

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE MEDICINA



“Asociación del acoso escolar (bullying) con el grado de satisfacción familiar en pacientes adolescentes que acuden a la consulta de psiquiatría.”

Por:

Dr. Noé Palacios Garza

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA
ADOLESCENCIA**

DICIEMBRE 2018

“Asociación del acoso escolar (bullying) con el grado de satisfacción familiar en pacientes adolescentes que acuden a la consulta de psiquiatría.”

Aprobación de la tesis:

Dr. Mario Hernando Cáceres Vargas
Director de la tesis

Dr. Alfredo Bernardo Cuellar Barboza
Coordinador de Enseñanza del Departamento de Psiquiatría

Dr. Erasmo Saucedo Uribe
Coordinador de Investigación del Departamento de Psiquiatría.

Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano
Jefe del Departamento de Psiquiatría

Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

Tabla de contenido.

Página

Capítulo I.

1. RESUMEN.....	1
-----------------	---

Capítulo II.

2. INTRODUCCIÓN.....	2
----------------------	---

Capítulo III.

3. HIPÓTESIS.....	6
-------------------	---

Capítulo IV.

4. OBJETIVOS.....	7
-------------------	---

Capítulo V.

5. MATERIAL Y MÉTODOS.....	8
a. Plan de análisis.....	8
b. Diseño.....	8
c. Captura.	9
d. Instrumentos de evaluación.	10
e. Muestra.....	13

Capítulo VI.

6. RESULTADOS.....	14
--------------------	----

Capítulo VII.

7. DISCUSIÓN..... 23

Capítulo VIII.

8. CONCLUSIONES..... 28

Capítulo IX.

9. ANEXOS..... 32

- a. Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar. 33
- b. Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos..... 34
- c. Escala de Satisfacción con la vida..... 35
- d. Test BULL-S..... 36
- e. Test abreviado de violencia..... 38

Capítulo X

10. BIBLIOGRAFÍA..... 39

Capítulo XI.

11. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO..... 42

Índice de tablas.

Página

Tabla#1. Datos sociodemográficos. 15

Tabla#2. TEST BULL-S..... 18

Tabla#3. Escalas..... 19

LISTA DE ABREVIATURAS

TDH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

T. adaptativo: Trastorno adaptativo

FACES III: Escala de Evaluación de cohesión y Adaptabilidad Familiar

ESFA: Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos

SWLS: Escala de Satisfacción con la Vida

WAST: Test abreviado de Violencia

UANL: Universidad Autónoma de Nuevo León

Capítulo I

Resumen.

Noé Palacios Garza. Fecha de Graduación: Febrero 2019
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Medicina

Título del Estudio: Asociación del acoso escolar (bullying) con el grado de satisfacción familiar en pacientes adolescentes que acuden a la consulta de psiquiatría.

Número de páginas: 42

Candidato para el grado de Especialidad en
Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia

Área de Estudio: Psiquiatría y Salud Mental

Propósito y Método del Estudio: El acoso escolar definido como el maltrato entre iguales se conforma por comportamientos de una o varias personas dirigido hacia una persona con el fin de causar daño, de manera repetitiva y persistente. Se ha relacionado con repercusiones tanto físicas como psicológicas. También existen estudios que relacionan al acoso escolar con la violencia intrafamiliar. Es por eso, que en este estudio observacional, descriptivo, en base a encuestas se determinó la relación entre el acoso escolar y el nivel de funcionalidad familiar en los pacientes adolescentes que acuden a la consulta de psiquiatría del hospital universitario Dr. José Eleuterio González en los meses de abril a septiembre de 2018. Se solicitó la participación de pacientes entre 12 y 17 años que acuden a nuestro departamento y se encuentren inscritos en la escuela. Se dio la información a sus tutores y a los adolescentes y aquellos que aceptaron su participación, se les aplicó la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, Escala de Satisfacción Familiar con la Vida, el TEST BULL-S y a los tutores el Test Abreviado de Violencia.

Contribuciones y Conclusiones: Se reclutaron 107 pacientes (con un intervalo de confianza de 95% y límite de error de estimación de 5%) de los cuales el 69.2%, se encontraba involucrado en el bullying, siendo el tipo de acoso más frecuente los insultos y amenazas y el sitio más común el aula. La mayoría vivían en familias con disfunción moderada y se encontraban ligeramente insatisfechos con la vida. Se identificó que los adolescentes que viven en familias con disfunción severa sufren mayor acoso y se sentían menos seguros en la escuela. Es importante mencionar que, una parte de la muestra, a pesar de recibir acoso, no se consideraba como víctima y esto podría estar relacionado con la normalización del acoso escolar.

Capítulo II

Introducción

El acoso escolar o bullying (término en inglés) es definido como el maltrato entre iguales. Se representa como un conjunto de comportamientos que pueden ser generados por una persona o grupo de personas y que se percibe como hostil, con abuso del poder y en contra de un compañero. Este maltrato es dirigido hacia esta persona con el fin de causarle un daño, se realiza de manera repetitiva y persiste en el tiempo. (1) La presencia del acoso durante la infancia, principalmente en el ambiente escolar no es algo nuevo y se da en el contexto de la intimidación, aislamiento, amenaza e insultos con la finalidad de generar daño a un compañero que generalmente es más débil que el o los acosadores. (1-3)

También es importante tener en cuenta que existen distintos participantes dentro del acoso escolar y cada uno de ellos presenta características que se pueden ver comúnmente dependiendo del rol en el que participan.

Los *acosadores* raramente actúan solos, se han identificado dos tipologías la dominante y la predominantemente ansiosa. En el caso del tipo dominante se han encontrado tendencias a personalidad antisocial, agresivos y proactivos. En el caso de aquellos predominantemente ansiosos, se encuentran individuos con una baja autoestima y bajos niveles de ansiedad que se vinculan a una respuesta agresiva.

Las *víctimas* generalmente son personas que se encuentran aislados del grupo y se les puede clasificar como víctima clásica, provocativa e inespecífica. En el primer caso encontramos personas ansiosas, inseguras, débiles y con poca competencia social, dificultad para establecer relaciones con los pares y para solicitar apoyo de los superiores (padres o maestros). Con respecto al segundo grupo, estos presentan un patrón de conducta similar a los agresores reactivos, pueden cambiar de rol entre acosador y víctima dependiendo de las circunstancias y de las características de la otra persona, generalmente. En el grupo de víctima inespecífica son personas que son vistas como diferentes al resto del grupo y se convierte en un objetivo.

Por último se encuentra el grupo de los *espectadores*, son aquellos quienes observan sin intervenir, sin embargo también pueden sumarse y potenciar las agresiones llegando a amplificar el proceso del acoso.(4,5) .

Existen distintos tipos de acoso escolar entre los que se encuentran el *físico* (golpes, empujones etc.) *verbal* (se realizan frente a un público insultos o buscan resaltar un defecto físico) el *psicológico* (acciones encaminadas a disminuir la autoestima) y el social (pretenden aislar a un sujeto del resto y hacen partícipes a otros individuos) (1,6–8).

Se han realizado múltiples estudios considerando las repercusiones psicopatológicas y se ha encontrado que independientemente del rol del individuo en este patrón de interacción agresiva tendrá un riesgo mayor de sufrir ajustes psicosociales como como falta de autoestima, reducción de la autoconfianza, aislamiento, rechazo social, disminución del rendimiento académico, problemas psicosomáticos, ansiedad, depresión y tendencias suicidas. Todas estas

implicaciones en el estado mental y las alteraciones en el desarrollo dejarán huellas a corto, medio y largo plazo (9,10) .

Se ha identificado que los agresores presentan más trastornos de conducta externalizada e hiperactividad, las víctimas presentan problemas internalizados como ansiedad o depresión y los agresor-victima tienen riesgo de tener más psicopatología que los dos grupos anteriores(11).

Con respecto a su prevalencia Craig y colaboradores en una muestra en 40 países encontraron que la prevalencia fue de 8.6 a 45.2% en varones y de 4.8 a 35.8% en mujeres.(12) Albores-Gallo encontró en una muestra realizada en escuelas públicas en la Ciudad de México con 1092 alumnos de 2do a 6to de primaria que contestaron el Test Bull-S que el 23.9% tenían participación en el acoso escolar.(9)

Con respecto a la satisfacción familiar, el grado de unión de la familia y de satisfacción con la vida es un tema que guarda relación estrecha con la psicopatología en niños y adolescentes. Esta relación como se muestra en el estudio de González Castro en 2015 encontró que 62% de alumnos de primero de secundaria tenían algún tipo de violencia familiar. (13) En este estudio se aplicó una encuesta enfocada en acoso escolar con ítems para identificar y graduar la violencia intrafamiliar, y aunque no hace mención sobre la manera de medir la severidad de la violencia deja ver una realidad que no ha sido analizada en su relación directa con el acoso escolar en nuestro medio. La satisfacción familiar y la satisfacción con la vida son temas que parecieran estar íntimamente relacionados con el acoso escolar, sin embargo, al conocimiento del autor de este

estudio no hay investigaciones previas que hayan relacionado estas variables en nuestra población.

Es necesario conocer la relación que existe entre la satisfacción familiar y el acoso escolar en nuestra población para poder implementar medidas hacia su manejo integral mediante intervenciones familiares tempranas y mejorando las relaciones entre los miembros y la percepción familiar creando factores protectores que ayuden al adolescente a prevenir el acoso escolar.

Es factible que el tratamiento a la familia así como las medidas de concientización a la población generan cambios en la dinámica familiar, de esta manera, esta población se podría ver beneficiada al tener una asociación real entre el nivel de satisfacción familiar y el rol de los adolescentes en el acoso escolar.

El presente estudio no generó repercusiones tanto físicas, morales o psicológicas para ninguno de los participantes. De cualquier manera se les informó a los pacientes y tutores legales las implicaciones del estudio, objetivos y características con el fin de obtener su aprobación para participar en el mismo así como la posibilidad de no participar o retirarse en cualquier momento de la aplicación de la batería de pruebas.

Fue aprobado por el comité de ética de la Facultad de Medicina UANL con clave de aprobación PS-18-00006.

Capítulo III

Hipótesis

a. Hipótesis alterna.

Los adolescentes que participan en el acoso escolar tendrán menor grado de funcionalidad familiar en comparación con aquellos que no participan en el acoso escolar.

b. Hipótesis nula.

Los adolescentes que participan en el acoso escolar no tendrán menor grado de funcionalidad familiar en comparación con aquellos que no participan en acoso escolar.

Capítulo IV

Objetivos

a. Objetivo general

Analizar la relación entre el acoso escolar y el nivel de funcionalidad familiar.

b. Objetivos específicos.

- i. Identificar la prevalencia de los niveles de funcionalidad familiar en la consulta de psiquiatría infantil y de la adolescencia.
- ii. Identificar la prevalencia de acoso escolar en la consulta de psiquiatría infantil y de la adolescencia.
- iii. Identificar el grado de satisfacción con la vida en los pacientes de la consulta de psiquiatría infantil y de la adolescencia.
- iv. Determinar datos sociodemográficos de la muestra general.
- v. Determinar la presencia de violencia/tensión entre la pareja de tutores de los adolescentes que acuden a la consulta de psiquiatría infantil y de la adolescencia.
- vi. Relacionar el nivel de funcionalidad familiar y el tipo de acoso escolar.

Capítulo V

Material y métodos

a. Plan de análisis

Los resultados obtenidos se recabaron en una base de datos Excel, posteriormente se analizaron mediante el programa IBM SPSS Statistics 20. Se obtuvieron los estadísticos descriptivos como medidas de tendencia central, de dispersión y de posición en las variables cuantitativas así como frecuencias observadas de las variables de tipo cualitativas.

Posteriormente, los valores de estudio se contrastaron según las variables de interés mediante pruebas de hipótesis para medias y proporciones, según fuera el caso para cada tipo de variable ya sea cuantitativa o cualitativa, a una confiabilidad del 95%; la búsqueda de asociación y correlación se realizó mediante χ^2 y correlación de Pearson o Spearman según su distribución.

b. Diseño.

I. Criterios de inclusión.

- i. Individuos del género masculino y femenino.
- ii. Edad de 12 a 17 años.
- iii. Que se encuentren inscritos en un curso escolar.
- iv. El menor otorga asentimiento informado.
- v. Que los padres acepten la participación en el estudio dando su consentimiento verbal.

- vi. Que sean usuarios del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario.
- vii. Que no presenten dificultades en el entendimiento de los instrumentos del estudio.

II. Criterios de exclusión.

- i. Pacientes que no cumplan los criterios de inclusión.
- ii. Pacientes que no toleren la aplicación de los cuestionarios.
- iii. Personas que tengan dificultad para el entendimiento de los instrumentos del estudio.
- iv. Personas que no deseen participar en el estudio.

III. Criterios de eliminación.

- i. Personas que soliciten que su información no sea incluida en el estudio.
- ii. Aquellos con encuestas incompletas

c. Captura.

La captura de los datos se realizó en una sola exhibición en la consulta externa del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González entre los meses de abril y septiembre de 2018. Los médicos psiquiatras residentes de la especialidad de psiquiatría Infantil y de la adolescencia informaron a los adolescentes y sus padres o tutores sobre la posibilidad de participar en este estudio de investigación. Aquellos que accedieron a participar se refirieron con el investigador principal quien explicó los objetivos del estudio así como su derecho a no participar en el mismo. Aquellos que otorgaron su

consentimiento informado de manera verbal, se les entregó la batería de pruebas que consiste en la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III), la Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA), la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS), Test BULL-S y el test abreviado de violencia (WAST por sus siglas en inglés Woman Abuse Screening Tool) el cual se aplicó a los tutores. Se les explicó a detalle el llenado de los mismos así como una hoja de perfil sociodemográfico la cual contaba con un número de registro, edad del participante, sexo, nivel académico, personas con las que cohabita y diagnóstico psiquiátrico, el cual era llenado por el psiquiatra tratante.

d. Instrumentos de evaluación.

i. *Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III)*

Esta escala evalúa la cohesión y la adaptabilidad entre la familia, que, de acuerdo con el modelo circunflejo desarrollado por Olson, Sprenkle y Russell (1979) es uno de los más relevantes hasta la fecha en la comprensión de los sistemas familiares. Cohesión es el vínculo emocional que los miembros de un sistema de familia tiene entre sí, y la adaptabilidad sería la habilidad de dicho sistema para cambiar. Cada una de estas dimensiones está compuesta por diferentes variables que contribuyen a su comprensión. Los conceptos vinculados con la cohesión serían: lazos familiares, implicación familiar, coaliciones padres-hijos, fronteras internas y externas. Los conceptos específicos vinculados con adaptabilidad son: liderazgo, disciplina, negociación, roles y reglas. Su fiabilidad en español que se habla en México: alfa de Cronbach de 0,70. Anglosajona: 0,80.

(14)

ii. *La Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA).*

Es un instrumento breve y sencillo diseñado en España para evaluar la satisfacción familiar expresada por los sujetos por medio de distintos adjetivos. Constituye una medida de la percepción global que tiene el sujeto sobre su situación familiar. Está compuesta por 27 reactivos, se puntúa en escala de Likert del 1 al 6. Cada reactivo formado por una pareja de adjetivos antónimos que tratan de evocar respuestas afectivas en el sujeto y que tienen su origen en las interacciones verbales y/o físicas que se producen entre él y los demás miembros de su familia para ver qué tan integrado se siente respecto a su familia. La escala posee una confiabilidad ($\alpha=.89$), validez del constructo (varianza total de 50%), de contenido y discriminante entre escolares y adolescentes ($p.000$). (15)

iii. *Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS por sus siglas en inglés Satisfaction With Life Scale)*

La Satisfacción sobre su vida es una evaluación global sobre su vida. Cuestionario auto aplicable de 5 preguntas. Escala conformada por dos componentes: emocional y cognitivo. Estos dos se correlacionan moderadamente del bienestar y de muchas medidas sobre el bienestar las implican a ambas aunque con distinto patrones de comportamiento a través del tiempo. Existen 3 razones por la que las personas desconocen qué elementos no les hacen satisfactorio su vida: 1° Ignoran las razones emocionales negativas aunque reconozcan aspectos indeseables. 2°: Las reacciones afectivas son con frecuencia respuestas de corta duración a estímulos inmediatos, mientras que la satisfacción con la vida es una evaluación que refleja una perspectiva a largo plazo. 3°: La evaluación refleja valores y objetivos conscientes. Lo afectivo puede

reflejar factores inconscientes y afectados por estados corporales cognitivos conformando así una evaluación global de la vida, compara lo bueno con lo malo de la vida. Cuenta con una alta consistencia interna Cronbach que oscila entre 0.89 y 0.79. Además de una alta correlación positiva con el bienestar y una sensibilidad negativa a síntomas de ansiedad, malestar psicológico, depresión. Es influida por acontecimientos más sobresalientes ocurridos en la historia reciente del sujeto (16)

iv. *TEST BULL-S.*

Es un cuestionario de aplicación colectiva, elaborado para la medida de la agresividad, entre iguales en contextos escolares. Está compuesto por 15 ítems, diseñado en torno a 3 categorías de información. El estudio de la estructura interna del aula, a través de los criterios de aceptación – rechazo, formada por 4 ítems. La dinámica Bullying a través de 6 ítems relativos a las características asociadas a los sujetos implicados y una tercera categoría relativa a aspectos situacionales con formato likert. Usando las variables relativas a la agresión y victimización, el alfa de Cronbach es de 0.73 y puntúa de manera similar en diferentes grupos de edad, sexo. Para los relativos a la agresión el alfa estimada fue de 0.82 y para los relativos a la victimización el alfa se situó en 0.83. Es un instrumento fiable y válido para medir el acoso y la agresividad entre escolares (2,9)

v. *Escala versión corta en español del Woman Abuse Screening Tool (WAST por sus siglas en inglés)*

Consta con dos preguntas en la versión corta, resultando una manera efectiva y rápida en la consulta de identificar el sufrimiento de violencia por la pareja. Traducida por Fargarty y Brow (2002) en pacientes hispanos. Se puntúa con 1 a las respuestas más extremas (mucha tensión y mucha dificultad) y un puntaje de 0 a las demás opciones de respuesta, La puntuación final oscila entre 0 y 2 y las puntuaciones 1 como 2 son consideradas resultados positivos. WAST muestra una sensibilidad del 91.7% y una alta correlación con la versión larga (correlación de Spearman=0.86, $p<0.001$). (17)

e. Muestra.

Considerando una población finita de 800 adolescentes que acuden a consulta de psiquiatría, a un nivel de confianza del 95%, una probabilidad de 24.7% y un error máximo aceptado del 10%, se determinó mediante la fórmula para tamaños muestrales de proporciones en poblaciones finitas, una muestra estadísticamente significativa de 86 pacientes y se agregó un 10% para compensar la merma, dando un tamaño muestral de 95 adolescentes.

Capítulo VI

Resultados

Se obtuvo la muestra que consistió en 107 pacientes entre 12 y 17 años que acudieron a consulta de este hospital en los meses de abril a septiembre de 2018. Los pacientes cumplían con los criterios de inclusión, y aceptaron la aplicación de las encuestas al igual que sus padres.

El grupo total de pacientes estuvo conformado por 50 mujeres quienes representaban el 46.7% y 57 hombres conformando el 53.3% de la muestra. Con respecto a la edad se obtuvo una media de 14 años con desviación estándar de 1.492. La muestra y porcentajes por edad se presentan en la Tabla#1. Al relacionar la edad y el género con el lugar, frecuencia, percepción de gravedad del acoso, así como la percepción de seguridad en la escuela no se encontró significancia estadística en la prueba de χ^2 de Pearson.

En lo que corresponde a la escolaridad, una pequeña muestra de pacientes se encontraba cursando sexto de primaria 4.7% (n=5), la mayor parte se encontraba cursando la secundaria 62.6% (n=67) y cursando preparatoria el 32.7% (n=35).

La mayoría vivía con ambos padres 57.9% (n=62), seguido por familia monoparental 26.2% (n=28), aquellos que vivían con los abuelos eran el 11.2% (n=12) y con familiares ya sean tíos, primos o hermanos únicamente 3.7% (n=4) solo un paciente seleccionó la casilla "otro" 0.9%.

Se decidió agrupar los diagnósticos con el fin de hacer una muestra representativa quedando cinco grupos, en los cuales, el más frecuente fue depresión con 49.5% (n=53) y en orden decreciente, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) 22.4% (n=24), ansiedad 21.5% (n=23), trastorno adaptativo 1.9% (n=2) y otros diagnósticos 4.7% (n=5), en donde se agruparon aquellos diagnósticos que solo incluían un paciente.

Tabla 1 Datos sociodemográficos			
PARÁMETRO		n	%
MUESTRA (pacientes)		107	100
Género	Hombres	57	53.3
	Mujeres	50	46.7
Edad	12 años	22	20.6
	13 años	24	22.4
	14 años	20	18.7
	15 años	15	14
	16 años	25	23.4
	17 años	1	0.9
Escolaridad	Primaria	5	4.7
	Secundaria	67	62.6
	Preparatoria	35	32.7
Composición familiar	Ambos padres	62	57.9
	Monoparental	28	26.2
	Abuelos	12	11.2
	Familiares	4	3.7
	Otros	1	0.9
Diagnóstico por grupo	Ansiedad	23	21.5
	Depresión	53	49.5
	T. adaptativo	2	1.9
	TDAH	24	22.4
	Otros	5	4.7
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), Trastorno adaptativo (T. adaptativo)			

En cuanto al tipo de acoso recibido, de acuerdo a lo referido por la población estudiada y donde se permitió que seleccionaran uno o más subtipos, el 44.9% (n=48) reportó la presencia de “insultos y amenazas”, siendo el más frecuente en el grupo en general. Le siguieron “maltrato físico” 18.7% (n=20), y “rechazo” con 16.8% (n=18). El 1.9% (n= 2) negó bullying dentro de su escuela y el 2.8% (n=3) refirió otras formas. También se encontraron combinaciones de tipo de acoso los cuales se representan en la Tabla #2.

En cuanto al sitio en donde se realizaba el acoso, el 54.2% (n=58) reportó el “aula” como el sitio más común, seguido por “patio” en un 18.7% (n=20), “pasillos” 3.7% (n=4) y “otros sitios” 2.8% (n=3). Un 1.9% de la muestra (n=2) negó acoso y 5.6% (n=6) marcaron todas las casillas. En la tabla #2 se representan aquellos que seleccionaron más de dos respuestas en la misma pregunta.

Con respecto a la frecuencia con la cual esta población era víctima de algún tipo de agresión, encontramos que “rara vez” era la más frecuente con 41.1% (n=44) seguido por “nunca” 30.8% (n=33) y por último “1-2 veces por semana” con 28% (n=30), ninguna persona seleccionó “todos los días”. El rol reportado en las encuestas fue de víctima 6.5% (n=7), victimario el 2.8% (n=3) y personas que reciben rechazo 15.9% (n=17). Se agruparon aquellas personas que sufrían de acoso escolar, 33 personas lo negaron, representando el 30.8% y 74 personas que sufrían acoso escolar “rara vez” o “1 a 2 veces por semana” siendo el 69.2%.

Con respecto a la gravedad del acoso el 36.4% (n=39) consideraban que era “regular”, 33.6% (n=36) consideraba que era “muy grave”, 20.6% (n=22) consideraban que era “poco o nada grave” y solo 9.3% (n=10) consideraban que era “bastante grave”.

En la percepción de seguridad dentro de la escuela, el 45.8% (n=49) dijo sentirse “regularmente seguro”, 19.6% (n=21) dijo sentirse “bastante seguro”, 18.7% (n=20) dijo sentirse “poco o nada seguro” y 15.9% (n=17) dijo sentirse “muy seguro”.

Se encontró relación significativa entre las personas que sufrían de acoso escolar con la percepción de la gravedad del acoso y de seguridad en la escuela ($\chi^2= 10,539$, $p=0.015$ y $\chi^2= 17,652$, $p=0.001$ respectivamente). Las personas que sufrían de acoso escolar consideraban que las situaciones eran “muy graves” en comparación a las personas que no tenían acoso escolar ($p=0.007$). Y en sentido contrario, aquellos que no tenían acoso escolar, consideraban que las situaciones de acoso eran “poco o nada graves” en mayor frecuencia que los que tenían acoso escolar ($p=0.047$). También, los que sufrían de acoso escolar se sentían poco o nada seguros en la escuela en comparación con los que no sufrían de acoso escolar ($p=0.025$). En sentido inverso, aquellos que no tenían acoso dijeron sentirse bastante seguros en la escuela en comparación con aquellos que tenían acoso escolar ($p<0.001$).

En la escala de satisfacción con la vida SWLS se observó que la mayoría se encontraba “ligeramente insatisfechos” con 40,2% (n=43) seguido por “moderadamente insatisfechos” 33.6% (n=36), “satisfechos” 15.9% (n=17),

“significativamente insatisfecho” 9.3% (n=10), y “extremadamente insatisfecho” 0.9% (n=1).

Tabla 2 TEST BULL-S			
PARÁMETRO		n	%
MUESTRA (pacientes)		107	100
Las agresiones suelen ser:	Insultos y amenazas	48	44.9
	Maltratos físicos	20	18.7
	Rechazo	18	16.8
	Otras formas	3	2.8
	Insultos y maltrato físico	5	4.7
	Insultos y rechazo	5	4.7
	Maltrato y rechazo	1	0.9
	Rechazo y otras formas	1	0.9
	Ninguno	2	1.9
	Todos	4	3.7
¿En dónde suelen ocurrir las agresiones?	Aula	58	54.2
	Patio	20	18.7
	Pasillos	4	3.7
	Otros	3	2.8
	Aula y Patio	10	9.3
	Aula y Pasillos	2	1.9
	Patio y Pasillos	1	0.9
	Todos los sitios	6	5.6
	Ninguno	2	1.9
	Aula y Otros	1	0.9
¿Te sientes seguro en la escuela?	Poco o nada	20	18.7
	Regular	49	45.8
	Mucho	17	15.9
	Bastante	21	19.6
¿Con que frecuencia te ocurren las agresiones	1-2 veces por semana	30	28.0
	Rara vez	44	41.1
	Nunca	33	30.8
Presencia de acoso escolar	Sin acoso escolar	33	30.8
	Con acoso escolar	74	69.2

Se encontró relación significativa entre aquellos que se estaban significativamente insatisfechos con la vida en relación a la percepción de la gravedad del acoso escolar ($\chi^2= 14,020$, $p=0.003$). De igual manera, aquellos que se encontraban ligeramente insatisfechos con su vida, percibían poco o nada graves las situaciones de acoso, en comparación con aquellos que se encontraban moderadamente insatisfechos ($p=0.030$). Los que se encontraban significativamente insatisfechos con su vida, seleccionaron la gravedad “regular” del acoso escolar más frecuentemente, en comparación con aquellos moderadamente insatisfechos, ligeramente insatisfechos y satisfechos con la vida ($p=0.009$, $p=0.002$, $p=0.014$ respectivamente).

Tabla 3 Escalas			
PARÁMETRO		n	%
MUESTRA (pacientes)		107	100
Escala de satisfacción con la vida (SWLS)	Extremadamente insatisfecho con la vida	1	0.9
	Significativamente insatisfecho con la vida	10	9.3
	Moderadamente insatisfecho con la vida	36	33.6
	Ligeramente insatisfecho con la vida	43	40.2
	Alta de satisfacción con la vida	17	15.9
Escala de satisfacción familiar por adjetivos (ESFA)	Bajo grado de satisfacción familiar	3	2.8
	Moderado grado de satisfacción familiar	7	6.5
	Alto grado de satisfacción familiar	17	15.9
	Muy alto grado de satisfacción familiar	80	74.8
Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar (FACE III)	Disfunción severa	21	19.6
	Disfunción moderada	62	57.9
	Funcionalidad equilibrada	24	22.4
Test abreviado de violencia (WAST)	Relación de pareja sin tensión	82	76.6
	Relación de pareja algo tensa	12	11.2
	Relación de pareja con tensión severa	13	12.1

Hubo una mayor cantidad de pacientes que se encontraban significativamente insatisfechos con la vida viviendo en familias con disfunción severa en comparación con aquellos que vivían en familias con disfunción moderada ($p=0.033$). También era más frecuente que aquellos con alta satisfacción con la vida pertenecieran a familias con funcionalidad equilibrada en lugar de familias con disfunción moderada ($p=0.047$).

Fue significativa la relación de aquellos moderadamente insatisfechos con la vida con las variables tipo de agresión y donde suelen ocurrir las agresiones ($\chi^2= 20,592$, $p=0.015$ y $\chi^2= 52,995$ $p=0.000$ respectivamente). A su vez, aquellos que se encontraban significativamente insatisfechos, reportaron, mayor cantidad de rechazo en comparación con aquellos moderadamente insatisfechos ($p=0.025$).

En la escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar (FACE III) se encontró que la mayor parte de la población vivía en familias disfuncionales siendo el 77.5% ($n=83$) de las cuales 57.9% ($n=62$) tenían disfunción moderada y 19.6% ($n=21$) tenían disfunción severa. El resto tenía funcionalidad equilibrada 22.4% ($n=24$).

Al comparar los grupos de diagnóstico funcionalidad familiar, se encontró que la depresión era más frecuente en familias con disfunción severa que en familias con funcionalidad equilibrada ($p=0.015$). En las familias con disfunción severa, se relacionaron la frecuencia con la que ocurren las agresiones hacia la persona ($\chi^2= 7,221$ $p=0.027$) y seleccionaron más, la opción de sufrir acoso escolar rara vez en comparación con los que vivían en familias con disfunción moderada ($p=$

0.026). En la prueba de hipótesis para media T de student resultó significativo que los adolescentes en familias con disfunción severa, tenían mayor edad que los que viven en familias equilibradas ($p=0.05$).

En las familias con funcionalidad equilibrada los adolescentes se sentían más seguros en la escuela ($\chi^2= 17,506$, $p=0.001$) en comparación con aquellos que vivían en familias con disfunción moderada y severa ($p=0.019$ y $p=0.045$ respectivamente).

En el rubro de cohesión familiar, se encontró que lo más frecuente era la cohesión desligada 52.3% ($n=56$), seguido por cohesión separada 23.4% ($n=25$), cohesión conectada 20.6% ($n=22$) y por último cohesión amalgamada 3.4% ($n=4$). Al relacionar la cohesión familiar con la frecuencia, percepción de la gravedad del acoso y la sensación de seguridad en la escuela no se encontraron resultados significativos. Al relacionar la cohesión familiar con respecto a la escala de satisfacción con la vida, se encontró que era más frecuente que aquellos que estaban significativamente y moderadamente insatisfechos con la vida, formaran parte de familias desligadas, en comparación con aquellos con un alto grado de satisfacción con su vida ($p=0.009$ y $p=0.000$ respectivamente).

Con respecto a la adaptabilidad, las familias flexibles representaron el 34.6% ($n=37$) seguido por las familias estructuradas 31.8% ($n=34$), caótica 22.4% ($n=24$) y rígidas 11.2% ($n=12$). Al relacionar la adaptabilidad familiar con la frecuencia y percepción de la gravedad del acoso no se encontraron resultados significativos. En la relación con la sensación de seguridad dentro de la escuela,

aquellos que vivían en familias flexibles seleccionaron con mayor frecuencia la opción de sentirse muy seguros en relación con la respuesta de regularmente seguros ($p= 0.008$). No se encontró relación significativa en adaptabilidad familiar en relación con la escala de satisfacción con la vida.

En lo que respecta a la escala de satisfacción familiar por adjetivos ESFA, se encontró que la mayoría tenía un “muy alto grado de satisfacción familiar 74.8% (n=80) seguido por “alto grado de satisfacción familiar” 15.9% (n=17), “moderado grado de satisfacción familiar” 6.5% (n=7) y por último “bajo grado de satisfacción familiar” 2.8% (n=3). No se encontró relación significativa con los datos sociodemográficos ni con las variables para con gravedad, presencia, frecuencia y tipo de acoso escolar, así como para la escala de satisfacción con la vida.

El en test abreviado de violencia (WAST) se encontró que la mayoría tenía una relación sin tensión 76.6% (n=82), seguido por relación con tensión severa 12.1% (n=13), y relación algo tensa 11.2% (n=12).

Al relacionarlo con la funcionalidad familiar, los que tenían una relación sin tensión, dieron puntajes más altos para familias con funcionalidad equilibrada en comparación con disfunción moderada y disfunción severa ($p=0.038$ y $p=0.032$ respectivamente). Se relacionó significativamente a la variable moderadamente insatisfecho con la vida ($\chi^2= 7,991$, $p=0.046$). No se encontraron relaciones significativas con las variables de acoso escolar.

Capítulo VII

Discusión

Encontramos una muestra de 107 pacientes entre 12 y 17 años conformado por 50 mujeres y 57 hombres, con edad media de 14 años con desviación estándar de 1.492, la mayor parte de la muestra se encontraba estudiando la secundaria (62.6%, n=67) y vivían con ambos padres (57.9%, n=62), . No se encontraron diferencias significativas entre los datos sociodemográficos. El diagnóstico psiquiátrico más frecuente fue depresión (49.5%, n=53) seguido por TDAH (22.4%, n=24).

Se tomaron en cuenta las respuestas de opción múltiple del TEST BULL-S en donde se encontró que el tipo de acoso más frecuente eran los insultos y amenazas (44.9%, n=48), principalmente dentro del aula (54.2%, n=58) y se reportó que pasaba “rara vez” (41.1%, n=44). La mayoría consideraba que la gravedad del acoso era “regular” (36.4%, n=39) y se sentían “regularmente seguros” en la escuela (45.8%, n=49).

Considerando que el acoso escolar es una situación que se ha relacionado estrechamente con el desarrollo de patología psiquiátrica(1,8), es importante para este estudio, definir la importancia de la existencia, independientemente de la frecuencia y la gravedad del mismo. Por este motivo se creó un grupo en el cual se define como acoso escolar a todos aquellos pacientes que sufrían cualquier frecuencia de acoso (69.2%, n=74) mediante la respuesta de “rara vez”, “1 a 2 veces por semana” y “diario”. Tomando esta consideración, se encontró que las personas que sufrían de acoso tenían una percepción más

grave del acoso y se sentían menos seguras en la escuela ($\chi^2= 10,539$, $p=0.015$ y $\chi^2= 17,652$, $p=0.001$ respectivamente), estas dos variables podrían estar relacionadas con lo que se ha descrito en la literatura en relación al desempeño escolar, la capacidad para concentrarse y (8)dificultades para el ajuste escolar(6).

En comparación con la muestra nacional que se realizó en 2010 en donde se encontró una prevalencia de 23,9% (9) y estudios en población clínica de esta institución realizados por el Dr. Mario H. Cáceres Vargas, Dra. Elena Guadalupe Rodríguez Gutiérrez y la Dra. María Teresa Laurencia Perales Blum, se encontró una prevalencia que va del 35.6 al 81.9% la muestra del presente estudio (69.2% $n=74$) es superior a la reportada en población general y se encuentra por debajo de la reportada en el estudio realizado en pacientes con diagnóstico de TDAH con prevalencia de Bullying de 81.9% (Cáceres 2013). Esto va de acuerdo con la relación estrecha que existe entre psicopatología y acoso escolar.

En la escala de satisfacción con la vida (SWLS), la mayoría estaban ligeramente insatisfechos con la vida (40,2%, $n=43$). Se encontró una relación significativa entre aquellos que se encontraban significativamente insatisfechos con la manera de percibir el acoso escolar ($\chi^2= 14,020$, $p=0.003$) considerándolo con una gravedad regular en comparación con aquellos que tenían puntajes más altos en la escala de satisfacción con la vida. Es de consideración como aquellas personas que tenían puntajes más altos en la SWLS percibían como poco o nada grave el acoso, en comparación con los que se encontraban moderadamente insatisfechos ($p=0.030$). Los pacientes significativamente

insatisfechos solían sentir más rechazo que aquellos moderadamente insatisfechos ($p=0.025$). Fue más frecuente que los pacientes significativamente insatisfechos vivieran en familias con disfunción severa al compararlo con familias con disfunción moderada ($p=0.033$) Y los que tenían satisfacción alta eran más propensos a vivir en familias con funcionalidad equilibrada. ($p=0.047$). Con estos resultados se puede observar que, los adolescentes con puntajes más altos de satisfacción con la vida percibían menos grave el acoso escolar que aquellos con puntajes más bajos, estos últimos percibiendo más rechazo y formando parte de familias con disfunción severa. El presente estudio no puede presentar causalidad para dicha asociación, sin embargo la relación entre las familias severamente disfuncionales, la insatisfacción con la vida y el rechazo por los pares se puede observar en los resultados del estudio.

En la escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar FACES III. Se encontró que la mayor parte de la población tenía disfunción familiar moderada (57.9%, $n=62$), la cohesión familiar más frecuente fue la desligada (52.3%, $n=56$), y la adaptabilidad más frecuente fue de familias flexibles (34.6%, $n=37$).

Se encontró que había más personas con depresión en familias con disfunción severa al compararlo con familias con funcionalidad equilibrada. ($p=0.015$).

En familias con disfunción severa hay relación con la frecuencia que ocurren las agresiones ($\chi^2= 7,221$ $p=0.027$) y con sufrir acoso rara vez al compararlo con disfunción moderada ($p= 0.026$).

En las familias con funcionalidad equilibrada los adolescentes se sentían más seguros en la escuela ($\chi^2= 17,506$, $p=0.001$) en comparación con aquellos que vivían en familias con disfunción moderada y severa ($p=0.019$ y $p=0.045$ respectivamente).

En la relación con la sensación de seguridad dentro de la escuela, aquellos que vivían en familias flexibles seleccionaron con mayor frecuencia la opción de sentirse muy seguros en relación con la respuesta de regularmente seguros ($p= 0.008$).

Con estos resultados se puede comprobar que los adolescentes que viven en familias con disfunción severa sufren de acoso escolar más frecuentemente, aun y cuando fue considerado como rara vez. También que los adolescentes que vivían en familias con funcionalidad equilibrada se sentían más seguros en la escuela. Como se encuentra en el modelo circunflejo de Olson, las familias caóticas y rígidas tienen problemas en la adaptabilidad y la manera de interactuar siendo generalmente impulsivas, inhibitorias y no asertivas. En el mismo sentido, los adolescentes que viven en familias caóticas (desligadas y/o amalgamadas) o rígidas (desligadas y/o amalgamadas) no logran sentir seguridad en el núcleo familiar y esto se ve reflejado también en el ambiente escolar. Es por eso, que la flexibilidad familiar, siendo una parte fundamental de las familias con funcionalidad equilibrada, sean las que provean de herramientas al adolescente para afrontar los problemas, negociar y relacionarse con los demás.

En la escala de satisfacción familiar por adjetivos (ESFA), la mayoría tenía un “muy alto grado de satisfacción familiar (74.8%, n=80) pero no se encontraron relaciones significativas con el perfil sociodemográfico y las otras escalas aplicadas. Cabe destacar, que no hubo relación con las familias con funcionalidad equilibrada o con la escala de satisfacción con la vida como era lo esperado, situación que deja duda sobre la manera en la que los pacientes respondieron a esta escala.

En el test abreviado de violencia (WAST) la mayoría tenía una relación sin tensión (76.6%, n=82), Al relacionarlo con la funcionalidad familiar, los que tenían una relación sin tensión, dieron puntajes más altos para familias con funcionalidad equilibrada en comparación con disfunción moderada y disfunción severa ($p=0.038$ y $p=0.032$ respectivamente). Se relacionó significativamente a la variable moderadamente insatisfecho con la vida ($\chi^2= 7,991$, $p=0.046$). No se encontraron relaciones significativas con las variables de acoso escolar. De acuerdo a los datos obtenidos se puede relacionar la tensión entre la pareja solamente con la funcionalidad familiar y no se encuentran relaciones con el acoso escolar en los hijos.

Es importante mencionar que no se obtuvieron los tipos de participación en el acoso debido a que los adolescentes, a pesar de referir que sufrían acoso, 1 a 2 veces por semana, la mayoría de estos no se reconocían como las víctimas del salón, y, en la mayoría de los casos, comentaban que otra persona era considerada la víctima.

Capítulo VIII

Conclusiones.

Se obtuvo la muestra de 107 pacientes que acudieron a la consulta del departamento de psiquiatría en el área de psiquiatría infantil y de la adolescencia. Hubo buena participación por parte de los pacientes y sus padres. La mayoría de los tutores reconocían la importancia y el impacto que tiene el acoso escolar en los niños y adolescentes de México.

Se obtuvieron los datos sociodemográficos encontrando que el 53.3% eran hombres, principalmente estudiando secundaria y la mayoría vivía con ambos padres. Se preguntó por la composición de la familia para identificar si existía alguna relación con la funcionalidad familiar y con la presencia de acoso escolar en el adolescente, sin embargo, no se encontró ninguna relación significativa. Por último, el diagnóstico más frecuente era depresión, el cual se relacionaba con las familias con disfunción severa.

El objetivo general del presente estudio era analizar la relación entre el acoso escolar con el nivel de funcionalidad familiar. Se planteó como hipótesis alterna que los adolescentes que participaban en el acoso escolar tendrían un menor grado de funcionalidad familiar en comparación con aquellos que no participan en acoso escolar. Se logró identificar que la frecuencia con la que ocurrían las agresiones estaba relacionada con las familias con disfunción severa, y que, a pesar de recibir acoso “rara vez”, lo sufrían más que los pacientes que vivían en

familias con disfunción moderada. Con esta información, podríamos concluir que se acepta la hipótesis alterna que se planteó en el estudio.

Como dato importante, los pacientes que vivían en familias con funcionalidad equilibrada, se sentían más seguros en la escuela que aquellos que vivían en familias con disfunción moderada y severa. Las familias con funcionalidad equilibrada proveen de herramientas al adolescente para afrontar los problemas, negociar ante las dificultades y relacionarse mejor con los demás.

Se obtuvo la prevalencia de los niveles de funcionalidad familiar en nuestra consulta, identificando que la mayoría de la población vivía en familias disfuncionales siendo el 77.5% (n=83) de las cuales 57.9% (n=62) tenían disfunción moderada y 19.6% (n=21) tenían disfunción severa. El resto tenía funcionalidad equilibrada 22.4% (n=24). La disfunción familiar es frecuente en las familias de pacientes con psicopatología y se hace evidente en esta muestra representativa de nuestra consulta.

Se logró identificar la frecuencia con la que ocurren las agresiones y al momento de organizarlo en dos grupos, uno en donde no ocurrían nunca y un segundo grupo en donde ocurrían desde “rara vez” a “1 a 2 veces por semana” se observó que la mayoría sufría de acoso escolar, considerando que es un 69.2% de la población estudiada.

Se identificó que la mayor parte de la muestra se encontraban “ligeramente insatisfechos” (40,2%, n=43) seguido por “moderadamente insatisfechos” (33.6%, n=36). Con estos datos se puede considerar, que los pacientes que

acuden a nuestra consulta, a pesar de estar en tratamiento, aun presentan grados moderados de insatisfacción con la vida. Es importante mencionar, que esta escala evalúa el malestar del paciente dentro de un tiempo de seis meses a un año por lo cual se debe considerar como un indicador sobre la necesidad de realizar un manejo integral y mejorar las intervenciones familiares con el fin de mejorar la satisfacción con la vida de nuestros pacientes.

No fue posible relacionar el nivel de funcionalidad familiar con el tipo de acoso escolar debido a que la mayoría de los pacientes no refirieron ser víctimas o victimarios, a pesar de que algunos de ellos sufrían de acoso escolar 1 a 2 veces por semana, referían que otra persona era considerada la víctima del salón. Esto es de importancia debido a que podría estar relacionado con la normalización del acoso escolar, y solo, cuando es muy intenso o muy frecuente, la persona se considera que es una víctima.

Es recomendable, que durante las consultas que se realizan en nuestro servicio, se haga una exploración profunda sobre la presencia de acoso escolar, considerando, que los pacientes, a pesar de sufrir acoso escolar, en muchas ocasiones no se reconocen como víctimas y podrían normalizar situaciones que los ponen en riesgo ya sea, en el desempeño escolar, generando nueva psicopatología o retrasando la mejoría en la ya presente.

De igual manera, evaluar a la familia con el fin de identificar el grado de disfunción que existe y generar intervenciones para que provean de un ambiente seguro, que brinde herramientas al adolescente para afrontar los problemas en la

escuela, y que, ellos mismos intervengan en las instituciones de educaciones para brindar seguridad a sus hijos.

El presente estudio se realizó en una población clínica por lo cual, los datos no pueden ser generalizados a la población. Es importante que se realicen más estudios para relacionar estos datos con otras poblaciones como el que se realiza a la par en el departamento de pediatría del Hospital Universitario UANL por la Dra. Mellado y la Lic. Oralia Castillo.

Capítulo IX
ANEXOS



FACE III (Olson, J. Portner E Y. Lavee)

Versión en español (México) C. Gómez y C. Irigoyen

Instrucciones: escriba en espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado

1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí ©	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
2	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos (a)	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia ©	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos ©	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad (a)	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
7	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia ©	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia ©	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos (a)	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
11	Nos sentimos muy unidos ©	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
12	En nuestra familia los hijos toman las decisiones (a)	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
13	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente ©	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
14	En nuestra familia las reglas cambian (a)	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
15	Con facilidad podemos planear actividades en la familia ©	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros (a)	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
18	En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad (a)	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
19	La unión familiar es muy importante ©	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
20	Es difícil decir quién hace las labores del hogar (a)	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre

Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA). Nos gustaría saber cómo se sientes en casa con su familia.

"CUANDO ESTOY EN CASA CON MI FAMILIA, MAS BIEN ME SIENTO"									
1	Feliz	Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente	Infeliz	1
2	Aislado/a	Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente	Acompañado/a	2
3	Jovial (animado)	Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente	Malhumorado/a	3
4	Reconfortado/a	Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente	Desconsolado/a	4
5	Criticado/a	Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente	Apoyado/a	5
6	Calmado/a	Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente	Inquieto/a	6
7	Descontento/a	Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente	Contento/a	7
8	Inseguro/a	Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente	Seguro/a	8
9	A gusto	Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente	A disgusto	9
10	Satisfecho/a	Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente	Insatisfecho/a	10
11	Cohibido/a (limitado)	Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente	A mis anchas	11
12	Desanimado/a	Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente	Animado/a	12
13	Entendido/a	Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente	Malinterpretado/a	13
14	Incómodo/a	Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente	Cómodo/a	14
15	Atosigado/a (molestad)	Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente	Aliviado/a	15
16	Invadido/a	Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente	Respetado/a	16
17	Relajado/a	Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente	Tenso/a	17
18	Marginado/a (apartado)	Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente	Integrado/a	18
19	Agitado/a	Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente	Sereno/a	19
20	Tranquilo/a	Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente	Nervioso/a	20
21	Atacado/a	Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente	Defendido/a	21
22	Dichoso/a	Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente	Desdichado/a	22
23	Desahogado/a	Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente	Agobiado/a (angustiado)	23
24	Comprendido/a	Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente	Incomprendido/a	24
25	Distante	Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente	Cercano/a	25
26	Estimulado/a	Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente	Reprimido/a	26
27	Mal	Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente	Bien	27

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (SWLS)

(Diener et al., 1985; Atienza et al., 2000; Pons et al., 2002)

Por favor, indica tu grado de acuerdo con cada frase rodeando con un círculo el número apropiado (sólo uno por afirmación). Por favor, sé sincero con tu respuesta.

1 Muy en desacuerdo 2 A veces en desacuerdo 3 Neutro 4 A veces de acuerdo
5 Muy de acuerdo

1 En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea	Muy en Desacuerdo	A veces en Desacuerdo	Neutro	A veces de Acuerdo	Muy de Acuerdo
2 Las circunstancias de mi vida son muy buenas	Muy en Desacuerdo	A veces en Desacuerdo	Neutro	A veces de Acuerdo	Muy de Acuerdo
3 Estoy satisfecho (a) con mi vida	Muy en Desacuerdo	A veces en Desacuerdo	Neutro	A veces de Acuerdo	Muy de Acuerdo
4 Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes	Muy en Desacuerdo	A veces en Desacuerdo	Neutro	A veces de Acuerdo	Muy de Acuerdo
5 Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría nada	Muy en Desacuerdo	A veces en Desacuerdo	Neutro	A veces de Acuerdo	Muy de Acuerdo

TEST BULL-S

Edad: _____ Sexo: M___ F___ Grado Escolar: _____

¿Con quién vives? Ambos padres___ Un solo padre___ Abuelos___ Familiares___ Otros___

Diagnóstico psiquiátrico _____ (llenado por el psiquiatra)

Las preguntas siguientes nos ayudaran a entender mejor como percibes el mundo que te rodea. Estas preguntas se refieren a **COMO VES A TUS COMPAÑEROS Y A TI EN CLASE**. Tus respuestas y tus datos con completamente confidenciales. Responde cada pregunta escribiendo como máximo un **NOMBRE** de tus compañeros en clase que mejor se ajusten a la pregunta.

1.- ¿A quién elegirías como compañero (a) de grupo de clase?

- a. _____
- b. _____
- c. _____

2.- ¿A quién **NO** elegirías como compañero?

- a. _____
- b. _____
- c. _____

3.- ¿Quién crees que te elegiría a ti?

- a. _____
- b. _____
- c. _____

4.- ¿Quién crees que **NO** te elegiría a ti?

- a. _____
- b. _____
- c. _____

5.- ¿Quién es el más fuerte de la clase?

- a. _____
- b. _____
- c. _____

6.- ¿Quien actúa como miedoso o como un bebe?

- a. _____
- b. _____
- c. _____

7.- ¿Quién maltrata o pega a otros compañeros?

- a. _____
b. _____

8.- ¿Quién suele ser la víctima?

- a. _____
b. _____
c. _____

9.- ¿Quién suele empezar las peleas?

- a. _____
b. _____
c. _____

10.- ¿A quién se le rechaza?

- a. _____
b. _____
c. _____

11.- Las agresiones suelen ser.... (Marca con una X)

Insultos y amenazas _____ Maltratos Físicos _____ Rechazo _____
*Otras formas _____ *Especifica:

12.- ¿Dónde suelen ocurrir las agresiones? (Marca con una X)

En el aula _____ En el patio _____ En los pasillos _____
*Otros _____ *¿Cuáles?

13.- ¿Con que frecuencia ocurren las agresiones hacia ti? (Marca con una X)

Todos los días _____ 1-2 veces por semana _____ Rara vez _____ Nunca _____

14.- ¿Crees que estas situaciones sean graves? (Marca con una X)

Poco o nada _____ Regular _____ Mucho _____ Bastante _____

15.- ¿Te sientes seguro en tu escuela? (Marca con una X)

Poco o nada _____ Regular _____ Mucho _____ Bastante _____

¡GRACIAS!

VERSIÓN CORTA EN ESPAÑOL DEL WOMAN ABUSE SCREENING TOOL
Fogarty y Brown (2002)

Por favor marca con una x la respuesta que más describa tu relación de pareja

1. En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja?	Mucha tensión	Alguna tensión	Sin tensión
2. Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:	Mucha dificultad	Alguna dificultad	Sin dificultad

Capítulo X

Bibliografía.

1. Craig WM. The relationship among bullying, victimization, depression, anxiety, and aggression in elementary school children. *Pers Individ Dif* [Internet]. 1998;24(1):123–30. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0191886997001451>
2. Ramírez FC, Cerezo Ramírez F. Violencia y victimización entre escolares. El bullying: estrategias de identificación y elementos para la intervención a través del Test Bull-S. *Rev Electrónica Investig Psicoeduc y Psicopedag* [Internet]. 2006;4(9):333–52. Available from: http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/9/espanol/Art_9_115.pdf
3. Solberg ME, Olweus D. Prevalence Estimation of School Bullying with the Olweus Bully/Victim Questionnaire. *Aggress Behav*. 2003;29(3):239–68.
4. Collell J, Miquel CE. El acoso escolar : un enfoque psicopatológico. *Anu Psicol Clínica y la Salud*. 2006;2:9–14.
5. Rech RR, Halpern R, Tedesco A, Santos DF. Prevalence and characteristics of victims and perpetrators of bullying. *J Pediatr (Rio J)*. 2013;89(2):164–70.
6. Veenstra R, Lindenberg S, Oldehinkel AJ, De Winter AF, Verhulst FC, Ormel J. Bullying and Victimization in Elementary Schools: A Comparison of Bullies, Victims, Bully/Victims, and Uninvolved Preadolescents. *Dev*

Psychol [Internet]. 2005;41(4):672–82. Available from:

<http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0012-1649.41.4.672>

7. Brito CC, Oliveira MT. Bullying and self-esteem in adolescents from public schools. *J Pediatr (Rio J)*. 2013;89(6):601–7.
8. BRUNSTEIN KLOMEK A, MARROCCO F, KLEINMAN M, SCHONFELD IS, GOULD MS. Bullying, Depression, and Suicidality in Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2007;46(1):40–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890856709619560>
9. Albores-Gallo L, Saucedo-García JM, Ruiz-Velasco S, Roque-Santiago E. El acoso escolar (bullying) y su asociación con trastornos psiquiátricos en una muestra de escolares en México. *Salud Publica Mex*. 2011;53(3):220–7.
10. Holt MK, Vivolo-kantor AM, Polanin JR, Holland KM, Degue S. Bullying and Suicidal Ideation and Behaviors : A Meta-Analysis. 2015;135(2).
11. Garcia Continente X, Pérez Giménez A, Nebot Adell M. Factores relacionados con el acoso escolar (bullying) en los adolescentes de Barcelona. *Gac Sanit*. 2010;24(2):103–8.
12. Craig W, Harel-Fisch Y, Fogel-Grinvald H, Dostaler S, Hetland J, Simons-Morton B, et al. A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries. *Int J Public Health*. 2009;54(SUPPL. 2).
13. Gonzalez Castro RS. La Violencia Familiar Y Su Influencia En La

Violencia Escolar (Bullying) Activa , Pasiva Y Testigo En Alumnos De Secundaria. Altamira, Rev Acad Universidad tijuana. 2015;3(11):6–21.

14. Ponce Rosas ER, Gómez Clavelina FJ, Terán Trillo M, Irigoyen Coria AE, Landgrave Ibáñez S. Validez de constructo del cuestionario FACES III en Español (México). Aten Primaria. 2002;30(10):624–30.
15. Quintanilla GT, Sotomayor MDPDL, Hernández OM, Peralta PC, Domingo MM, Roque AH, et al. Escala de satisfacción familiar por adjetivos (ESFA) en escolares y adolescentes mexicanos: Datos normativos. Salud Ment. 2013;36(5):381–6.
16. Atienza F, Pons D, Balaguer I, García-Merita M. Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. Psicothema [Internet]. 2000;12(1984):314–9. Available from: <http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/7597>
17. Plazaola-casta J, Ruiz-p I, Hern E, Abuse W, Tool S. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España. 2008;22(5):415–20.

Capítulo XI

Resumen autobiográfico

Noé Palacios Garza
Candidato para el Grado de
Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia

Tesis: “Asociación del acoso escolar (bullying) con el grado de satisfacción familiar en pacientes adolescentes que acuden a la consulta de psiquiatría.”

Campo de Estudio: Salud Mental

Biografía:

Datos Personales: Nacido en Monterrey, Nuevo León, el 19 de mayo de 1983.

Educación: Título de Médico Cirujano y Partero por la Facultad de Medicina de la UANL en 2012. Posteriormente en 2017 se obtiene el diploma de Especialista en Psiquiatría por la Universidad Autónoma de Yucatán, especialidad realizada en el Hospital Psiquiátrico “Yucatán”. Actualmente en el último año de la Especialidad en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, avalado por la Universidad Autónoma de Nuevo León.