUACIÓN

Evaluación psicológica integral de las esferas cognitivo, conductual y personalidad.

III. OBSERVACIONES GENERALES

Durante la aplicación de las pruebas psicológicas se mostró poco participativo con cierta impaciencia. Entendió correctamente el llenado de los test, habiendo pocas dudas o preguntas por parte suya.

IV. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Pruebas Psicológicas:

- WISC –IV
- Inventario de Inteligencia Emocional de Barón (I-CE)
- Test de la Figura Humana de Machover
- Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

V. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

A. WISC IV

	ÍNDICES DE ESCALA													
	Compresión Verbal				Razonamiento Perceptual				Memoria De Trabajo			Velocidad De Procesamiento		
SUB TEST	SI	VC	CO	IN	BD	PCn	MR	pCN	DS	LN	AR	CD	SS	CA
PUNTAJE	9	7	3	6	11	4	5	4	8	10	5	8	10	10
TOTAL	25				24				23			28		

Resultado: Resalta la escala de Velocidad de procesamiento con 28 pts.

- **Interpretación cuantitativa**

COMPRENSIÓN VERBAL: Semejanzas, Vocabulario, Comprensión de Información

RAZONAMIENTO PERCEPTUAL: Diseño de Bloques, Conceptos de Figuras, Razonamiento de Matrices, Completamiento de Figuras

MEMORIA DE TRABAJO:

Memoria De Dígitos, Secuencia Letra- Número y Aritmética

VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO

Codificación, Búsqueda De Símbolos, Cancelación

- **Interpretación Cualitativa**

Denota gran capacidad en la velocidad de procesamiento, es decir demuestra habilidad de aprendizaje, de planeamiento, flexibilidad cognitiva, expresa gran concentración y atención. Demuestra habilidades visuales, atención visual selectiva, vigilancia, discriminación y percepción visual.

Así también habilidad en su coordinación viso motora y adecuada organización perceptual.

B. INVENTARIO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL DE BARÓN (I-CE)

- *Interpretación Cuantitativa*

	PUNTAJES		CATEGORIA
	BRUTO CONV.		
CE INTRAPERSONAL	156	98	<i>Promedio</i>
CE INTERPERSONAL	86	81	<i>Baja, necesita mejorar</i>
CE ADAPTABILIDAD	90	91	<i>Promedio</i>
CE MANEJO DE TENSION	59	91	<i>Promedio</i>
CE ANIMO GENERAL	52	71	<i>Muy baja, necesita mejorar</i>
CE TOTAL	420	89	<i>Baja</i>

Intrapers.	Comprensión emocional de sí mismo	174
	Seguridad	83
	Autoestima	79

	Autorrealiz.	77
	Independ.	57
	CERA	98
Interp.	Relac.Interp.	78
	Resp.Soc.	117
	Empatía	34
	CEER	81

	Optimismo	89
	Felicidad	60
	CEAG	71

• Interpretación Cualitativa

Demuestra pocas habilidades sociales, poca capacidad de comprensión, interacción y relación con los demás, pero, elevada capacidad intrapersonal ya que se encuentra en contacto con sus sentimientos y emociones, logra saber lo que siente y entiende por qué se siente de tal manera.

Muestra déficit en su estado de ánimo, no habiendo capacidad para disfrutar de la vida y de percibirla adecuadamente, hay baja sensación de alegría, positivismo y optimismo. Dando lugar a un bajo coeficiente de inteligencia emocional.

C. TEST DE LA FIGURA HUMANA DE MACHOVER

- **Interpretación cuantitativa**

- ✓ Tamaño: Pequeño
- ✓ Ubicación: Izquierda
- ✓ Rostro sin rasgos faciales
- ✓ Tronco: estrecho
- ✓ Hombros: estrecho
- ✓ Brazos: largos
- ✓ Manos: pequeñas y dedos finos
- ✓ Piernas: abiertas
- ✓ Pies: ambivalentes
- ✓ Traje y vestido: ropa sencilla y sobria

- **Interpretación cualitativa**

Se caracteriza por ser un adolescente introvertido, retraído, inhibido, sus relaciones sociales manifiestan ser pobres, su campo de expansión o comunicación social es reducido, usando el aislamiento, evasión, represión y negación como sus mecanismos de defensa.

Presenta debilidad orgánica, inadecuación e inferioridad corporal, sentimientos de fatigabilidad, culpabilidad y fragilidad, expresa preocupación y angustia ligada a expresiones somáticas y sentimientos de vacilación e incertidumbre sobre el camino a seguir.

Sin embargo, mantiene un control de su conducta, se muestra idealista, fantasioso y expresa adecuadamente su destreza manual e inteligencia intuitiva. Además, busca satisfacción inmediata, franca y emocional de sus necesidades e impulsos.

D. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-II (BDI-II)

- **Interpretación Cuantitativa**

0–10	Considerado normal
11–16	Ligero trastorno emocional
17–20	Depresión clínica
21–30	Depresión moderada
31–40	Depresión severa
más de 40	Depresión extrema

TOTAL: 28 PTS. Resultado: Depresión Moderada

- **Interpretación Cualitativa**

La persona evaluada reúne los síntomas que competen a una depresión moderada, hay un desánimo y desaliento hacia sí mismo, hacia los demás y respecto al futuro.

VI. RESUMEN

Los resultados obtenidos muestran características de un adolescente introvertido, retraído, inhibido, con pocas habilidades sociales y sus relaciones sociales manifiestan ser pobres, usa el aislamiento, evasión, represión y negación como sus mecanismos de defensa. Muestra un déficit en su estado de ánimo, baja sensación de alegría, positivismo y optimismo, hay sentimientos de fatigabilidad, culpabilidad y fragilidad y muestra vacilación e incertidumbre sobre el camino a seguir.

Reúne los síntomas de una depresión moderada, hay un desánimo y desaliento hacia sí mismo, hacia los demás y respecto al futuro.

Sin embargo, se muestra idealista, fantasioso, resalta su capacidad intrapersonal, ya que se encuentra en contacto con sus sentimientos y emociones, posee inteligencia intuitiva

y muestra una ligera disposición a afrontar los efectos negativos de la ansiedad, depresión, la irritabilidad o frustración.

Denota gran capacidad en la velocidad de procesamiento de información, es decir demuestra habilidad de aprendizaje y capacidad apropiada de análisis y síntesis. Demuestra habilidades visuales, atención visual selectiva, discriminación y percepción visual. Así también expresa adecuadamente su destreza manual y habilidad en su coordinación visomotora.

Arequipa, 13 de octubre del 2018

FIRMA

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS GENERALES

- 1. Nombres y Apellidos** : José. A. S. C
- 2. Edad** : 14 años
- 3. Fecha de Nacimiento** : 07/08/2004
- 4. Lugar de Nacimiento** : Arequipa
- 5. Grado de Instrucción** : 3ro de secundaria.
- 6. Referido por** : -
- 7. Informante** : Rosa C. (tía paterna)
- 8. Examinado por** : Candy Katherine Quispe Asto
- 9. Fecha(s) de consulta** : A partir del 07/08/2018

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude a consulta acompañado de su tía quien refiere “tiene problemas en su rendimiento escolar, en el colegio anda dejado, relajado y colérico, le cuesta hacer sus actividades diarias y prefiere aislararse en su dormitorio”.

III. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

El paciente fue adoptado a los 6 años, la madre biológica tenía 38 años cuando concibió al niño, pero no deseaba tener y cuidar al menor, así también sus padres adoptivos no podían fecundar a un niño por problemas de esterilización por parte del padre; en el proceso de su desarrollo no tuvo inconvenientes por lo que el desarrollo motriz y del lenguaje fue adecuado. Su niñez fue muy activa, era muy alegre, emotivo, travieso, inquieto, habilidoso, así mismo expresa que se hacía heridas, se comía sus propias uñas y le costaba ingerir alimentos, además era un poco desatento y distraído, siendo diagnosticado presuntivamente con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad

(TDAH) a los 8 años, no recibió psicofármacos, hizo terapia con un especialista, pero por cuestiones económicas se suspendió, sin embargo, no tenía problemas notorios en su rendimiento escolar.

Su adolescencia fue adelantada, según la evaluación de la endocrinóloga que lo atendió indica que tuvo un desarrollo prematuro físico, además no hubo inconvenientes, enfermedades o accidentes graves que afecten su salud.

El paciente tiene una familia disfuncional con padres adoptivos divorciados, la madre tiene otro compromiso familiar, luego de la separación, el paciente vive con el padre, hermana biológica y sus tíos, las cuales arremeten constantemente contra su madre, lo sobreprotegen y hay problemas conyugales entre ellas, el padre se muestra ausente, despreocupado por la salud integra de los menores, afectando aún más la dinámica y clima familiar. Debido a la separación de los padres, el menor tuvo un “bajón” en su estado de ánimo, actualmente se muestra decaído, indica tener “flojera, desanimo, culpa y cansancio” da a conocer que ve al padre como “víctima y le tiene mucha pena” y que su hermana menor lo “amenazaba y chantajeaba”, ahora tiene problemas en su colegio, no cumple obligaciones, le cuesta actuar por iniciativa propia y obedecer a la maestra, lo cual le genera problemas en su rendimiento escolar, prefiere quedarse en casa, no asistir a clases o hacer actividades de ocio. El padre se muestra desinteresado por la salud emocional de sus hijos, mostrando distanciamiento, poco afecto e inatención y solo brinda mayor ayuda económica. Sin embargo, la madre y tíos del menor se muestran dispuestas a apoyarlos, los acompañan a sus consultas psicológicas, ya que ambos acuden al psicólogo.

IV. OBSERVACIONES GENERALES DE LA CONDUCTA

El menor presenta la edad referida, de contextura delgada y estatura media, una postura desalineada, vestir desordenado, pero un mantiene su aseo personal.

Durante la entrevista se mostró poco emotivo, poco participativo, por momentos impaciente, tiende a distraerse fácilmente con el celular, reaccionaba a las preguntas con cierta indiferencia.

Sin embargo, demostró obediencia, siguiendo las instrucciones adecuadamente, se mostró consciente y sereno en las actividades que realizaba.

Su tono de voz es bajo no siendo tan comprensible, su habla es escasa, se muestra discreto, respondiendo solo a las preguntas sin ahondar en detalles, pero por momentos da énfasis a sus comentarios.

Establece juicios de manera lógica, da a conocer que el contenido de su pensamiento está relacionado con la pereza, flojera y apatía, y expreso cierta desorientación del lugar y del ambiente que lo rodea, pero no presenta complicaciones en relación a su memoria, percepción y funciones intelectuales. Además. reconoce y es consciente de su comportamiento y actitud.

V. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Observación

Entrevista Psicológica

Pruebas psicológicas

- WISC –IV
- Inventario de Inteligencia Emocional de Barón (I-CE)
- Test de la Figura Humana de Machover

- Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II)

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

Los resultados obtenidos muestran características de un adolescente introvertido, retraído, inhibido, con pocas habilidades sociales y sus relaciones sociales manifiestan ser pobres, usa el aislamiento, evasión, represión y negación como sus mecanismos de defensa. Muestra un déficit en su estado de ánimo, baja sensación de alegría, positivismo y optimismo, hay sentimientos de fatigabilidad, culpabilidad y fragilidad y muestra vacilación e incertidumbre sobre el camino a seguir.

Reúne los síntomas de una depresión moderada, hay un desánimo y desaliento hacia sí mismo, hacia los demás y respecto al futuro.

Sin embargo, se muestra idealista, fantasioso, resalta su capacidad intrapersonal, ya que se encuentra en contacto con sus sentimientos y emociones, posee inteligencia intuitiva y muestra una ligera disposición a afrontar los efectos negativos de la ansiedad, depresión, la irritabilidad o frustración.

Denota gran capacidad en la velocidad de procesamiento de información, es decir demuestra habilidad de aprendizaje y capacidad apropiada de análisis y síntesis. Demuestra habilidades visuales, atención visual selectiva, discriminación y percepción visual. Así también expresa adecuadamente su destreza manual y habilidad en su coordinación visomotora.

VII. DIAGNOSTICO PSICOLÓGICO

El menor se caracteriza por ser introvertido, inhibido, con pocas habilidades sociales, se muestra emocionalmente inmaduro, con poca emotividad, animo disminuido y baja sensación de alegría, positivismo y optimismo; con pensamientos distorsionados relacionados a la fatigabilidad, inadecuación corporal, cierta culpabilidad, sensación de cansancio, pesadez y flojera, además la separación de los padres, el mal clima en la

familia, la inadecuada dinámica familiar, el bajo rendimiento escolar, desinterés y poca motivación en realizar sus actividades diarias, por lo que según el criterio diagnostico CIE-10 presenta **Trastorno del Humor, Episodio Depresivo Moderado F32. 1**

VIII. PRONOSTICO

Favorable, por su capacidad de insight y compresión emocional de sí mismo, aunque haya disfunción familiar, cuenta con el apoyo de su madre y sus tíos quienes le brindan soporte familiar; además por sus habilidades intelectuales, velocidad en procesar información y habilidades visuales y psicomotoras.

IX. RECOMENDACIONES:

- ✓ Terapia individual de habilidades sociales, comportamiento y competencias emocionales.
- ✓ Incrementar hábitos de estudio.
- ✓ Ejercicios aeróbicos
- ✓ Psicoterapia familiar
- ✓ Consejería de salud mental

Arequipa, 13 de octubre del 2018

FIRMA

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS GENERALES

- 1. Nombres y Apellidos** : Jose. A. S. C
- 2. Edad** : 14 años
- 3. Fecha de Nacimiento** : 07/08/2004
- 4. Lugar de Nacimiento** : Arequipa
- 5. Grado de Instrucción** : 2º de secundaria
- 6. Procedencia** : Arequipa
- 7. Ocupación** : Estudiante
- 8. Religión** : Católica
- 9. Referente** : -
- 10. Informantes** : Rosa C. (tía paterna)
- 11. Lugar de Evaluación** : CIDH- Psicotherapy
- 12. Fechas de Evaluación** : A partir del 07/08/2018
- 13. Examinador (a)** : Candy Katherine Quispe Asto

II. DIAGNOSTICO

El menor se caracteriza por ser introvertido, inhibido, con pocas habilidades sociales, se muestra emocionalmente inmaduro, con poca emotividad, animo disminuido y baja sensación de alegría, positivismo y optimismo; con pensamientos distorsionados relacionados a la fatigabilidad, inadecuación corporal, cierta culpabilidad, sensación de cansancio, pesadez y flojera, además la separación de los padres, el mal clima en la familia, la inadecuada dinámica familiar, el bajo rendimiento escolar, desinterés y poca motivación en realizar sus actividades diarias, por lo que según el criterio diagnostico CIE-10 el paciente presenta **Trastorno del Humor, Episodio Depresivo Moderado**

F32.

III. OBJETIVO GENERAL

Identificar alternativas, actividades y metas que le permitan al paciente tener mayor control sobre su vida de tal forma que logre superar su estado de ánimo depresivo.

IV. DESCRIPCIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO

SESIÓN N° 1.	Calendario
TÉCNICA A UTILIZAR	Modelo Cognitivo Conductual
OBJETIVO DE LA SESIÓN	Reconocer los pensamientos frecuentes que afectan su estado de ánimo y sus actividades.
DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Primero se le pedirá que se relaje, con las pelotas, que busque su equilibrio, permitiendo que escuche alguna música que a él le guste. • Luego se le preguntaran ¿Qué tipos de pensamientos te pasan por la mente cuando te sientes triste?, ¿Qué es lo que haces cuando te sientes deprimido?, ¿Cómo te llevas con la gente cuando estás triste? • Se le pedirá que realice un cuadro semanal y que indique cuál es su estado de ánimo que predomino durante el día y que cuente la experiencia que más le impresiono. • Luego se le explicara los diferentes tipos de pensamientos negativos (inflexibles

	<p>enjuiciadores, destructivos, e innecesarios). Y se explicaran los pensamientos positivos o pensamientos adecuados. Se le pedirá que haga un ejemplo que demuestre las diferencias entre estos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Finalmente, se le pedirá que haga un cuadro donde coloque los pensamientos más predominantes durante día.
TIEMPO	45 min aprox.
MATERIALES A UTILIZAR	<ul style="list-style-type: none"> - Hojas y lápiz - Reproductor de música - Ambiente adecuado

SESIÓN N°2	Contrarrestando pensamientos A.B.C.D
TÉCNICA A UTILIZAR	Relajación e imaginería.
OBJETIVO DE LA SESIÓN	Logre resaltar sus pensamientos positivos, buscando estrategias de solución frente a momentos de fatiga o tristeza.
DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Se le pide que realice una lista de los pensamientos buenos que tiene acerca de si mismo y de la vida en general, o los pensamientos que le gustaría tener.

	<ul style="list-style-type: none">• Luego el terapeuta le permitirá que se relaje y tome un respiro, escuchando la música que el prefiera, mientras el terapeuta le repite cada uno de estos pensamientos positivos.• Se le pedirá que recuerde algún suceso donde él se sintió bien por lo que hizo, se sintió orgulloso de sí mismo se le pedirá que recuerde dicho suceso y se felicite mentalmente.• Terminada la primera parte, se enseñaran técnica de control de pensamientos: Método a,b,c,d<p>“Cuando te sientas deprimido/a, pregúntate a ti mismo/a lo que estás pensando. Entonces trata de hablarle al pensamiento que te está molestando o hiriendo”</p><p>A es el evento Activante, es decir, lo que sucedió.</p><p>B es en inglés el “Belief” (la creencia) o el pensamiento que estás teniendo; es decir, lo que te dices a ti mismo acerca de lo que está pasando.</p><p>C es la Consecuencia de tu pensamiento; es decir, el sentimiento que tienes como resultado de tu pensamiento.</p><p>D es la forma en que discutes, debates o le hablas a tu pensamiento. (Esto implica que se</p>
--	--

	<p>reten los pensamientos negativos y se generen pensamientos alternos positivos.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se le mostrara ejemplos: “A, Mi papá no me vino a buscar este fin de semana (este es un hecho). B, Algunos de los pensamientos que podrías tener acerca de este hecho son: “Yo no le importo a mi papá”, o “Mi papá no me quiere”, o “mi papá no quiere estar conmigo.” C, La consecuencia de pensar estos pensamientos es sentirte con coraje, tristeza y desilusión. D, Yo puedo hablarle a estos pensamientos de la siguiente forma: "Mi papá canceló por problemas que tiene con mi mamá", “Mi papá siempre me ha demostrado que me ama aunque no pueda pasar mucho tiempo conmigo.” • Luego el realizara el ejercicio: <p>A: Evento Activante (¿Qué sucedió?)</p> <p>B. Belief (Creencia de lo que sucedió, lo que te dijiste acerca de lo que sucedió y lo que influyó tu reacción)</p> <p>C. Consecuencia (¿Cómo reaccionaste?)</p> <p>D. Discutir o debatir la creencia (Los pensamientos alternos que podrían ayudarte a reaccionar de una forma más saludable)</p>
TIEMPO	45 min.

MATERIALES A UTILIZAR	Ambiente cómodo y relajante.
------------------------------	------------------------------

SESIÓN N° 3	Exagerando
TÉCNICA A UTILIZAR	Imaginería
OBJETIVO DE LA SESIÓN	Generar un cambio de actitud frente al estado de ánimo depresivo que muestra, logrando un adecuado comportamiento.
DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Se le pedirá al paciente tratar de reírse de sus preocupaciones un buen sentido del humor. • Se le indicara que imagine algún suceso depresivo o algún momento donde él se mostró inactivo, con pereza y flojera o preguntarle por lo más vergonzoso que le ha sucedido. • Se le pedirá que observe detalladamente la situación y exagere las emociones y las remplace por emociones graciosas, donde este con un buen sentido del humor, minimizando la razón o causa de su estado de ánimo logrando que él lo perciba insignificante y capaz de superarlo, tratar de que se ría del suceso que le genera incomodidad.

TIEMPO	45 min.
MATERIALES A UTILIZAR	Amiente cómodo.

SESIÓN N° 4	Activándome
TÉCNICA A UTILIZAR	Sistema de Recompensa
OBJETIVO DE LA SESIÓN	Logre identificar alternativas, actividades y metas que le permitan tener mayor control sobre su vida de tal forma que logre superar su estado de ánimo depresivo.
DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Se le indicara que haga un listado con todas las actividades agradables y placenteras que realiza en los diferentes campos de su vida (casa, colegio, etc.). • Luego se le harán preguntas: <p>TUS PENSAMIENTOS: ¿Qué pensamientos te ayudan a disfrutar de una actividad?, ¿Qué pensamientos te hacen difícil disfrutar de una actividad?, ¿Alguna vez disfrutaste una actividad que pensaste que no ibas a disfrutar?</p> <p>LA GENTE: ¿Cómo otras personas te han hecho difícil disfrutar de alguna actividad agradable?</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las cosas que tienes que hacer? ¿Qué cosas haces porque quieres? ¿Tienes un buen balance? • Realizar un programa de sus actividades diarias, donde se evidencia las cosas que quiere hacer las que debe hacer. • Luego se le pedirá que elija un horario donde el crea conveniente realizar las actividades que debe de hacer, este acuerdo se dialogara con el tutor del menor, pactado un sistema de recompensas. • Dando a conocer que el mantenerse activo, cumpliendo tareas, organizando el tiempo lograra mejorar su estado de ánimo.
TIEMPO	45 min.
MATERIALES A UTILIZAR	Cuadros y gráficos.

SESIÓN N° 5	Socializando
TÉCNICA A UTILIZAR	Modelado
OBJETIVO DE LA SESIÓN	Reconocer comportamientos que le limitan entablar relaciones sociales y las alternativas para superarlas.

DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Se le preguntara: ¿Cuál es tu red de apoyo social? ¿Quiénes son tus amistades? ¿Cuántas veces las ves? ¿Qué hacen? ¿En quiénes confías? • Se le pide que haga un ejercicio: Representa tu red de apoyo social utilizando un diagrama. • Debe escribir su nombre en un círculo del centro y alrededor 8 figuras geométricas y escribirá el nombre de alguna persona que forme parte de su red. • Se evaluará su red de apoyo, particularmente si necesita ser ampliada o fortalecida. • Luego se le preguntara: ¿Cómo podemos mantener una red de apoyo social saludable?, se discutirán sus alternativas. • El terapeuta exemplificara conversaciones, donde se pondrán en práctica el lenguaje verbal y no verbal en los distintos tipos de conversaciones (asertiva, pasiva, agresiva) • Seguidamente el menor tendrá que seguir el mismo comportamiento del terapeuta.
TIEMPO	45 min.

MATERIALES A UTILIZAR	Hojas y lápiz Ambiente adecuado
------------------------------	------------------------------------

V. TÉCNICA TERAPÉUTICA A UTILIZAR

La terapia Cognitivo-Conductual, ya que está basada en la interrelación de los pensamientos, las acciones y los sentimientos se podrán identificar cuáles de ellos influyen en el estado de ánimo para aprender a tener un mayor control sobre los sentimientos. De esta manera el propio paciente será quien empiece a cambiar sus conductas, será el responsable de darle sentido y significado a su problemática y motivar un cambio positivo y significativo para su vida.

VI. TIEMPO DE EJECUCIÓN

5 sesiones de 45 min. Aproximadamente

VII. AVANCES TERAPEUTICOS

Se espera que el paciente continúe asistiendo y lleve a cabo el cumplimiento de las sesiones.

Arequipa, 13 de octubre del 2018

FIRMA

ANEXOS

Examen mental

MMSE	
EXAMEN MENTAL (MMSE) (MINI-MENTAL STATE EXAMINATION-FOLSTEIN) (1975)	
I. ORIENTACIÓN (Hacer las siguientes preguntas; correcto = <input checked="" type="checkbox"/>)	
¿En qué año estamos? <u>1975</u> ¿En qué estación del año estamos? <u>Primavera</u> ¿Cuál es la fecha de hoy? <u>16 Vierres</u> ¿Qué día de la semana es hoy? <u>Vierres</u> ¿En qué mes estamos? <u>Mayo</u> ¿Me puede decir en qué país estamos? <u>America</u> ¿En qué pueblo, ciudad, municipio estamos? <u>Durango</u> ¿En qué sección, barrio, urbanización estamos? <u>Col. Centro</u> ¿En qué piso (del edificio) estamos? <u>2º</u> ¿Cuál es la dirección de este lugar? Si es una institución: ¿Cuál es el nombre de este lugar?	
(Puntuación Máxima = 10) Año <input type="checkbox"/> Estación <input type="checkbox"/> Fecha <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> País <input type="checkbox"/> Pueblo <input type="checkbox"/> Sección <input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Nombre <input type="checkbox"/>	
II. REGISTRO (Correcto = <input checked="" type="checkbox"/>) Le voy a nombrar tres cosas. Después que yo las diga quiera que usted las repita. Trate de recordarlas porque dentro de unos minutos le voy a pedir que las nombre otra vez: "Piña", "Mesa", "Peso."	
(Puntuación Máxima = 3) Piña <input type="checkbox"/> Mesa <input type="checkbox"/> Peso <input type="checkbox"/>	
III. ATENCIÓN Y CÁLCULO (Indique cada respuesta; correcto = <input checked="" type="checkbox"/>) Comenzando con 100, réstale 7. Luego siga restando 7 del resultado que obtenga hasta que le diga que pare. (Si es negativo, sustituya este ejercicio por lo proximo).	
(Puntuación Máxima = 5) 93 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/>	
Ahora voy a deletrear una palabra y quiero que usted me la deletree al revés. La palabra es MUNDO.	
(Puntuación Máxima = 5) O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
IV. RECUERDO (Correcto = <input checked="" type="checkbox"/>) Ahora, ¿Cuáles fueron las tres cosas que le pedí que recordara?	
(Puntuación Máxima = 3) Piña <input type="checkbox"/> Mesa <input type="checkbox"/> Peso <input type="checkbox"/>	
V. LENGUAJE (Correcto = <input checked="" type="checkbox"/>) ¿Cómo se llama esto? RELOJ ¿Cómo se llama esto? LAPIZ Quisiera que repitiera esta expresión despues de que yo la diga: "Tres tristes tigres comen trigo" Escriba las palabras en esta página y luego haga lo que dice.: TIRER LOS OJOS	
(Puntuación Máxima = 9) Reloj <input type="checkbox"/> Lápiz <input type="checkbox"/> Repetición <input type="checkbox"/> Cierre los ojos <input type="checkbox"/> Tome papel en la mano <input type="checkbox"/> Doble papel en la mitad <input type="checkbox"/> Ponga papel en falda <input type="checkbox"/> Escribe oración <input type="checkbox"/> Copia Polígono <input type="checkbox"/>	
Le voy a dar un papel. Cuando se lo dé, tome el papel en la mano derecha, doble el papel una vez por la mitad con las manos y luego ponga el papel en su falda. Escriba cualquier oración completa en este papel. La oración debe tener sujeto y verbo. También debe tener sentido. Los errores de ortografía gramática no cuentan. Aquí está un dibujo. Haga el favor de copiar el dibujo en el mismo papel que utilizó antes (Polígono complejo de Bender-Gestalt).	

Escala de Inteligencia WISC IV

WISC-IV Spanish

ESCALA DE INTELIGENCIA PARA NIÑOS DE WISC-SCHLER
CUARTA EDICIÓN - ESPAÑOL

Nombre del Niño Jose Alonso Sanchez Carrasco
Nombre del Examinador _____

	Año	Mes	Día
Fecha del Test	2018	Agosto	24
Fecha de Nacimiento	2004	Agosto	7
Edad	14	-	17

Conversion de Puntajes Brutos a Puntajes Equivalentes

Subtest	Puntajes Brutos			Puntajes Equivalentes		
Diseños de Bloques	51	11		11		11
Semejanzas	28	9	9			9
Conceptos de Figuras	13	8		8		8
Códigos	56	8			8	8
Vocabulario	34	7	7			7
Secuenciación Letra-Número	18	10		10		10
Razonamiento de Matrices	15	5		5		5
Comprensión	15	3	3			3
Búsqueda de Símbolos	31	10			10	10
(Completabilidad de Figuras)	18	4	(4)			(4)
(Cancelación)	96	10		(10)	(10)	
(Información)	14	6	(6)			(6)
(Aritmética)	17	5		(5)	(5)	
Suma de Puntajes Equivalentes	25	24	23	28	100	

Comp. Raz. Memo. Veloc. Esc.
Verb. Percepc. Trab. Proc. Total

Suma de Puntajes Escalares a Composición de Puntajes de Conversión

Escala	Suma de Punt. Equiv.	Puntajes Compuestos	% Intervales de Confianza	Rangos Percentiles Para Población USA	Rangos Percentilares Ajustados
Comp. Verbal	VCI				
Raz. Percep.	PRI				
Memo. de Trab.	WMI				
Veloc. de Proc.	PSI				
Escala Total	FSIQ				

Método A (Método Preferido)

Experiencia Educativa en USA	Nivel de Educación Paterna	Clasificación
		Ó

Experiencia Educativa en USA

Formulario de Registro

Perfil de Puntajes Escalares de Subtests Básicos

	Comprensión Verbal SI VC CO (IN)	Razonamiento Perceptual BD PC n MR (PC)	Memoria de Trabajo DS LN (AR)	Velocidad de Procesamiento CD SS (CA)
19	7 3 6	11 4 5 4	8 10 5	8 10 10
18	•	•	•	•
17	•	•	•	•
16	•	•	•	•
15	•	•	•	•
14	•	•	•	•
13	•	•	•	•
12	•	•	•	•
11	•	•	•	•
10	•	•	•	•
9	•	•	•	•
8	•	•	•	•
7	•	•	•	•
6	•	•	•	•
5	•	•	•	•
4	•	•	•	•
3	•	•	•	•
2	•	•	•	•
1	•	•	•	•

Perfil de Puntajes Compuestos

VCI	FRI	WMI	PSI	FSIQ
160				
150				
140				
130				
120				
110				
100				
90				
80				
70				
60				
50				

Inventario Inteligencia Emocional de Barón(I-CE)

HOJA DE RESPUESTAS DEL INVENTARIO EMOCIONAL BarOn

Miembro: José Marco Sánchez Edad: 19 Sexo: Masculino Grado de instrucción: 2º Secundaria
 Domicilio: Estudante Especialidad: _____ Fecha: 16/11/18

Elegir UNA de las 5 alternativas:	1	2	3	4	5
	Rara vez o Nunca es mi caso	Pocas veces es mi caso	A veces es mi caso	Muchas veces es mi caso	Con mucha frecuencia o siempre es mi caso
1	X	1	2	3	4
2	X	1	2	3	4
3	X	1	2	3	4
4	X	1	2	3	4
5	X	1	2	3	4
6	X	1	2	3	4
7	X	1	2	3	4
8	X	1	2	3	4
9	X	1	2	3	4
10	X	1	2	3	4
11	X	1	2	3	4
12	X	1	2	3	4
13	X	1	2	3	4
14	X	1	2	3	4
15	X	1	2	3	4
16	X	1	2	3	4
17	X	1	2	3	4
18	X	1	2	3	4
19	X	1	2	3	4
20	X	1	2	3	4
21	X	1	2	3	4
22	X	1	2	3	4
23	X	1	2	3	4
24	X	1	2	3	4
25	X	1	2	3	4
26	X	1	2	3	4
27	X	1	2	3	4
28	X	1	2	3	4
29	X	1	2	3	4
30	X	1	2	3	4
31	X	1	2	3	4
32	X	1	2	3	4
33	X	1	2	3	4
34	X	1	2	3	4
35	X	1	2	3	4
36	X	1	2	3	4
37	X	1	2	3	4
38	X	1	2	3	4
39	X	1	2	3	4
40	X	1	2	3	4
41	X	1	2	3	4
42	X	1	2	3	4
43	X	1	2	3	4
44	X	1	2	3	4
45	X	1	2	3	4
46	X	1	2	3	4
47	X	1	2	3	4
48	X	1	2	3	4
49	X	1	2	3	4
50	X	1	2	3	4
51	X	1	2	3	4
52	X	1	2	3	4
53	X	1	2	3	4
54	X	1	2	3	4
55	X	1	2	3	4
56	X	1	2	3	4
57	X	1	2	3	4
58	X	1	2	3	4
59	X	1	2	3	4
60	X	1	2	3	4
61	X	1	2	3	4
62	X	1	2	3	4
63	X	1	2	3	4
64	X	1	2	3	4
65	X	1	2	3	4
66	X	1	2	3	4
67	X	1	2	3	4
68	X	1	2	3	4
69	X	1	2	3	4
70	X	1	2	3	4
71	X	1	2	3	4
72	X	1	2	3	4
73	X	1	2	3	4
74	X	1	2	3	4
75	X	1	2	3	4
76	X	1	2	3	4
77	X	1	2	3	4
78	X	1	2	3	4
79	X	1	2	3	4
80	X	1	2	3	4
81	X	1	2	3	4
82	X	1	2	3	4
83	X	1	2	3	4
84	X	1	2	3	4
85	X	1	2	3	4
86	X	1	2	3	4
87	X	1	2	3	4
88	X	1	2	3	4
89	X	1	2	3	4
90	X	1	2	3	4
91	X	1	2	3	4
92	X	1	2	3	4
93	X	1	2	3	4
94	X	1	2	3	4
95	X	1	2	3	4
96	X	1	2	3	4
97	X	1	2	3	4
98	X	1	2	3	4
99	X	1	2	3	4
100	X	1	2	3	4
101	X	1	2	3	4
102	X	1	2	3	4
103	X	1	2	3	4
104	X	1	2	3	4
105	X	1	2	3	4
106	X	1	2	3	4

Test de la Figura Humana de Machover

 CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE DESARROLLO HUMANO

FICHA DE CALIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN

I. DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	José Alonso Sánchez Carrasco		
Nº de historia	1746		
Edad	14 años	sexos	<input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Grado de instrucción	Estudiante		
Fecha	24/08/18		
Psicóloga			

II. INSTRUMENTO UTILIZADOS

Test de la figura humana

III. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

A. ANÁLISIS CUALITATIVO

Resumen:

José Alonso se caracteriza por ser un adolescente retraído, inhibido y cauteloso; con sentimientos de inadecuación corporal e inferioridad.

Da a conocer que no sabe tomar sus propias decisiones indicando una necesidad de protección.

Respecto a sus relaciones sociales manifiestan ser pobres y hostiles usando el aislamiento y la evasión como su mecanismo de defensa.

Sin embargo mantiene un control de su conducta; idealista, fantasioso y con actitudes positivas. Además busca satisfacción inmediata, física y emocional de sus necesidades e impulsos.

José Alonso Sánchez Carrasco 14 años



Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

Jose A. - Edad: 15 años
BDI - Depresión moderada: 28 pts.

Instrucciones: En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de la elección.

1.	0	No me siento triste
	1	<input checked="" type="radio"/> Me siento triste
	2	Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
	3	Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo
2.	0	No me siento especialmente desanimado respecto al futuro
	1	<input checked="" type="radio"/> Me siento desanimado respecto al futuro
	2	Siento que no tengo que esperar nada
	3	Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no van a mejorar
3.	0	No me siento fracasado
	1	<input checked="" type="radio"/> Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
	2	Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso
	3	Me siento una persona totalmente fracasada

4.	0	Las cosas me satisfacen tanto como antes
	1	<input checked="" type="radio"/> No disfruto de las cosas tanto como antes
	2	Ya no obtengo una satisfacción auténtica con las cosas
	3	Estoy insatisfecho o aburrido de todo
5.	0	No me siento especialmente culpable
	1	<input checked="" type="radio"/> Me siento culpable en bastantes ocasiones
	2	Me siento culpable en la mayoría de las situaciones
	3	Me siento culpable constantemente
6.	0	Creo que no estoy siendo castigado
	1	<input checked="" type="radio"/> Siento que puedo ser castigado
	2	Siento que estoy siendo castigado
	3	Quiero que me castiguen
7.	0	No me siento descontento conmigo mismo
	1	<input checked="" type="radio"/> Estoy descontento conmigo mismo
	2	Me avergüenzo de mí mismo
	3	Me odio
8.	0	No me considero peor que cualquier otro
	1	<input checked="" type="radio"/> Me auto crítico por mis debilidades o por mis errores
	2	Continuamente me culpo de mis faltas
	3	Me culpo por todo lo malo que me sucede
9.	0	No tengo ningún pensamiento de suicidio
	1	<input checked="" type="radio"/> A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría
	2	Desearía suicidarme
	3	Me suicidaría si tuviese la oportunidad
10.	0	No lloro más de lo que solía
	1	<input checked="" type="radio"/> Ahora lloro más que antes
	2	Lloro continuamente
	3	Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera
11.	0	No estoy más irritado de lo normal en mí
	1	<input checked="" type="radio"/> Me molesto o irrito más fácilmente que antes
	2	Me siento irritado continuamente
	3	No me irrita absolutamente nada por las cosas que antes solía irritarme
12.	0	No he perdido el interés por los demás
	1	<input checked="" type="radio"/> Estoy menos interesado en los demás que antes
	2	He perdido la mayor parte de mi interés por los demás
	3	He perdido todo el interés por los demás
13.	0	Tomo decisiones más o menos como siempre lo he hecho
	1	<input checked="" type="radio"/> Evito tomar decisiones más que antes
	2	Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
	3	Ya me es imposible tomar decisiones

CASO 2

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

- 1. Nombres y Apellidos** : Eduardo J. A. A.
- 2. Edad** : 16 años
- 3. Fecha de Nacimiento** : 30/01/2003
- 4. Lugar de Nacimiento** : Arequipa
- 5. Grado de Educación** : 5° de secundaria
- 6. Procedencia** : Arequipa
- 7. Ocupación** : Estudiante
- 8. Religión** : Cristiano
- 9. Referente** : Psicólogo
- 10. Informante** : Madre
- 11. Lugar de Evaluación** : Centro de Salud Atalaya
- 12. Fecha de Evaluación** : 07/08/2019
- 13. Examinadora** : Brizaida Quispe Maquera

II. MOTIVO DE CONSULTA

Madre refiere que su hijo tiene problemas de comportamiento; menciona: “Eduardo me falta el respeto, no me hace caso, es irresponsable, miente y no tiene paciencia para tratar a las personas. Cuando le llamo la atención, me contesta con insultos, me desafía, discute y no mide las consecuencias de sus actos”

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O DEL PROBLEMA ACTUAL

Hace dos años comenzó a empeorar su comportamiento de irresponsabilidad, intolerancia, falta de respeto y su poca capacidad de medir las consecuencias de sus actos; pero desde que estuvo en inicial y primaria ya mostraba comportamientos de rebeldía y demasiada excitabilidad; era muy inquieto, no respetaba las normas. En

varias ocasiones los padres de familia de su colegio se quejaban, porque pegaba y molestaba a sus compañeros. La psicóloga del colegio también conversó con la madre por el mismo motivo.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES: PERIODO DEL DESARROLLO

El embarazo no fue deseado, sobre el género del bebé la madre no tuvo preferencias, la etapa de gestación se dilató, duró 42 semanas; asistió a sus controles prenatales. Durante este periodo la salud física de la madre estaba en perfecto estado; sin embargo, emocionalmente se encontraba inestable, puesto que se mostraba triste y angustiada por el abandono de su pareja. Eduardo nació por cesárea a las 39 semanas; el parto duró dos días, ya que la madre no dilataba; tuvo un peso de 4.150 Kg. y 50 cm de talla. A los 7 meses comenzó a arrastrarse de costado, no gateó y al año comenzó a caminar, era un niño juguetón, despierto e inquieto, sudaba mucho, movía los brazos y los pies constantemente. Empezó a balbucear a los 6 meses y sus primeras palabras al año y medio, controló esfínteres a los 2 años, no realizó movimientos estereotipados. Su dominancia manual es surda. Sus horas de sueño eran aproximadamente de 12 horas, no tenía pesadillas ni dificultades para conciliar el sueño.

A la edad de tres años fue inicial, durante este periodo el paciente no podía estar quieto, tenía mucha energía, no obedecía a la profesora, correteaba, quitaba las cosas y pegaba a sus compañeros; también escondía las loncheras. A la edad de cuatro años lo expulsaron del Centro Educativo por mal comportamiento; en cuanto a su rendimiento académico Eduardo siempre fue un niño inteligente y se caracterizaba por su creatividad y su facilidad para el aprendizaje. En la primaria continuaba teniendo problemas de comportamiento, no obedecía a los profesores, peleaba con sus compañeros, no respetaba las normas del salón, sus profesores lo calificaban como un

chico rebelde y problemático; pero obtenía muy buenas calificaciones de 15 a 20, ocupaba los primeros puestos de su salón.

Ingresó a la secundaria a los 12 años, su comportamiento de rebeldía, intolerancia y poco respeto por los demás se fue agravando; a tal punto, que su madre no lograba controlarlo y, ante las llamadas de atención, Eduardo contesta de manera desafiante; además, mentía y engañaba constantemente. Su rendimiento académico disminuyó considerablemente; puesto que, se la pasaba todo el tiempo detrás del celular y de los video juegos. En cuanto al descubrimiento sexual, la madre refiere haber visto a su hijo, viendo videos pornográficos; pero no se atrevió a conversar sobre el tema. Actualmente Eduardo curso el 5º de secundaria, continúa teniendo problemas de comportamiento, sus profesores lo califican como una persona impulsiva e irrespetuosa. Practica actividades recreativas como la natación, no fuma, ni toma bebidas alcohólicas.

V. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES

Paciente tuvo hepatitis B a los 10 años; pero por lo demás goza de buena salud. No tuvo accidentes de consideración.

VI. ANTECEDENTES FAMILIARES

La familia del paciente, es extensa, está compuesta por sus tíos, abuelos, primos, un hermano y su madre. Por otro lado, la familia es desunida, cada integrante tiene diferentes creencias religiosas, algunos son católicos y otros cristianos; solo se reúnen para cumpleaños o por el día del padre. La casa es de material noble, tiene los servicios básicos e internet, la casa se encuentra ubicada en la parte alta de Mariano Melgar, de clase baja.

VII. RESUMEN

Paciente de 16 años de edad, es atendido en consultorio por sugerencia de la madre, quien refiere que su hijo tiene problemas de comportamientos; le falta el respeto, es irresponsable, irrespetuoso, miente, no tiene paciencia para tratar a las personas y no mide las consecuencias de sus actos. A la edad de tres años fue a inicial; durante este periodo; el paciente, no podía estar quieto, tenía mucha energía, no obedecía a la profesora, correteaba, quitaba las cosas y pegaba a sus compañeros, también escondía las loncheras. A la edad de cuatro años lo expulsaron del Centro Educativo por mal comportamiento. Ingresó a la secundaria a la edad de 12 años, su comportamiento de rebeldía, intolerancia y poco respeto por los demás se fue agravando a tal punto que su madre no lograba controlarlo. Actualmente; el paciente, curso el 5° de secundaria, continúa teniendo problemas de comportamiento, sus profesores lo califican como una persona impulsiva e irrespetuosa. Por otro lado; es una persona inteligente, con grandes capacidades, aprende con mucha facilidad y tiene habilidad para el dibujo y pintura.

Arequipa, 20 de agosto de 2019

Brizaida Quispe Maquera

EXAMEN PSICOLÓGICO O MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN

1. **Nombres y Apellidos** : Eduardo. J. A. A.
2. **Edad** : 16 años
3. **Fecha de Nacimiento** : 30/01/2003
4. **Lugar de Nacimiento** : Arequipa
5. **Grado de Educación** : 5° de secundaria
6. **Procedencia** : Arequipa
7. **Ocupación** : Estudiante
8. **Religión** : Cristiano
9. **Referente** : Psicólogo
10. **Informante** : Madre
11. **Lugar de Evaluación** : Puesto de Salud Atalaya
12. **Fecha de Evaluación** : 17/08/2019
13. **Examinadora** : Brizaida Quispe Maquera

II. PORTE, COMPORTAMIENTO Y ACTITUD.

El paciente aparenta su edad cronológica, es de contextura delgada, tez trigueña, denota adecuado aseo personal; así como también con su vestimenta. En su expresión facial refleja desgano e irritabilidad; su estado de ánimo, se torna fluctuante cuando habla de su madre, muestra incomodidad y trata de cambiar de tema. Sin embargo, durante el proceso de evaluación su actitud fue de colaboración, estuvo atento a las instrucciones. Cuando se toca temas personales; sus respuestas son monosilábicas, no dama muchos detalles.

III. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN

Se encuentra lúcido, no se distrae ante estímulos irrelevantes y se encuentra orientada en persona, ya que reconoce datos concernientes a su nombre, nacionalidad, edad, etc.

Asimismo se encuentra ubicada en relación al espacio, ya que sabe en el lugar en que se encuentra, discrimina adecuadamente nociones como arriba-abajo, derecha-izquierda, etc. De igual forma se orienta adecuadamente con respecto al tiempo, ya que conoce el día, mes y año en qué se encuentra.

IV. ATENCIÓN.

Responde a todas las preguntas rápidamente, no pierde el hilo de la conversación, cuando se le señala algún objeto sigue con la mirada.

V. CONCIENCIA O ESTADO DE ALERTA

Se da cuenta de lo que ocurre a su alrededor, sabe que tiene problemas de comportamiento.

VI. ORIENTACIÓN: TIEMPO, ESPACIO, LUGAR, PERSONA, PERSONAS

Se encuentra ubicada en relación al espacio, ya que sabe en el lugar en que se encuentra, discrimina adecuadamente nociones como arriba-abajo, derecha-izquierda, etc. De igual forma se orienta adecuadamente con respecto al tiempo, ya que conoce el día, mes y año en qué se encuentra.

VII. LENGUAJE

Su afluencia verbal se manifiesta a través de un curso rápido y con tono grave, posiblemente debido a que siempre está a la defensiva. El contenido del lenguaje se torna coherente y comprensible.

VIII. PENSAMIENTO (CURSO Y CONTENIDO)

Expresa ideas sin dificultad; respecto al contenido, manifiesta la presencia de ideas impulsivas: “a mí no me gusta que me mandoneen, las personas tienen un límite, si me gritan yo respondo, no tengo miedo a nadie”

IX. PERCEPCIÓN

No se evidencia la presencia de percepciones distorsionadas con respecto a si mismo o al ambiente que le rodea.

X. MEMORIA

Su memoria remota como reciente; se encuentra conservada, recordando adecuadamente aspectos concernientes a hechos cronológicos de su historia personal; así como, el desarrollo cronológico de sus estudios, etc.

XI. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL: CONOCIMIENTOS GENERALES.

De acuerdo al nivel cultural que presenta el paciente, manifiesta un adecuado nivel de abstracción y raciocinio; presentando una capacidad intelectual adecuada para resolver problemas.

XII. PENSAMIENTO: RAZONAMIENTO Y JUICIOS

Argumenta y defiende su postura, hace juicios de valor. Cuando se le plantea problemas de razonamiento lo resuelve sin dificultad.

XIII. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS.

Su estado de ánimo se torna fluctuante, pasando de la seriedad a la cólera. Denota molestia e incomodidad cuando habla de su madre.

XIV. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA O ENFERMEDAD

Es consciente de su situación, ya que refiere que su madre está preocupada por su comportamiento.

XV. RESUMEN.

Eduardo se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona, puede expresar sus ideas de manera clara y el contenido de su lenguaje es coherente y comprensible. No presenta problemas de percepción, su memoria se encuentra conservada y es capaz de recordar el orden cronológico su historia personal y enfermedad. Su capacidad intelectual es adecuada. Su estado de ánimo se torna fluctuante, pasando de la seriedad a la cólera; denota molestia e incomodidad cuando habla de su madre.

Arequipa, 24 de agosto de 2019

Brizaida Quispe Maquera

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

- 1. Nombres y Apellidos** : Eduardo J. A. A.
- 2. Edad** : 16 años
- 3. Fecha de Nacimiento** : 30/01/2003
- 4. Lugar de Nacimiento** : Arequipa
- 5. Grado de Educación** : 5° de secundaria
- 6. Procedencia** : Arequipa
- 7. Ocupación** : Estudiante
- 8. Religión** : Cristiano
- 9. Referente** : Psicólogo
- 10. Informante** : Madre
- 11. Lugar de Evaluación** : Centro de Salud Atalaya
- 12. Fecha de Evaluación** : 13/09/2019
- 13. Examinadora** : Brizaida Quispe Maquera

II. OBSERVACIONES GENERALES

Eduardo se muestra serio y poco amable; sin embargo, durante la evaluación su actitud fue cambiando, se torna colaborador; entiende y obedece las indicaciones; desarrolla los ejercicios rápidamente; su comunicación es fluida, no tiene problemas de pronunciación, maneja un amplio vocabulario. Al momento de hacerle preguntas sobre su familia y su vida personal, se muestra incómodo; sus respuestas son monosilábicas, no da muchos detalles y, su tono de voz fuerte. Ante muestras de afecto es poco expresivo.

III. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

1. Observación
2. Entrevista
3. Pruebas psicológicas:
 - ✓ La persona bajo la lluvia
 - ✓ Tony 2
 - ✓ Escala de Adaptaciones Magallanes

IV. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Persona bajo la lluvia

Persona extrovertida, dispuesto a enfrentar el mundo, se centra en el presente, es práctico y posee una energía desbordante, al punto que en ocasiones no logra controlarlo. De carácter inestable e impulsivo. En temas familiares y de colegio se muestra inseguro, ansioso y fatigado. Ante llamadas de atención, reacciona de manera agresiva y con intensos arrebatos de ira; tiene poco control de emociones .Por otro lado, posee una gran creatividad y originalidad para temas académicos; por lo que tiene necesidad de ser reconocido.

Tony 2

Paciente, obtuvo un puntaje total de 37; lo cual, lo ubica en un cociente de 113; por lo tanto, se encuentra en un nivel intelectual promedio; esto significa que manifiesta un adecuado nivel de abstracción y raciocinio, presentando una capacidad intelectual adecuada para resolver problemas.

Escala de Adaptaciones de Magallanes

Adaptación al padre (AP) se anuló esta escala, padre ausente; en relación a la Adaptación a la Madre (AM) obtuvo un puntaje total de 5, lo cual significa muy bajo, es decir la interacción social con su madre es insatisfactoria, Eduardo no le tiene confianza a su madre, además siente que no lo escucha y no lo valora; Adaptación a los Profesores (APr) obtuvo un puntaje total de 5, lo cual significa muy bajo; es decir la interacción social mutuamente es insatisfactoria, él cree que sus profesores no le escuchan y no lo valoran, tiene un concepto negativo sobre ellos; con respecto a la Adaptación a los Compañeros (AC) obtuvo un puntaje total de 5, lo cual significa muy bajo, es decir la interacción social mutuamente es insatisfactoria, Eduardo cree que sus compañeros no lo apoyan ni lo aprecian; Adaptación Genérica a la Escuela (AG) obtuvo un puntaje total de 5, lo cual significa muy bajo, Eduardo no se siente satisfecho con su colegio, le desagradan las normas del colegio; en cuanto a la Adaptación Personal (AP) aparentemente se encuentra estable, pero de acuerdo a la observación y la entrevista se puede concluir que Eduardo ha intentado bloquear sus carencias, negándolos, pero en realidad, tiene baja autoestima, poca asertividad.

V. RESUMEN

Paciente, se encuentra en un nivel intelectual promedio; es decir, su capacidad de resolución de problemas y abstracción están dentro de lo normal; persona extravertida y práctica, posee una energía desbordante, al punto que en ocasiones no logra controlarlo. De carácter inestable e impulsivo. En temas familiares y de colegio se muestra inseguro, ansioso y fatigado; por otro lado, posee una gran creatividad y originalidad para sus trabajos académicos. En relación a la Adaptación a la Madre existe una interacción social insatisfactoria, paciente no le tiene confianza, además siente que no lo escucha y no lo valora; Adaptación a los Profesores, la interacción

social mutuamente es insatisfactoria, cree que sus profesores no lo escuchan y no lo valoran, tiene un concepto negativo sobre ellos; con respecto a la Adaptación a los Compañeros es insatisfactoria, él cree que sus compañeros no lo apoyan ni lo aprecian; Adaptación Genérica a la Escuela también es insatisfactoria; puesto que no está de acuerdo con las normas del colegio; en cuanto a la Adaptación Personal; paciente, ha intentado bloquear sus carencias, negándolos, pero en realidad, tiene baja autoestima y poca asertividad.

Arequipa, 18 de setiembre de 2019

Brizaida Quispe Maquera

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS GENERALES

- 1. Nombres y Apellidos** : Eduardo J. A. A.
- 2. Edad** : 16 años
- 3. Fecha de Nacimiento** : 30/01/2002
- 4. Grado de Educación** : 5° de secundaria
- 5. Referido por** : Psicólogo
- 6. Examinado por** : Brizaida Quispe Maquera

II. MOTIVO DE CONSULTA

Madre refiere que su hijo tiene problemas de comportamiento; menciona: “Eduardo me falta el respeto, no me hace caso, es irresponsable, miente y no tiene paciencia para tratar a las personas. Cuando le llamo la atención, me contesta con insultos, me desafía, discute y no mide las consecuencias de sus actos”

III. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Paciente de 16 años de edad, es atendido en consultorio por sugerencia de la madre, quien refiere que su hijo tiene problemas de comportamientos; le falta el respeto, es irresponsable, irrespetuoso, miente, no tiene paciencia para tratar a las personas y no mide las consecuencias de sus actos. A la edad de tres años fue a inicial; durante este periodo; el paciente, no podía estar quieto, tenía mucha energía, no obedecía a la profesora, correteaba, quitaba las cosas y pegaba a sus compañeros, también escondía las loncheras. A la edad de cuatro años lo expulsaron del Centro Educativo por mal comportamiento. Ingresó a la secundaria a la edad de 12 años, su comportamiento de rebeldía, intolerancia y poco respeto por los demás se fue agravando a tal punto que su madre no lograba controlarlo. Actualmente; el paciente, curso el 5° de secundaria, continúa teniendo problemas de comportamiento, sus profesores lo califican como una

persona impulsiva e irrespetuosa. Por otro lado; es una persona inteligente, con grandes capacidades, aprende con mucha facilidad y tiene habilidad para el dibujo y pintura.

IV. OBSERVACIONES GENERALES DE LA CONDUCTA

Paciente se muestra serio y poco amable; sin embargo, durante la evaluación su actitud fue cambiando, se torna colaborador; entiende y obedece las indicaciones; desarrolla los ejercicios rápidamente; su comunicación es fluida, no tiene problemas de pronunciación, maneja un amplio vocabulario. Al momento de hacerle preguntas sobre su familia y su vida personal, se muestra incómodo; sus respuestas son monosílabicas, no da muchos detalles y, su tono de voz fuerte. Ante muestras de afecto es poco expresivo.

V. TÉCNICAS E INSTRUMEEENTOS UTILIZADOS

1. Observación
2. Entrevista
3. Pruebas psicológicas:
 - ✓ La persona bajo la lluvia
 - ✓ Tony 2
 - ✓ Escala de Adaptaciones de Magallanes (EMA)

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

Paciente, se encuentra en un nivel intelectual promedio; es decir, su capacidad de resolución de problemas y abstracción están dentro de lo normal; persona extravertida y práctica, posee una energía desbordante, al punto que en ocasiones no logra controlarlo. De carácter inestable e impulsivo. En temas familiares y de colegio se muestra inseguro, ansioso y fatigado; por otro lado, posee una gran creatividad y originalidad para sus trabajos académicos. En relación a la Adaptación a la Madre existe una interacción social insatisfactoria, paciente no le tiene confianza, además

siente que no lo escucha y no lo valora; Adaptación a los Profesores, la interacción social mutuamente es insatisfactoria, cree que sus profesores no lo escuchan y no lo valoran, tiene un concepto negativo sobre ellos; con respecto a la Adaptación a los Compañeros es insatisfactoria, él cree que sus compañeros no lo apoyan ni lo aprecian; Adaptación Genérica a la Escuela también es insatisfactoria; puesto que no está de acuerdo con las normas del colegio; en cuanto a la Adaptación Personal; paciente, ha intentado bloquear sus carencias, negándolos, pero en realidad, tiene baja autoestima y poca asertividad.

VII. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

Paciente, presenta comportamientos desafiantes, hostiles y desobedientes; tiende frecuentemente a oponerse a las peticiones o reglas de los adultos y a molestar deliberadamente a otras personas; generalmente muestra una baja tolerancia a la frustración y pierde el control fácilmente.

VIII. CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

Possee rasgos significativos del Trastorno disocial desafiante y oposicionista F91.3 según el CIE-10, OMS, 1992.

IX. PRONÓSTICO

Favorable, porque existe soporte emocional de parte de la familia.

X. RECOMENDACIONES

Para el paciente:

- ✓ Seguir un tratamiento psicológico para aprender a resolver situaciones problemáticas sin usar la violencia física ni verbal.

Para la madre:

- ✓ Involucrarse más en las actividades de su hijo.
- ✓ Premiar, elogiar y reconocer acciones positiva de su hijo, como el buen rendimiento.

- ✓ Comunicarse en todo momento con su hijo y no dar por entendido situaciones no muy claras.

Arequipa, 12 de setiembre de 2019

Brizaida Quispe Maquera

INFORME DEL PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS GENERALES

1. **Nombres y Apellidos** : Eduardo. J. A. A.
2. **Edad** : 16 años
3. **Fecha de Nacimiento** : 30/01/2003
4. **Grado de Educación** : 5º de secundaria
5. **Referido por** : Psicólogo
6. **Examinado por** : Brizaida Quispe Maquera

II. DIAGNÓSTICO

Paciente, presenta comportamientos desafiantes, hostiles y desobedientes; tiende frecuentemente a oponerse a las peticiones o reglas de los adultos y a molestar deliberadamente a otras personas; generalmente muestra una baja tolerancia a la frustración y pierde el control fácilmente. Posee **rasgos significativos del Trastorno disocial desafiante y oposicionista F91.3** según el CIE-10, OMS, 1992.

III. OBJETIVOS GENERALES

1. Aprender a resolver situaciones problemáticas sin usar la violencia física ni verbal.
2. Practicar la tolerancia y la flexibilidad mental.
3. Aprender a identificar diferentes emociones en uno mismo y en los demás (empatía).
4. Autocontrol de la agresividad verbal y física.
5. Potenciar la cultura de paz.
6. Desarrollar conductas prosociales.

IV. DESCRIPCIÓN DE PLAN TERAPÉUTICO

Primeramente, se trabajó la desinhibición, distensión y la expresión, donde; el paciente, expresó emociones de todo tipo; como segunda parte, se trabajó la empatía, mirar a través de los ojos de los demás, comprender los diferentes puntos de vista; como tercer punto, se demostró que cada uno percibe la información de manera diferente; como cuarto punto se trabajó la autoestima, la toma de conciencia de los recursos internos, la valoración de sí mismo, la interiorización de las emociones y, como último punto se motivó la creatividad, darnos cuenta de que todos podemos ser creativos.

V. TÉCNICA TERAPÉUTICA A UTILIZAR

1. Ventilación de emociones
2. Observación
3. Escucha activa
4. Reestructuración cognitiva
5. Relajación

SESIONES:

Sesión 1	La caja mágica: expreso lo que siento.
Objetivos	Desinhibición, distensión. Trabajo de expresión y movimiento. Lenguaje no verbal.
Técnicas	Ventilación de emociones
Materiales	Ninguno
DESARROLLO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se saludó cordialmente al paciente. 2. Se hizo la siguiente consigna: “En esta oportunidad simularás que te encuentras en una caja, de la cual deberás salir, en el momento que

	<p>te mencione una emoción, por ejemplo, de la caja sale una persona enfadada, y tú deberás salir de la caja expresando enfado, así sucesivamente se trabajó con las demás emociones (tristeza, alegría, miedo y sorpresa).</p> <p>3. Posteriormente la psicoterapeuta expresó en su rostro una serie de emociones difíciles de interpretar como: la preocupación, el interés y la satisfacción, las cuales deberán ser descifrados por el paciente.</p> <p>4. Luego se le explicó sobre la importancia de hacer una acertada interpretación de las expresiones faciales de las personas, ya que de este modo nos evitamos hacer juicios anticipados sobre la personalidad y otros rasgos de las personas en función de lo que vemos en sus caras.</p> <p>5. Finalmente se hizo hincapié en que el rostro, por ser en muchas ocasiones el reflejo de nuestras emociones, también lo es en cierto grado de nuestra conducta y pensamiento. Por lo tanto, debemos aprender a regularlas y manejarlas.</p>
Tiempo total	45 min aprox.

Sesión 2	¿Qué ves aquí?: “Las cosas no siempre son lo que parecen”
Objetivos	Trabajar la empatía, ponerse en el lugar del otro, comprender los diferentes puntos de vista
Técnica	La observación
Materiales	Seis imágenes de la Gestalt
Desarrollo	<p>1. Se dio la siguiente instrucción al paciente: “Ahora trabajaremos con seis imágenes, quiero que observes detenidamente cada una de ellas, las iré sacando una detrás de otra.</p> <p>2. Posteriormente se preguntó: ¿Qué imágenes observas?, cuando el paciente terminó de describir cada una de las siluetas, se le preguntó: ¿algo más? (esta pregunta nos es útil para recoger la mayor cantidad de detalles de la imagen).</p> <p>3. Luego se le explicó el concepto de perspectiva, es un punto de vista, una manera de considerar cierto tema.</p> <p>4. Seguidamente se le planteó un ejemplo para que pueda entender mejor: “ante un tema determinado, varias personas pueden expresar sus puntos de vista, que pueden ser muy distintas entre sí, algunas opiniones pueden parecerse o ser similares, en general, todas serán diferentes unas de otras. Lo que ocurre es que cada persona está expresando ese punto de vista desde su perspectiva, es decir, desde una</p>

	<p>manera de considerar cierta cuestión, y en esa perspectiva, en esa manera de considerar pone en juego su experiencia, sus vivencias, sus estudios, sus sentimientos, sus creencias, sus valores, etc.</p> <p>5. Finalmente se llevó a la reflexión al paciente, con la siguiente expresión: “no todos tenemos la misma perspectiva, por lo tanto no pretendamos que las demás personas opinen de la misma manera que nosotros lo hacemos; entonces ante esta diferencia seamos personas tolerantes y comprensibles, capaces de aceptar y valorar las opiniones de los demás.</p>
Tiempo total	25 min aprox.

Sesión 3	¿Soy consciente de lo que digo?: Llamemos a las cosas por su nombre.
Objetivos	Demostrar que cada uno percibe la información de una forma diferente.
Técnicas	Escucha activa
Materiales	Un dibujo de cualquier tipo, un papel bond y un lápiz
Desarrollo	<p>1. Se saludó cordialmente al paciente.</p> <p>2. Se dio la siguiente consigna: “en esta oportunidad trabajaremos con una imagen impresa en una hoja, la cual no podrás ver, esa imagen representará mi pensamiento”</p>

3. Posteriormente se le entregó una hoja bond y un lápiz, y se le indicó lo siguiente: “a medida que yo vaya describiendo lo que hay en mi mente, tú iras dibujando”, ejemplo: “la representación mental que tengo en estos momentos es la de un joven campesino, que lleva puesto un pantalón doblado hasta la rodilla, asimismo lleva puesto una camisa y un sombrero, a su costado izquierdo está un burro, al cual abraza; en la pata posterior del burro hay un saco con flores y en la pata delantera otro saco con cañas de azúcar, y en el fondo de la imagen hay más cañas de azúcar, además se observa una montaña y nubes en el cielo”.
4. Después de haber terminado con las indicaciones, al paciente se le mostró la imagen que representaba mi pensamiento, seguidamente se realizó una comparación entre ambas imágenes; y se preguntó: ¿son iguales ambos dibujos o son diferentes y si son diferentes, cuáles son esas diferencias?
5. Por último se explicó que la actividad que se había realizado, era un claro ejemplo de lo que nos ocurría a diario. Nosotros somos seres eminentemente sociables, por lo tanto necesitamos comunicarnos con otras personas, para lo cual hacemos uso del lenguaje. Durante una conversación las personas buscan ser entendidas a plenitud, sin tomar en cuenta que las

	demás personas perciben un mismo mensaje de diferente manera; ante esta situación nosotros como seres pensantes debemos tener mucho tino cuando nos expresamos; asimismo, cuando haya malos entendidos debemos saber sobre llevarlos, sin faltar el respeto a la otra persona.
Tiempo total	45 minutos aprox.

Sesión 4	El mejor regalo de tu vida: ¿Cuál es?
Objetivos	Trabajar la autoestima. La toma de conciencia de los recursos internos, la valoración del sí mismo, la interiorización de las emociones.
Técnicas	Reestructuración cognitiva
Materiales	Una caja envuelta con papel de regalo con un gran lazo y un espejo.
Desarrollo	<p>1. Se le obsequió al paciente una caja de regalo que contenía en su interior un espejo, y se dijo lo siguiente: “te entregó este presente, es el regalo más hermoso que te han podido dar en tu vida. Será tu tesoro más preciado, siempre estará contigo y siempre podrás recurrir a él”.</p> <p>2. Luego se le pidió al paciente que abra la caja de regalo, y que muestre lo que contiene, ahora que</p>

	<p>tienes tu regalo en tus manos, quiero que te veas en él.</p> <p>3. Despues de haberse observado en el espejo, se le entregó una hoja y un lápiz, y se le indicó que escriba todas las sensaciones que tuvo tras mirarse en el espejo, y estas sensaciones en forma de palabras las escribirás en un papel, como ideas sueltas.</p> <p>4. Posteriormente se le pidió al paciente realizar una pequeña reflexión con todas las ideas sueltas.</p> <p>5. Por último se hizo una retroalimentación con respecto al autoestima (valoración de uno mismos), además se le explicó tres puntos importantes: primer punto, reconocernos físicamente, emocionalmente, asimismo de reconocer nuestras capacidades y miedos; segundo punto, aceptarnos tal como somos, con defectos y virtudes. Siendo honestos y ver lo que podemos cambiar y mejorar; y tercer punto, valorarnos es querernos, tener dignidad, no sentirnos inferior a nadie, entender independientemente de nuestras diferencias todos valemos mucho.</p>
Tiempo total	45 minutos aprox.

Sesión 5	La creatividad: un motor que impulsa.
Objetivos	Motivar la creatividad, automotivación, darnos cuenta de que todos podemos ser creativos. Ventajas de llevar a la práctica el pensamiento creativo.
Técnicas	Relajación
Materiales	Una laptop, un lápiz y un papel bond
Desarrollo	<p>1. Se le dio la siguiente indicación: “necesito que te sientes lo más cómodamente en esta silla, hoy observaremos un video, que lleva como título mi célula creativa, quiero que durante la reproducción del video estés muy atento”.</p> <p>2. Tras la emisión del video se pidió la opinión personal del paciente. Se le preguntó sobre su creatividad, si la plasma de alguna forma, si ha pensado alguna vez en el tema.</p> <p>3. Seguidamente se comenzó con la relajación, que se dirige diciendo las siguientes palabras: “siéntate cómodamente con la espalda recta. Pon una mano en el pecho y la otra en el estómago. Inhala por la nariz. La mano sobre el estómago debe levantarse. La mano en el pecho debe moverse. Exhala por la boca, expulsando el aire tanto como puedas mientras contraes los músculos abdominales. La mano sobre el estómago debe moverse al exhalar, pero la otra mano debe moverse muy poco. Continúa respirando</p>

	<p>por la nariz y exhalando por la boca. Trata de inhalar suficiente aire para que la parte baja del abdomen se eleve y contraiga. Cuenta lentamente mientras exhalas.</p> <p>4. Finalmente se concluirá con la visualización: “Visualizo toda la playa, el mar azul.... la arena dorada.....me tumbo sobre la arena y resulta muy placentero absorber su calor.... la energía del sol acumulada en los granos de arena penetra en mi espalda y la relaja, siento ese calor acumulado y como se infiltra en mi espalda....es relajante... es muy agradable..... es una sensación deliciosa..... relajándose más y más....</p> <p>Tomo conciencia de este estado de tranquilidad, relajación, llena de paz.</p> <p>Me preparo para abandonar el ejercicio... conservando todos los beneficios conscientes e inconscientes... y abro los ojos... estado de relax que he logrado.</p>
Tiempo total	45 minutos aprox.

VI. TIEMPO DE EJECUCIÓN

5 semanas, se realizó una sesión por semana.

VII. LOGROS OBTENIDOS

El paciente logró establecer una relación más cercana con su madre, ahora puede expresar libremente lo que le disgusta de ella, con su hermano se muestra más tolerante.

Cuando siente que no puede controlar su ira se retira del lugar del conflicto y escucha música para calmarse.

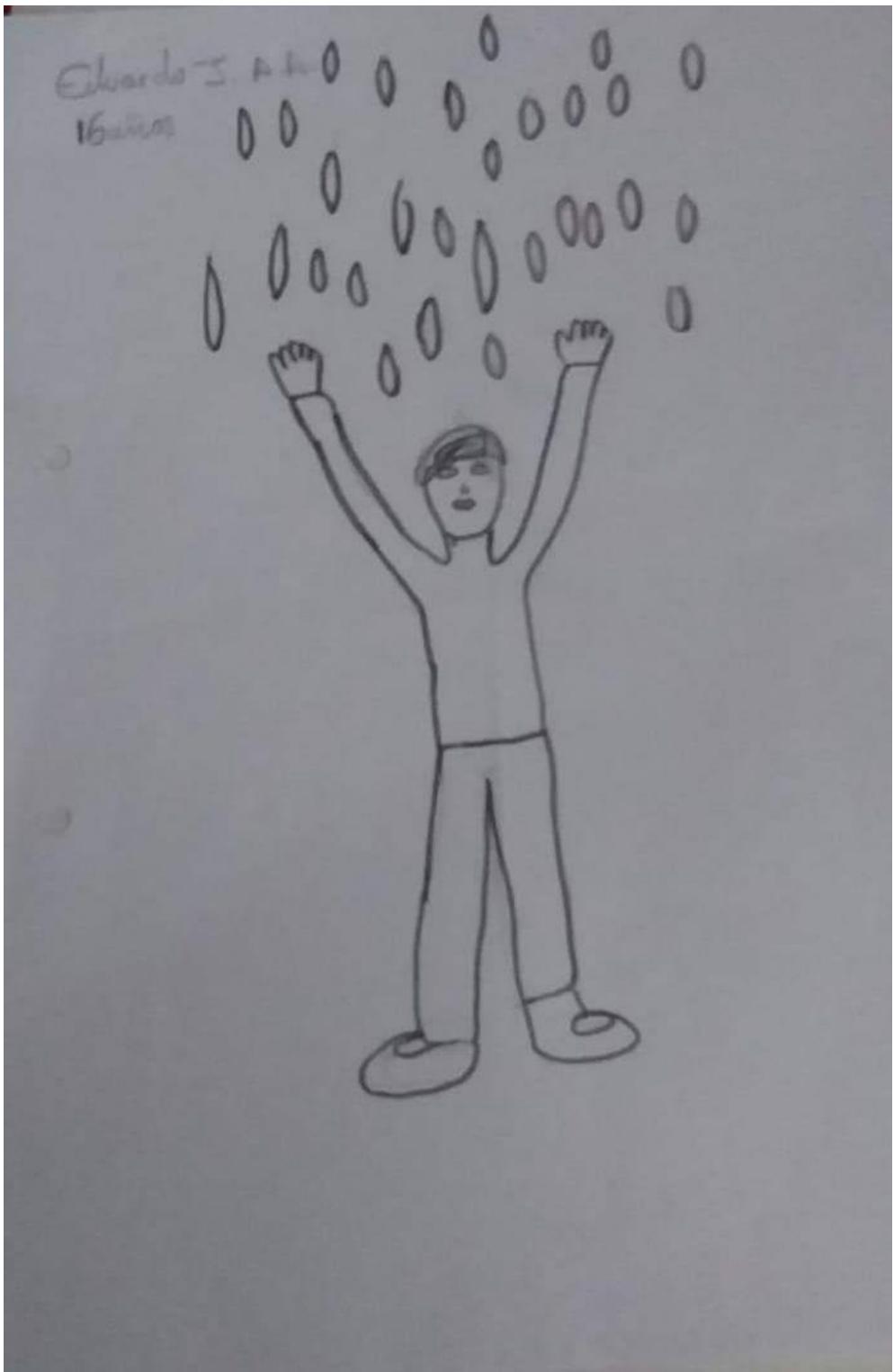
VIII. CAMBIO DE ACTITUDES Y/O COMPORTAMIENTO

Reflexiona antes de actuar, hace juicios de valor cuando le llaman la atención, es más tolerante y empático con los demás.

Arequipa, 16 de octubre de 2019

Brizaida Quispe Maquera

ANEXOS



Edwards T A A. 16 años

Section VII. Responses to the TONI-2 Form A

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
1-5 yrs. >	1	2	3	4	5	6				20	1	2	3	4	5	6				30	1	2	3	4	5	6				40	1	2	3	4	5	6				50	1	2	3	4	5	6				60	1	2	3	4	5	6				70	1	2	3	4	5	6				80	1	2	3	4	5	6				90	1	2	3	4	5	6				100	1	2	3	4	5	6				110	1	2	3	4	5	6				120	1	2	3	4	5	6				130	1	2	3	4	5	6				140	1	2	3	4	5	6				150	1	2	3	4	5	6				160	1	2	3	4	5	6				170	1	2	3	4	5	6				180	1	2	3	4	5	6				190	1	2	3	4	5	6				200	1	2	3	4	5	6				210	1	2	3	4	5	6				220	1	2	3	4	5	6				230	1	2	3	4	5	6				240	1	2	3	4	5	6				250	1	2	3	4	5	6				260	1	2	3	4	5	6				270	1	2	3	4	5	6				280	1	2	3	4	5	6				290	1	2	3	4	5	6				300	1	2	3	4	5	6				310	1	2	3	4	5	6				320	1	2	3	4	5	6				330	1	2	3	4	5	6				340	1	2	3	4	5	6				350	1	2	3	4	5	6				360	1	2	3	4	5	6				370	1	2	3	4	5	6				380	1	2	3	4	5	6				390	1	2	3	4	5	6				400	1	2	3	4	5	6				410	1	2	3	4	5	6				420	1	2	3	4	5	6				430	1	2	3	4	5	6				440	1	2	3	4	5	6				450	1	2	3	4	5	6				460	1	2	3	4	5	6				470	1	2	3	4	5	6				480	1	2	3	4	5	6				490	1	2	3	4	5	6				500	1	2	3	4	5	6				510	1	2	3	4	5	6				520	1	2	3	4	5	6				530	1	2	3	4	5	6				540	1	2	3	4	5	6				550	1	2	3	4	5	6			
6-9 yrs. >	1	2	3	4	5	6				20	1	2	3	4	5	6				30	1	2	3	4	5	6				40	1	2	3	4	5	6				50	1	2	3	4	5	6				60	1	2	3	4	5	6				70	1	2	3	4	5	6				80	1	2	3	4	5	6				90	1	2	3	4	5	6				100	1	2	3	4	5	6				110	1	2	3	4	5	6				120	1	2	3	4	5	6				130	1	2	3	4	5	6				140	1	2	3	4	5	6				150	1	2	3	4	5	6				160	1	2	3	4	5	6				170	1	2	3	4	5	6				180	1	2	3	4	5	6				190	1	2	3	4	5	6				200	1	2	3	4	5	6				210	1	2	3	4	5	6				220	1	2	3	4	5	6				230	1	2	3	4	5	6				240	1	2	3	4	5	6				250	1	2	3	4	5	6				260	1	2	3	4	5	6				270	1	2	3	4	5	6				280	1	2	3	4	5	6				290	1	2	3	4	5	6				300	1	2	3	4	5	6				310	1	2	3	4	5	6				320	1	2	3	4	5	6				330	1	2	3	4	5	6				340	1	2	3	4	5	6				350	1	2	3	4	5	6				360	1	2	3	4	5	6				370	1	2	3	4	5	6				380	1	2	3	4	5	6				390	1	2	3	4	5	6				400	1	2	3	4	5	6				410	1	2	3	4	5	6				420	1	2	3	4	5	6				430	1	2	3	4	5	6				440	1	2	3	4	5	6				450	1	2	3	4	5	6				460	1	2	3	4	5	6				470	1	2	3	4	5	6				480	1	2	3	4	5	6				490	1	2	3	4	5	6				500	1	2	3	4	5	6				510	1	2	3	4	5	6				520	1	2	3	4	5	6				530	1	2	3	4	5	6				540	1	2	3	4	5	6				550	1	2	3	4	5	6			
10-12 yrs. >	1	2	3	4	5	6				20	1	2	3	4	5	6				30	1	2	3	4	5	6				40	1	2	3	4	5	6				50	1	2	3	4	5	6				60	1	2	3	4	5	6				70	1	2	3	4	5	6				80	1	2	3	4	5	6				90	1	2	3	4	5	6				100	1	2	3	4	5	6				110	1	2	3	4	5	6				120	1	2	3	4	5	6				130	1	2	3	4	5	6				140	1	2	3	4	5	6				150	1	2	3	4	5	6				160	1	2	3	4	5	6				170	1	2	3	4	5	6				180	1	2	3	4	5	6				190	1	2	3	4	5	6				200	1	2	3	4	5	6				210	1	2	3	4	5	6				220	1	2	3	4	5	6				230	1	2	3	4	5	6				240	1	2	3	4	5	6				250	1	2	3	4	5	6				260	1	2	3	4	5	6				270	1	2	3	4	5	6				280	1	2	3	4	5	6				290	1	2	3	4	5	6				300	1	2	3	4	5	6				310	1	2	3	4	5	6				320	1	2	3	4	5	6				330	1	2	3	4	5	6				340	1	2	3	4	5	6				350	1	2	3	4	5	6				360	1	2	3	4	5	6				370	1	2	3	4	5	6				380	1	2	3	4	5	6				390	1	2	3	4	5	6				400	1	2	3	4	5	6				410	1	2	3	4	5	6				420	1	2	3	4	5	6				430	1	2	3	4	5	6				440	1	2	3	4	5	6				450	1	2	3	4	5	6				460	1	2	3	4	5	6				470	1	2	3	4	5	6				480	1	2	3	4	5	6				490	1	2	3	4	5	6				500	1	2	3	4	5	6				510	1	2	3	4	5	6				520	1	2	3	4	5	6				530	1	2	3	4	5	6				540	1	2	3	4	5	6				550	1	2	3	4	5	6			
13-17 yrs. >	1	2	3	4	5	6				20	1	2	3	4	5	6				30	1	2	3	4	5	6				40	1	2	3	4	5	6				50	1	2	3	4	5	6				60	1	2	3	4	5	6				70	1	2	3	4	5	6				80	1	2	3	4	5	6				90	1	2	3	4	5	6				100	1	2	3	4	5	6				110	1	2	3	4	5	6				120	1	2	3	4	5	6				130	1	2	3	4	5	6				140	1	2	3	4	5	6				150	1	2	3	4	5	6				160																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															

Edwardo T ADA 16 años

EMA

INSTRUCCIONES

AM → 5 preguntas
AC → 5 preguntas
AC → 5 preguntas
AP → 10 preguntas

En este cuadernillo te vamos a presentar unas frases que te permitirán pensar sobre algunos aspectos de tu forma de ser.

No es un test de inteligencia ni de personalidad.

Deseamos que contestes a cada una de ellas, señalando con una 'X' la casilla que mejor representa la frecuencia con que tu piensas o actúas así, de acuerdo con la siguiente escala:

(N) Nunca (PV) Pocas veces (CF) Con frecuencia
(MV) Muchas veces (S) Siempre

Por ejemplo:

Me gusta conocer personas nuevas

N
PV
CF
MV
S

Pienso que mis amigos me aprecian

AF

AP

A NULADO

- 1 Pienso que mi padre me quiere
- 2 Mi padre me trata de la mejor manera que puede
- 3 Pienso que mi padre me acepta como soy
- 4 Cuando hago algo, quiero que a mi padre le parezca bien
- 5 Mi padre hace comentarios positivos de mi comportamiento en casa
- 6 Mi padre se interesa por mis problemas
- 7 Me gusta la forma de pensar de mi padre
- 8 Mi padre valora positivamente las cosas que hago
- 9 Escucho a mi padre cuando me habla
- 10 Mi padre muestra interés por mis cosas
- 11 Intento comprender a mi padre
- 12 A mi padre le gustan mis ideas
- 13 Intento que mi padre esté contento conmigo
- 14 Mi padre me escucha cuando hablo con él
- 15 Mi padre habla bien de mí a sus amistades y a otros familiares
- 16 Ayudo a mi padre, cuando me lo pide
- 17 Mi padre respeta mis ideas (no me critica) aunque no esté de acuerdo con ellas
- 18 Me gustan las mismas cosas que a mi padre
- 19 Mi padre respeta mis gustos (no me critica), aunque no los comparta
- 20 Intento evitar que mi padre se enfade conmigo
- 21 Me gustan las mismas cosas que a mi madre (N)
- 22 Intento que mi madre esté contenta conmigo (N)
- 23 Mi madre respeta mis gustos (no me critica), aunque no los comparta (PV)
- 24 Mi madre respeta mis ideas (no me critica) (PV) aunque no esté de acuerdo con ellas
- 25 Ayudo a mi madre, cuando me lo pide (PV)
- 26 Mi madre habla bien de mí a sus amistades y a otros familiares (PV)
- 27 Mi madre me escucha cuando hablo con ella
- 28 Mi madre me trata de la mejor manera que puede (N)
- 29 Intento evitar que mi madre se enfade conmigo (PV)
- 30 A mi madre le gustan mis ideas (PV)
- 31 Intento comprender a mi madre (PV)
- 32 Mi madre muestra interés por mis cosas (N)
- 33 Escucho a mi madre, cuando me habla (PV)
- 34 Me gusta la forma de pensar de mi madre (PV)
- 35 Mi madre se interesa por mis problemas (N)
- 36 Mi madre hace comentarios positivos de mi comportamiento en casa
- 37 Cuando hago algo, quiero que a mi madre le parezca bien (N)
- 38 Pienso que mi madre me acepta como soy (PV)
- 39 Mi madre valora positivamente las cosas que hago (PV)
- 40 Pienso que mi madre me quiere (PV)

NOTA: Si por fallecimiento u otra razón, no convives habitualmente con uno de tus padres, deja sin contestar el grupo de cuestiones que se refieran a él o ella.

AE

APr

1. Mis profesores me tratan bien (M)
2. Intento agradar a mis profesores (S)
3. Pienso que tengo buenos profesores (PV)
4. Hablo bien de mis profesores (N)
5. Pienso que mis profesores me aprecian (PV)
6. Mis profesores me ayudan, cuando se lo pido (N)
7. Me gustan los profesores que tengo (N)
8. Creo que más profesores hablan bien de mí (C)
9. Pienso que mis profesores están satisfechos conmigo (PV)
10. Recibo elogios de mis profesores, por mis trabajos escolares (M)
11. Mis profesores me hacen elogios por mi comportamiento (N)
12. Hablo con mis profesores (PV)
13. Mis profesores demuestran tener interés por mí (PV)
14. Mis profesores hablan conmigo (PV)

AC

15. Me gustan los/as compañeros/as que tengo (C)
16. Creo que mis compañeros/as me aprecian (PV)
17. Me llevo bien con mis compañeros/as (C)
18. Mis compañeros/as se portan bien conmigo (PV)
19. Si alguien me critica, mis compañeros me defienden (PV)
20. Mis compañeros me ayudan, cuando se lo pido (PV)
21. Creo que mis compañeros/as hablan bien de mí (PV)
22. Hablo con mis compañeros/as (C)
23. Mis compañeros/as hablan conmigo (C)
24. Hablo bien de mis compañeros/as (PV)
25. Pienso que tengo buenos/as compañeros/as (C)

AG

26. Estoy atento/a en clase (PV)
27. Estoy satisfecho/a con mi Colegio/Instituto, Universidad (PV)
28. Aunque me desagraden, cumplio las normas de clase (N)
29. Realizo las tareas que me mandan para casa (PV)
30. En clase, presto atención a las explicaciones del profesorado (PV)
31. Aprendo mucho asistiendo a clase (PV)

AP

AP

1. Suelo hacerme reproches con las cosas que hago (PV)
2. Tengo muchos problemas conmigo mismo/a (PV)
3. Me encuentro nervioso/a o inquieto/a sin saber por qué (PV)
4. Me gustaría morirme (N)
5. Me preocupa lo que otros puedan pensar de mí (PV)
6. Estoy triste y aburrido/a (PV)
7. Si me critican, siento vergüenza (N)
8. Cuando me equivoco me siento mal conmigo mismo/a (C)
9. Tengo que empujarme a mí mismo/a para hacer las cosas (PV)
10. Me cuesta tomar decisiones (N)
11. Me dan miedo las dificultades y contrariedades (N)
12. Tengo poca iniciativa (PV)
13. Para hacer algo necesito que alguien me ayude (PV)
14. Me veo diferente a los demás (N)
15. Siento ira o agresividad sin motivo aparente (PV)
16. Pienso que soy un desastre, que todo lo hago mal
17. Me cuesta expresar lo que siento (S)
18. Tengo tremendas luchas conmigo mismo/a (PV)
19. Me siento mal, si no consigo lo que deseo (S)