

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA



**“PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE BULLYING
Y SÍNTOMAS DE ANSIEDAD EN UNA POBLACIÓN CLÍNICA DE
NIÑOS Y ADOLESCENTES”**

Por

DRA. MAGDALENA RODRIGUEZ SALINAS

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

FEBRERO 2017

**“PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE BULLYING
Y SÍNTOMAS DE ANSIEDAD EN UNA POBLACIÓN CLÍNICA DE
NINOS Y ADOLESCENTES”**

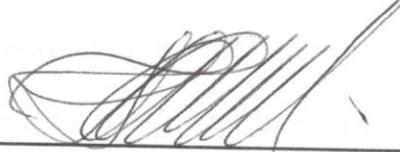
Aprobación de la tesis:



**Dr. Mario Hernando Cáceres Vargas
Director de la tesis**



**Dr. Alfredo Bernardo Cuéllar Barboza
Coordinador de Enseñanza**



**Dr. Felipe Homero Sandoval Avilés
Coordinador de Investigación**



**Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano
Jefe de Servicio o Departamento**



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

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA



**“PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE BULLYING
Y SÍNTOMAS DE ANSIEDAD EN UNA POBLACIÓN CLÍNICA DE
NIÑOS Y ADOLESCENTES”**

Por

DRA. MAGDALENA RODRIGUEZ SALINAS

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

FEBRERO 2017

**“PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE BULLYING
Y SÍNTOMAS DE ANSIEDAD EN UNA POBLACIÓN CLÍNICA DE
NINOS Y ADOLESCENTES”**

Aprobación de la tesis:

**Dr. Mario Hernando Cáceres Vargas
Director de la tesis**

**Dr. Alfredo Bernardo Cuéllar Barboza
Coordinador de Enseñanza**

**Dr. Felipe Homero Sandoval Avilés
Coordinador de Investigación**

**Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano
Jefe de Servicio o Departamento**

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

DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS

Dedico este trabajo de tesis a mi familia; mis primeros maestros. De quienes sigo aprendiendo todos los días.

Quiero expresar mi agradecimiento a mi maestro el Dr. Mario Cáceres Vargas director de este trabajo de tesis, por el apoyo constante durante los años formativos en el día a día y durante las horas de trabajo clínico y supervisiones. Gracias por la confianza, su ejemplo de trabajo constante ha sido modelo a seguir en este camino a la graduación.

Agradezco al Departamento de Psiquiatría, a la coordinación de Investigación y al servicio de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia puesto que encontré siempre las puertas abiertas para llevar a cabo esta tesis de graduación.

Gracias al Dr. José Antonio López Rangel por sus atenciones al adaptar los tiempos de atención en el servicio de consulta externa para favorecer la captación de pacientes y aplicación de escalas, esfuerzos sin los cuales no habría sido posible la realización de este proyecto.

Y a todas las personas que contribuyeron de alguna manera en la realización de este trabajo; mis compañeros de residencia y en especial a mi compañero de vida Carlos Alejandro Bustos Bolaños por su apoyo incondicional, amor y paciencia. Gracias por todo.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I	Página
1. RESUMEN	8
Capítulo II	
2. INTRODUCCION.	10
2.1.- Antecedentes.	10
2.2.- Planteamiento del problema	18
2.3.- Justificación del estudio.	20
2.4.- Limitaciones del estudio.	22
Capítulo III	
3. HIPOTESIS.	23
3.1.- Preguntas de investigación.	23
Capítulo IV	
4. OBJETIVOS.	24
Capítulo V	
5. MATERIAL Y METODOS	25
Procedimiento.	32
Consideraciones éticas.	33

Capítulo VI	
6. RESULTADOS.....	37
Capítulo VII	
7. DISCUSIÓN.....	51
Capítulo VIII	
8. CONCLUSIÓN.....	53
Recomendaciones para futuros estudios.....	55
Capítulo IX	
9. ANEXOS.....	57
Capítulo X	
10.BIBLIOGRAFÍA.....	65
Capítulo XI	
11. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO.....	75

INDICE DE FIGURAS, GRÁFICAS Y TABLAS

Figura 1.- Relación de agorafobia en pacientes con y sin ansiedad.....	41
Figura 2.- Riesgo de ansiedad por diagnóstico clínico.....	42
Figura 3.- Desviación de medias en subescalas de SCAS.....	42
Figura 4.- Densidad de eventos por sexo y edad.....	44
Figura 5.- Resultados de SCAS en pacientes con depresión.....	46
Figura 6.- Resultados de SCAS en pacientes con TDAH.....	46
Gráfica 1.- Distribución por sexo y edad.....	37
Gráfica 2.- Distribución por grado escolar.....	38
Gráfica 3.- Distribución por diagnósticos.....	39
Gráfica 4.- Respuestas más frecuentes en pacientes con ansiedad.....	48
Gráfica 5.- Estimación de riesgo de ansiedad en pacientes con depresión ..	49
Tabla 1.- Demografía.....	39
Tabla 2.- Distribución de ansiedad por grado escolar.....	40
Tabla 3.- Riesgo de ansiedad por diagnóstico psiquiátrico.....	41
Tabla 4.- Ansiedad y diagnóstico clínico.....	43
Tabla 5.- Tipo de participación en bullying.....	43
Tabla 6.- Características del Bullying.....	44
Tabla 7.- Comparativa de diagnóstico SCAS y depresión.....	45
Tabla 8.- Estimación de riesgo de ansiedad por SCAS en TDAH.....	47
Tabla 9.- Comparación por diagnóstico en SCAS en TDAH.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

BULL-S.- Escalla de Acoso Escolar

Bullying. - Acoso escolar

Fig.- Figura

IC. - Intervalo de Confianza

OD. - Odds Ratio

OMS. - Organización mundial de la salud

SCAS. - Escala de Ansiedad Infantil de Spence

TDAH. - Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Capítulo I.- RESUMEN

“Prevalencia y Características de Bullying y Síntomas de Ansiedad en una Población Clínica de Niños y Adolescentes”

Área de Estudio: Psiquiatría infantil y Salud Mental

El acoso escolar (Bullying) es una forma de maltrato intencionado y perjudicial de un estudiante hacia otro compañero generalmente más débil al que convierte en su víctima habitual y persistente, del cual existen diversos tipos.

Estudios realizados en otros países han demostrado que la exposición frecuente al bullying en sus distintos roles de participación está relacionado a alto riesgo de ansiedad y síndromes relacionados. Se ha considerado al bullying como un potencial factor de riesgo para presentar trastornos de ansiedad.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, en base a encuestas para determinar la frecuencia con que se presenta el bullying en niños y adolescentes en una muestra de pacientes de la Consulta Externa de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia del Departamento de Psiquiatría de un hospital de tercer nivel del Noreste de México, sus características y su relación con síntomas de ansiedad.

Participaron pacientes de 8 a 16 años que fueran estudiantes regulares contestando la escala BULL-S para bullying y el instrumento SCAS (Escala de

ansiedad para niños de Spence) previa autorización de sus padres o tutores y el asentimiento informado del menor.

Se encontró mayor riesgo de ansiedad para los sujetos entre 8-10 años (ANOVA $F(1,323) P=0.253$), el grado escolar se asoció a un incremento en el riesgo de ansiedad en este grupo, siendo tercero y cuarto grado quienes mostraron mayor índice de ansiedad.

Se registró un aumento significativo del riesgo de padecer ansiedad entre aquellos que son víctima ($p=0.0495$, ODD 2.6757) y víctima/agresor ($p=0.0397$, ODD 10.6296), mientras que se observó que la totalidad de los sujetos que respondieron ser testigos de agresiones se ubicaron en el grupo de riesgo de ansiedad, mostrando un aumento significativo del riesgo de padecer ansiedad al ser testigo de agresiones ($p=0.009$, ODD 16.9444).

Es necesario continuar con investigación del fenómeno de bullying por su alta prevalencia en la población y la comorbilidad asociada para la creación de medidas de detección, prevención y tratamiento.

Palabras clave: Acoso escolar, Ansiedad, Psiquiatría Infantil.

Capítulo II.- INTRODUCCION

2.1.- Antecedentes

2.1.1.- Bullying

Al hablar de situaciones violentas en los contextos escolares se han entendido hechos como los robos, las peleas o los destrozos sobre el material y las instalaciones de los centros. Sin embargo, las situaciones violentas abarcan otros hechos que no siempre se hacen explícitos, se habla de ellos e incluso se abordan intencionalmente como situaciones de conflicto que puedan mejorar el clima social y la convivencia escolar. Esto sucede con el 'bullying', término inglés utilizado para denominar la intimidación entre iguales (Fernández, 1996).

El término se deriva de "bully", cuyo significado en español equivale a "matón" o "bravucón". Es una forma de maltrato (intimidación, tiranización, aislamiento, amenaza, insulto, golpes) normalmente intencionado y perjudicial de un estudiante hacia otro compañero generalmente más débil al que convierte en su víctima habitual y persistente. (Olweus, 1998; Cerezo, 2006).

2.1.2.- Características del Bullying (Schwartz, 2000):

1. Debe existir una víctima (indefensa) atacada por un abusón o por varios abusones.
2. Debe existir desigualdad de poder.

3. La acción agresiva tiene que ser repetida. Tiene que ser durante un periodo largo y de forma recurrente. La agresión supone un dolor no solo en el momento del ataque sino de forma sostenida, ya que crea la expectativa en la víctima de poder ser blanco de futuros ataques.

4. El objetivo de la intimidación suele ser un solo alumno, aunque también pueden ser varios, pero en este se da con mucho menos frecuencia. La intimidación se puede ejercer solo o en grupo, pero se intimida a sujetos concretos.

2.1.3.- Tipos de Bullying. (Veenstra, et al, 2005):

Los principales tipos de maltrato que podemos considerar se suelen clasificar en:

1. Físico: Como empujones, patadas, puñetazos, agresiones con objetos. Este tipo de maltratos se da con más frecuencia en la escuela primaria.

2. Verbal: Se reconoce esta forma como la más habitual, son frecuentes los menosprecios en público o el estar resaltando y haciendo patente de forma constante un defecto físico.

3. Psicológico: Son acciones encaminadas a minar la autoestima del individuo y fomentar su sensación de inseguridad y temor. El componente psicológico está en todas las formas de maltrato.

4. Social: Pretenden ubicar aisladamente al individuo respecto del grupo en un mal estatus y hacer partícipes a otros individuos, en ocasiones de esta acción. Esto se consigue con la propia inhibición contemplativa de los miembros del grupo. Estas acciones se consideran bullying "indirecto".

2.1.4.- Descripción de los sujetos.

Los estudios han descrito un perfil considerado como el más común de acuerdo al papel de los sujetos dentro del fenómeno (Benitez, 2006):

1. Agresor:

- a) Principalmente varón.
- b) En las mujeres, se describen como protagonistas de actos que utilizan más elementos psicológicos en sus intimidaciones de forma sutil y poco evidente.
- c) Temperamento agresivo e impulsivo y con deficiencias en habilidades sociales para comunicar y negociar sus deseos.
- d) Falta de empatía hacia el sentir de la víctima y falta de sentimiento de culpabilidad.
- e) Falta de control de la ira.

2. Víctima:

Generalmente se encuentra aislada. Existen diversos tipos de víctimas:

- a) La víctima ansiosa, insegura, débil, con poca competencia social.
- b) La víctima provocativa, que presenta un patrón conductual similar a los agresores, con falta de control emocional y que según los factores contextuales puede asumir el rol de agresor-víctima.
- c) La víctima inespecífica, que es la persona que es vista como diferente por el grupo y esta diferencia la convierte en el objetivo; este tipo de víctima es la más común.

3.- Espectadores:

A veces observan sin intervenir, pero frecuentemente se suman a las agresiones y amplifican el proceso. Esto se explica por el fenómeno del contagio social que fomenta la participación en los actos de intimidación, o también por el miedo de sufrir las mismas consecuencias si se ofrece apoyo a la víctima (Schwartz, 2000). En el país es innegable la presencia de bullying en el plantel escolar pues más de la mitad de la población está involucrada en el problema, ya sea como víctima, como agresor o como víctima-agresor (Joffre-Velázquez, 2011).

2.1.5.- Prevalencia del fenómeno.

Olweus (1993) llevo a cabo estudios pioneros entre los que destaca el realizado en países escandinavos con una muestra de 130,000 estudiantes con edades comprendidas entre los 7 y 16 años. Los resultados obtenidos indicaron que un 17.6% de los participantes se habían visto involucrados en episodios de bullying ya fuese como víctimas (9%), agresores (7%), o como agresor/victima (1.6%). Cerezo (2006) realiza una revisión acerca del fenómeno, comenta que en un trabajo realizado en Gran Bretaña por Smith (en 1993) en donde se encontró que un 14% del alumnado era víctima de maltrato entre iguales, solo el 4% lo sufría en forma severa, y el porcentaje de agresores fue de 7%. En Australia en un estudio realizado por Rigby (1997), se puso de manifiesto que el 14% de los escolares había sido víctima de maltrato.

En investigaciones más recientes, Solberg y Olweus (2003) sobre la prevalencia del fenómeno en Noruega muestra que el porcentaje de alumnado involucrado

en episodios de maltrato se sitúa en el 18.2% de la población estudiada: un 10.1 % son víctimas, un 6.5% agresores y un 1.6% agresores-víctimas.

En España, Aviles y Monjas (2005) realizaron una investigación en la que participaron alumnado de 12 a 15 años encontrando que el 11.6% de los alumnos participantes se había visto implicado en situaciones de abuso; de estos, 5.7% fueron víctimas y el 5.9% agresores.

Por último, en un estudio de Ramírez (2006), en la ciudad de Ceuta entre alumnos de primaria y secundaria, se situó la tasa de afectados por maltrato en el 10.5%; 6.4% víctimas, 3.1% agresores y 1% agresores-víctimas.

Olweus (1993) afirma, a lo largo de los estudios realizados por él, que las tasas de victimización disminuyen conforme aumenta la edad, y, además, que las agresiones físicas ocurren con una frecuencia menor.

Por otro lado, y en referencia a los agresores, la tendencia a maltratar aumenta, o como mínimo se mantiene con el aumento de la edad (Solberg y Olweus, 2003; Ramírez, 2006).

En un estudio retrospectivo dirigido por Elsea y Rees (2001), se afirma que .la edad en la que se concentra un mayor número de víctimas es la que va de los 11 a los 13 años. Tales resultados son similares a los encontrados por Ramírez (2006) quien indica que, en su estudio, que es la franja de edad con mayores tasas de alumnos victimizadas.

Esto coincide con el paso de la educación primaria a la secundaria, que puede ser específicamente difícil para algunos niños dada la aparición de los efectos de

la pubertad, los cambios en la jerarquía, la disminución de apoyo social recibido y que puede explicar el aumento de las tasas de victimización en estas edades. Sin embargo, diferentes estudios han mostrado la inconsistencia de estos datos dado que los análisis realizados a este respecto proporcionan datos contradictorios apuntando así hacia la necesidad de continuar investigando la relación entre maltrato y la edad.

Comparando la edad de agresores y víctimas, Solberg y Olweus (2003), señalan que las víctimas son, de forma generalizada, más jóvenes que sus agresores, dado que las víctimas indican ser agredidas de forma más frecuente y común por alumnos mayores que ellos, esa diferencia en la edad se acentúa en la escuela primaria es más débil durante la secundaria (Cerezo, 2005).

Estudios en México han establecido la frecuencia del acoso escolar (bullying) en alumnos de escuelas primarias oficiales del Distrito Federal alrededor de 24%, semejante a lo reportado en otros países. El acoso se asocia con trastornos psiquiátricos en todos los implicados, de los cuales la mayor parte son varones (Albores-Gallo, 2011). Estudios locales han establecido una frecuencia de 8.72% (Sánchez y cols., 2010).

2.1.6.- Sexo y maltrato entre iguales.

En los estudios realizados en Noruega y Suecia, (Olweus, 1993), se encontró que los niños parecían más expuestos que las niñas a sufrir malos tratos, particularmente durante la educación Primaria.

En cuenta al sexo, los agresores masculinos maltrataban en un 80% a víctimas masculinas y a un 60% a víctimas femeninas. Del mismo modo se corroboró la existencia de agresores de sexo femenino, aunque de forma general, estas practicaban un tipo de maltrato más directo, tal como la exclusión social o la ridiculización de las víctimas. Tapper y Boulton (2004), señalan que son los niños quienes se ven implicados con mayor frecuencia, en situaciones de maltrato.

La prevalencia de esta diferencia presentaba tasas de agresión 2 o 3 veces mayores que las mujeres en el caso de los agresores-víctimas, estos también son mayormente masculinos.

Veenstra (2005), en un estudio de adolescentes, señala que en el caso de las víctimas pasivas, estas son mayormente del sexo femenino. En el caso del sexo y los tipos de maltrato utilizados, parece confirmarse la idea de que los niños utilizan más la agresión directa y no encubierta, en tanto que las niñas, optan por la agresión indirecta. Los niños tienden a practicar con más frecuencia los malos tratos físicos y verbales directos (Benitez, 2006).

2.1.7.- Trastornos de Ansiedad y psicopatología en casos de bullying

La Organización Mundial de la Salud estima que cerca de 17 millones de niños y adolescentes, entre 5 y 17 años de edad sufren algún trastorno psicológico grave que amerita tratamiento especializado.

Se calcula que para 2010, existan once millones de personas en Latinoamérica y el Caribe que padezcan algún trastorno emocional (Organización Mundial de la Salud; OMS, 2001).

De acuerdo a estudios epidemiológicos señalan que los trastornos de ansiedad son los de mayor prevalencia durante la infancia y la adolescencia, e informan de tasas de prevalencia que van desde el 2.6% al 41.2%. La ansiedad de separación es más común en niños y la fobia social en adolescentes.

Se ha documentado que los trastornos de ansiedad pueden iniciar en la niñez hasta en 75% de los casos hacia los 11 años de edad siguen un curso de deterioro hacia la adolescencia y la adultez, y que se vinculan con problemas tales como el bajo rendimiento escolar, deficiencias en la interacción social y conductas de aislamiento.

Además, su comorbilidad con la depresión se calcula entre un 30 y un 60%. Al igual que con la depresión, los trastornos de ansiedad ocurren con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el trastorno de conducta y con el abuso de sustancias tóxicas.

Los trastornos de ansiedad son un grupo de psicopatología que se encuentra en la población infantojuvenil expuestas a condiciones de alto estrés principalmente. Se han realizado estudios en población escolar donde se presenta acoso, como el que realizó Albores Gallo y colaboradores (2011) en población mexicana encontrando principalmente en el grupo de agresores asociación con las escalas de ansiedad, síntomas somáticos oposicionismo y de conducta.

El grupo de víctima-agresores presentó asociación con los problemas de atención, oposicionismo y de conducta. En el grupo de Víctimas las asociaciones encontradas fueron con los problemas de ansiedad.

Estas Diferencias fueron significativas frente al grupo control (neutros). El grupo de agresor frecuente tuvo la mayor prevalencia de personalidad antisocial, abuso de sustancias y trastornos ansioso-depresivos.

La categoría dual de víctima-agresor presentó más ansiedad y personalidad antisocial mientras que las víctimas tuvieron mayor ansiedad.

2.2.- Planteamiento del problema

La víctima es quien puede tener consecuencias más graves, ya que puede desembocar en fracaso y dificultades escolares, niveles altos y continuos de ansiedad, fobia por ir al colegio y en los casos más graves reacciones graves e intentos de suicidio (Mauri, 2003).

Los agresores también sufren los efectos del problema, dado que los patrones de conducta agresivos y disruptivos que muestran pueden mantenerse y generalizarse.

Los agresores se acostumbran a vivir abusando de los demás, lo que impiden que se integren de manera adecuada a la sociedad.

Además, si no se controla a tiempo, puede trasladar ese comportamiento, a otros lugares de convivencia y a otras relaciones sociales, lo que termina acarreado

grave dificultad para la integración social que puede ser la antesala de futuras conductas delictivas (Mauri, 2003).

Los trastornos de ansiedad se encuentran principalmente en la población infantojuvenil expuesta a condiciones de alto estrés.

En estudios realizados a estudiantes expuestos a acoso escolar se ha encontrado asociación en el grupo de agresores con trastornos de ansiedad, problemas de inatención, oposicionismo y trastornos de conducta y personalidad antisocial.

En el grupo de víctimas se encontró mayor riesgo de trastornos de ansiedad (hasta un 60%), alteraciones del estado de ánimo y fracaso escolar.

Conocer las características del bullying y la presencia de sintomatología permite la creación de medidas para un mejor entendimiento del fenómeno, educación abordaje y prevención. Aunque quienes son víctimas de bullying suelen tener consecuencias más graves (fracaso escolar, niveles altos y continuos de ansiedad y depresión, riesgo de suicidio), los agresores también sufren los efectos del problema al mantener los patrones de conducta agresivos y disruptivos, presentando riesgo de comorbilidad psiquiátrica, trastornos de conducta, alteraciones del estado de ánimo y abuso de sustancias

2.3.- Justificación del estudio

De acuerdo a la NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, en el apartado 5.10; la justificación de los proyectos o protocolos de investigación que se presente con la solicitud de autorización de una investigación para la salud en seres humanos, debe incluir: la información y elementos técnicos suficientes para suponer, que los conocimientos que se pretenden adquirir, no es posible obtenerlos por otro medio.

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2006, mostró que los adolescentes siguen denunciando que sufren de diferentes formas de violencia. Cerca del 25% de las víctimas, manifiesta haber sufrido violencia en las escuelas, sin precisar la forma o el perpetrador. De lo anterior debe asumirse que el riesgo de violencia en las escuelas, es una realidad en el país. (Loredo, 2008).

2.3.1.- Uso de Intervenciones.

Las intervenciones deben concretarse en cada caso. Para planificar adecuadamente una intervención con posibilidades de éxito nos será útil conocer donde pasan estas cosas, que chicos y chicas están implicados y hasta qué punto, los puntos fuertes y débiles de cada uno, el tiempo que ha transcurrido y las soluciones intentadas, las creencias y atribuciones respecto al uso de la violencia, también de los adultos, etc. Por otro lado, se debe conocer el ambiente, la dinámica del grupo, el trabajo tutorial que llevan a cabo.

La aproximación multiforme es la más completa para hacer un diagnóstico ajustado de la situación. Los informes de profesores y padres nos pueden ser útiles, pero los alumnos son los mejores conocedores de la realidad que se da en su grupo y a ellos se debe preguntar. Alrededor de un 10% de niños y jóvenes podrían sufrir trastornos como resultado de la implicación en situaciones de acoso en la escuela.

Desgraciadamente se pone poca atención a la estabilidad de estas conductas a lo largo de la infancia y, cuando se interviene, la respuesta suele llegar tarde y se acostumbra a centrarse en atenuar los efectos sintomáticos individuales que obvian al afrontamiento del problema de una manera global. Una intervención centrada exclusivamente en el agresor y/o víctima, produce efectos indeseables. Culpabiliza a los protagonistas, a la vez que liberan de la responsabilidad a los demás compañeros del grupo, olvidando que son precisamente estos los que tienen capacidad para mantener o inhibir estas situaciones. Al tratarse de un fenómeno relacional cualquier intervención se debe construir en torno a una aproximación sistémica; debe ir más allá del agresor y la víctima, debe incluir los compañeros y el entorno (otros alumnos no directamente implicados, los padres y también el personal de la escuela (Collel, 2005).

2.4.- Limitaciones del estudio

Hay que considerar que se está estudiando a una población clínica. Los diagnósticos psiquiátricos de algunos de los pacientes capturados en la muestra

pueden cursar con ansiedad por sí mismos. Algunos pacientes están en tratamiento farmacológico, lo cual puede mejorar los síntomas percibidos, igualmente la población de niños pacientes que acuden a consulta pueden estar expuestos a otras condiciones adversas que pueden favorecer la presencia de síntomas ansiosos como violencia intrafamiliar, eventos traumáticos y afecciones distintas que pueden determinar las características clínicas de esta muestra heterogénea.

No se deben interpretar los resultados como pautas predictivas, la intención del estudio es describir, conocer las características del bullying dentro de los planteles escolares que sean más frecuentes, y la participación de los pacientes en este fenómeno.

La afluencia de pacientes en el periodo elegido para la selección también está limitada por la demanda que tiene el servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario. Otra limitante es la modalidad auto aplicable de las escalas, las cuales pueden estar sujetas a sesgo por parte del sujeto, se trató en la medida de lo posible a través del consentimiento informado a los padres y tutores y asentimiento informado del menor aclarar las dudas, antes durante y después de la aplicación, la cual se hizo saber no formaba parte de su tratamiento dentro de la consulta de psiquiatría infantil, del manejo de la confidencialidad y de la intención del estudio, buscando favorecer un llenado honesto y completo de los cuestionarios.

Capítulo III.- HIPOTESIS

3.1.- Para este trabajo de investigación, se plantean las siguientes interrogantes:

3.1.2.- Preguntas generales de la investigación:

1.- ¿Cuál es la prevalencia de bullying en la población que acude a consulta externa psiquiatría infantil del Hospital Universitario?

2.- ¿Qué características de bullying presentan los niños que acuden al servicio del departamento de Psiquiatría Infantil del Hospital Universitario?

3.1.3.- Preguntas específicas de investigación:

1.- ¿Cuántos de los niños que presentan acoso escolar manifiestan sintomatología ansiosa?

2.- ¿Qué tipo de bullying (víctima, agresor, mixto, observador) es el que se asocia a mayormente a sintomatología ansiosa?

3.2.- Hipótesis

Hipótesis de trabajo: Los niños y adolescentes con ansiedad presentan mayor frecuencia de bullying que la población general.

Hipótesis nula: Los niños y adolescentes con ansiedad presentan igual frecuencia de bullying que la población general.

Capítulo IV.- OBJETIVOS

4.1.- Los objetivos de este estudio son los siguientes:

4.1.1.- Objetivo general: Determinar la prevalencia de bullying en niños y adolescentes en una población clínica. (Consulta Externa de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario) y su relación con ansiedad.

4.1.2.- Objetivo (s) específico (s): Aumentar los conocimientos actuales en el entendimiento de los pacientes involucrados en este fenómeno y describir las características del Bullying en los niños con ansiedad en la Consulta Externa del Departamento de Psiquiatría: Subtipos de Bullying (Víctima, Agresor o Mixto),

Capítulo V.- MATERIAL Y MÉTODOS

5.1.- Muestra:

Tipo de muestra no probabilística, muestreo aleatorio simple.

N=106 (Se eliminaron 4 sujetos)

Obtenidos en el periodo Septiembre-octubre de 2016

Pacientes en edad escolar de la Consulta Externa de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario, que acudan activamente a sus citas ambulatorias tanto de primera vez como de

seguimiento.

Número de sujetos por incluir y fundamento del cálculo:

Con un intervalo de confianza del 95%, con un límite de error de estimación del 5% el número de sujetos a incluir debe ser de 139. En este estudio se considera el censo general como el método ideal de muestreo para aumentar la potencia estadística, logrando que la población con ansiedad resulte significativa para su análisis.

5.2.- Criterios de inclusión:

1. Pacientes de 8 a 16 años
2. Ambos sexos
3. Que asistan a la escuela al momento de la evaluación
4. Que den su consentimiento verbal (asentimiento informado)
5. Que los padres acepten la participación en el estudio y firmen consentimiento informado

5.3.- Criterios de exclusión:

- 1.-Pacientes que no cumplan los criterios de inclusión
- 2.-Pacientes que no toleren la aplicación de los cuestionarios
- 3.-Pacientes que se nieguen a la participación en el estudio
- 4.-Pacientes cuyos padres no acepten la participación en el estudio o que no firmen el
- 5.-Falta de consentimiento informado

5.4.- Criterios de eliminación:

- 1.-Pacientes que no completan la evaluación, al no acudir a las citas de seguimiento.
- 2.-Pacientes que llenen de manera incompleta los cuestionarios

5.5.- Diseño del estudio:

Se trata de un estudio observacional transversal, descriptivo con el uso de dos instrumentos tipo encuesta que será aplicado a los niños que acuden al servicio de psiquiatría infantil del hospital universitario.

Lugar de referencia y método de reclutamiento: Consulta Externa del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

Se solicitará la colaboración de los terapeutas a cargo de las evaluaciones de primera vez para la referencia de los pacientes que reúnan los criterios de inclusión.

Se solicitará apoyo del personal administrativo para la revisión de expedientes en los casos correspondientes

5.6.- Análisis estadístico:

El resultado principal a evaluar es la presencia de bullying en el grupo de pacientes con ansiedad. Resultados secundarios son las características del bullying en dicha población. Los resultados han sido reportados en tablas de contingencia, de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y

dispersión.

Tras el vaciado de la recolección de datos y acomodo de las variables obtenidas de las escalas, cuestionarios y pruebas aplicadas a los participantes; el universo o tamaño de muestra se considera como todos aquellos sujetos que han sido admitidos con los criterios señalados.

Se realizó medición directa de media, mediana y moda y sus medidas de dispersión, tomando en cuenta un intervalo de confianza del 95%, evaluando al grupo de pacientes con ansiedad y correlacionándolos con el bullying (variable dependiente). Para la estadística descriptiva se usó el paquete estadístico para las ciencias sociales de Windows (SPSS Inc., Chicago, IL) y el programa Excel de Windows Office 365.

5.6.1.- Herramientas

Se emplearon para el análisis SPSS 23 para exploración de variables cuantitativas, desarrollo de pronóstico y regresiones.

RSTUDIO 3.3.2 – 1.0.44 64 bit para estudio de contingencias vía prueba exacta de Fisher, modelamiento, gráficas y tablas.

5.6.2.- Análisis Iniciales

Se determinaron valores de tendencia central, desviación estándar, análisis de normalidad e histogramas de frecuencia para variables cuantitativas

Se determinaron proporción de frecuencia, porcentaje en relación al total de entradas además de proporción de frecuencia para escalas al estudiar variables categóricas

5.6.3.- Análisis de población

Se evaluaron datos demográficos y antecedentes de la muestra. Además de realizar prueba de Kolmogorov-Smirnov o Kruskal Wallis según sea el caso para distribuciones no paramétricas.

5.6.4.- Análisis de muestra

Para las variables de tendencia central se compararon con T de Student ajustado a normalidad de dos colas los grupos de intervención y no intervención a tomar como significativos valores de P menor a 0.05, otros resultados serán interpretados por el autor reportándose datos interesantes para el estudio. En caso de requerirse se realizó ANOVA de 2 vías ajustado a normalidad para múltiples variables a comprar.

Para los muestreos categóricos se empleó prueba de Fisher de 2 colas para describir las diferencias, tomando como significativo P menor a 0.05.

Elaboración de dispersión y regresión para datos significativos correlacionables. Detectar factores de riesgo/beneficio al analizar grupos y subgrupos (Coeficiente de Momios OD, Riesgo Relativo RR).

5.7.- Instrumentos de evaluación

5.7.1.- Test Bull-S

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 Lickert. Usando las variables relativas a la agresión y victimización, el alfa de Cronbach es de .73 y puntúa de manera similar en diferentes grupos de edad, sexo y aulas, este valor aumenta considerablemente cuando fueron separados los ítems relativos a las conductas agresivas de los referidos a las conductas de victimización.

Para los relativos a la agresión el alfa estimada fue de .82 y para los relativos a la victimización el alfa se situó en .83. (Collé, 2005). El cuestionario Test Bull-S es un instrumento fiable y válido para medir el acoso y la agresividad entre escolares (Albores-Gallo, 2011).

Para los fines de esta investigación, utilizamos la sección que describe las agresiones, tomando en cuenta el tipo, la frecuencia, el lugar de exposición, y cuál es el papel que desempeña el menor en estas agresiones (Categoría III) como cuestionario para medir agresión entre iguales en un contexto escolar.

Categoría III: Aspectos situacionales que describen las características del Bullying (forma, lugar, frecuencia, topografía y seguridad) al recoger elementos concretos de las situaciones de abuso, explicitando la forma que adoptan, dónde suelen tener lugar, con qué frecuencia ocurren y la gravedad atribuida.

5.7.2.- Escala SCAS

La SCAS mide los trastornos de ansiedad en la niñez y en la adolescencia y ha generado mucha investigación. Esta escala ofrece ventajas sobre las demás como sensibilidad a los cambios ejercidos por el tratamiento, capacidad para discriminar entre muestras clínicas y de población general, aplicación transcultural y, muy especialmente, apego a la clasificación diagnóstica de los trastornos de ansiedad más comunes del DSM-IV-TR (APA, 2002).

Se puntúa en una escala de 4 opciones que fluctúan entre 0 para nunca y 3 para siempre. Se usó una versión en español validada para población mexicana. Construida por Spence (1997) en Australia, la SCAS es un instrumento de auto informe al que responden los niños, el cual consta de 44 ítems. Se desarrolló con la intención de investigar una gama amplia de síntomas de ansiedad en niños de población general. Los estudios realizados por su autora han corroborado la coincidencia de su estructura factorial con la clasificación propuesta originalmente por el DSM-IV (APA, 1994) de 7 trastornos de ansiedad. Seis ítems miden ansiedad de separación, 6 trastorno obsesivo-compulsivo, 6 pánico, 3 agorafobia, 6 fobia social, 6 ansiedad generalizada, y 5 miedo al daño físico. Contiene, además, 6 ítems de relleno que no se califican, ya que tiene el objeto de disminuir el impacto del sesgo negativo que produzca el listado de problemas. Se califica en una escala de 4 opciones que fluctúan entre 0 para nunca y 3 para siempre. Debido a que proporciona información sobre los síntomas descritos para los trastornos de ansiedad, la SCAS es útil también en la clínica.

La SCAS, al centrarse en los síntomas específicos de los trastornos descritos por el DSM-IV (APA, 1994) para la ansiedad, Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto y Francis (2000) han concluido que podría llegar a convertirse en el estándar de oro para la identificación de niños con estos problemas. La posibilidad de realizar investigación transcultural sobre ansiedad infantil utilizando la SCAS, es otra ventaja que se ha visto reforzada por estudios que han corroborado sus propiedades psicométricas con poblaciones infantiles alrededor del mundo.

La investigación entre culturas sobre las características de la ansiedad en los niños, permite una mejor comprensión de la naturaleza de la ansiedad y el diseño de programas pertinentes para su tratamiento. La SCAS no sólo es de fácil aplicación, sino que tiene una ejecución satisfactoria en diversos idiomas, de ahí que el presente estudio se haya propuesto investigar su versión en español para México. Mediante análisis factorial confirmatorio, el presente estudio se propuso someter a prueba la estructura factorial del modelo de medida encontrada por Spence de 6 factores correlacionados que cargan en un factor de ansiedad general de orden superior. Pero también explora si la versión mexicana confirma la propuesta teórica de la clasificación diagnóstica de la ansiedad infantil según el DSM-IV-TR (APA, 2002).

Asimismo, pretende indagar su consistencia interna, establecida mediante Alpha de Cronbach (Anastasi & Urbina 1998; Kerlinger & Howard, 2002) que describe el cálculo de la confiabilidad basado en la correlación promedio entre los ítems dentro del instrumento (Nunally, 1994); y su validez convergente, que indica

validez de constructo, y demuestra si las intercorrelaciones entre diversos instrumentos que miden constructos similares o iguales son al menos moderadas (Kerlinger & Howard, 2002; Kline, 1998).

5.8.- Procedimiento:

1. Se aplicó el Test Bull-S a los niños y adolescentes que acudieron a la Consulta externa de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia hasta completar la muestra calculada y el test SCAS para ansiedad. Previo asentimiento informado del niño y sus padres.

2.- Se realizó valoración de los resultados de las escalas y cuestionarios.

3.- Se capturaron los datos en programa Excel y se realizó análisis de los datos en SPSS.

4.- Se revisaron los resultados estadísticos para realizar la discusión y conclusiones.

5.- Los resultados serán sometidos ante un comité científico interno como parte del trabajo de graduación para la obtención de grado de subespecialista de un estudiante de posgrado y posteriormente ante un comité científico externo para su publicación en una revista indexada de alto impacto.

5.9.- Consideraciones Éticas:

De acuerdo a la NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, en el apartado 5.6 describe: “Para la autorización de una investigación, conforme al objetivo y campo de aplicación de esta norma, el proyecto o protocolo de

investigación debe describir con amplitud los elementos y condiciones que permitan a la Secretaría, evaluar la garantía de seguridad de los sujetos de investigación, en su caso, podrá observar las Buenas Prácticas de investigación clínica”.

El investigador principal y subinvestigador de este protocolo cuentan con los cursos correspondientes a las buenas prácticas clínicas, mismas que serán llevadas a cabo durante todo el proceso de investigación de este trabajo.

Además, las consideraciones éticas que guiarán el desarrollo de esta investigación se basarán con base en los tres principios esenciales para la conducta ética de investigaciones con sujetos humanos, propuestos en el Informe Belmont, los cuales son:

- 1) Respeto a las personas 2) Beneficencia y 3) Justicia.

A continuación, se describirá cada uno de ellos.

- 1) Respeto a las personas: los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos, y aquellos con autonomía disminuida, tienen derecho a ser protegidos; y su principal aplicación es a través del consentimiento informado.

En el caso del presente estudio, se obtendrá un asentimiento informado. Se explicará detalladamente el objetivo del estudio a los participantes, en qué consistirá su aporte a esta investigación, la duración de la misma, así como su carácter voluntario, ya que pueden aceptar o retirar su participación en el momento en que lo desearan, sin repercusiones en su atención médica.

Asimismo, se verificará que las participantes comprendan adecuadamente la información proporcionada y se les aclararán sus dudas. Además, se les explicarán los beneficios y los riesgos de su participación en el estudio, y se les aclarará que si en el transcurso de la entrevista se detecta sintomatología ansiosa se le hará saber a su médico tratante en esta institución.

También se les ofrecerá una devolución de los resultados de las encuestas si así lo desean, proporcionándoles un número telefónico de contacto registrado en la copia del consentimiento informado que se les entregue.

Finalmente, se hará hincapié en la confidencialidad tanto de la información como de su identidad, por lo que los nombres verdaderos de las participantes serán omitidos y se identificarán por un número de registro.

2) Beneficencia: este principio se rige por dos reglas:

1) no hacer daño y 2) acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles.

Los participantes son pacientes menores de edad en compañía de sus padres o tutores, esta investigación se consideró de riesgo mínimo para alcanzar los objetivos, ya que podría presentarse incomodidad, producto de la aplicación de las escalas al hablar de temas como el bullying en la escuela

Sin embargo, se pensó que los beneficios que tanto las entrevistadas como los demás pacientes en su misma condición pudieran recibir, como resultado de este estudio, serán mayores que los riesgos, dado que a través de ellos se busca

identificar las características del bullying y la presencia de síntomas ansiosos en los pacientes que acuden a nuestra consulta.

Esto toma relevancia ya que puede ser de utilidad para implementar un programa de prevención y de mejora con intervenciones terapéuticas que pueden tener un impacto tanto en la vida de los pacientes como a sus familias a nivel escolar e institucional.

3) Justicia: tratar a los individuos y a los grupos de manera justa y equitativa, con respecto a quiénes soportan la carga y quiénes reciben los beneficios de la investigación, lo cual se evalúa a través de la selección de los participantes.

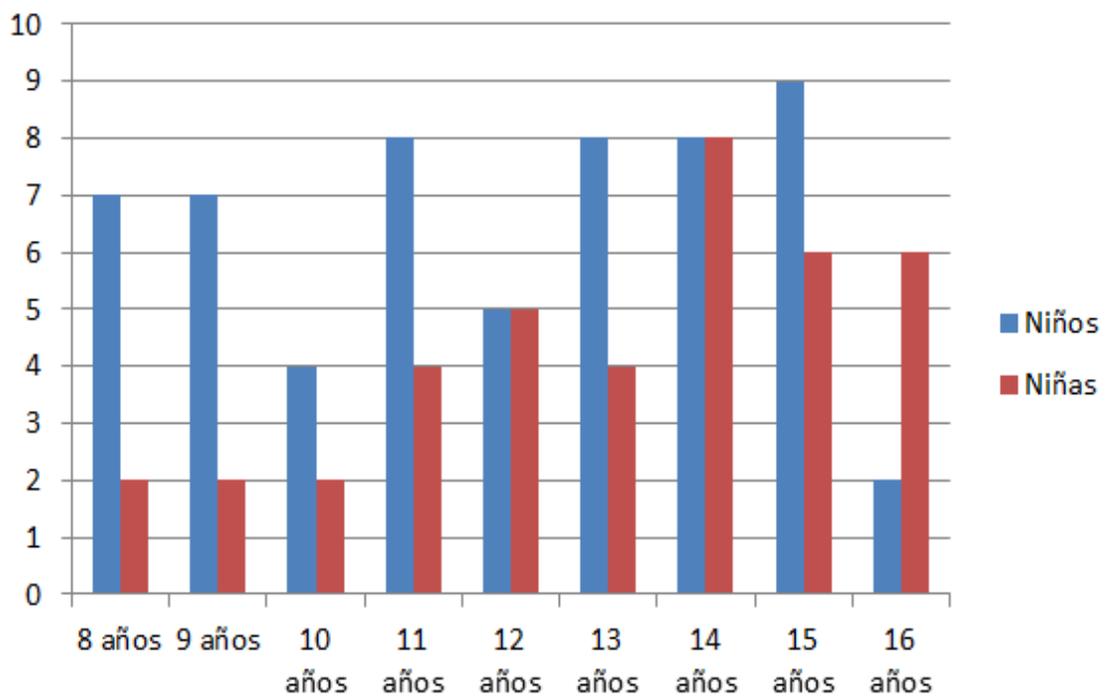
Como se mencionó previamente, la selección de las participantes se realizará por medio de un asentimiento informado, y de acuerdo con la disponibilidad de los pacientes que acuden al servicio de psiquiatría infantil. Con base en esto, se establecieron como criterios de inclusión:

- a) Pacientes que acudan al servicio de psiquiatría infantil a consulta externa,
- b) Que sean mayores de 8 años y menores de 16
- c) Que actualmente sean alumnos regulares de nivel básico (primaria y secundaria),
- d) Que accedan al asentimiento informado.

A partir de ellos y del criterio de máxima variación, se abarcará a la diversidad de la población atendida en el Servicio de Paidopsiquiatría del Hospital Universitario.

Capítulo VI. - RESULTADOS

Se aplicaron dos encuestas (BULL-S y SCAS) para determinar la presencia de ansiedad entre pacientes de 8 a 16 años de edad que acuden a la escuela y son



víctimas, testigos o agresores escolares. (Tabla 1). Se utilizó una población clínica de niños y adolescentes que asistían a consulta de psiquiatría la cual constó de 102 sujetos, 59 (57.84%) del género masculino y 43 (42.15%) del género femenino. (Gráficos 1, 2 y 3).

Gráfica 1.- Distribución por sexo y edad

A partir de la escala SCAS se estimó si existía o no riesgo de ansiedad, los puntos de corte se estimaron con de las recomendaciones de los autores de “Te Spence Children’s Anxiety Scale”(SCAS) donde se sugiere evaluar la probabilidad de la distribución normal (z) del resultado total de la escala y buscar el punto T60 que corresponde a 1 desviación estándar inferior de la media; los autores de la escala consideran diferentes situaciones como es rango de edad (8 – 11 años / 12- 15 años) y género entre los sujetos evaluados; teniendo estos parámetros en consideración se realizó una estimación y cálculo del punto T60 para la muestra estudiada teniendo un punto de corte para niños de 8 a 11 años de 44 puntos, para niños de 12 a 15 años sería de 38 puntos, en el caso de las niñas de 8 a 11 años el T60 fue 50 puntos y para niñas mayores fue de 46 puntos. Una vez teniendo estas estimaciones, posteriormente la muestra se dividió en dos grupos, aquellos con riesgo de padecer ansiedad, y aquellos sin ansiedad.

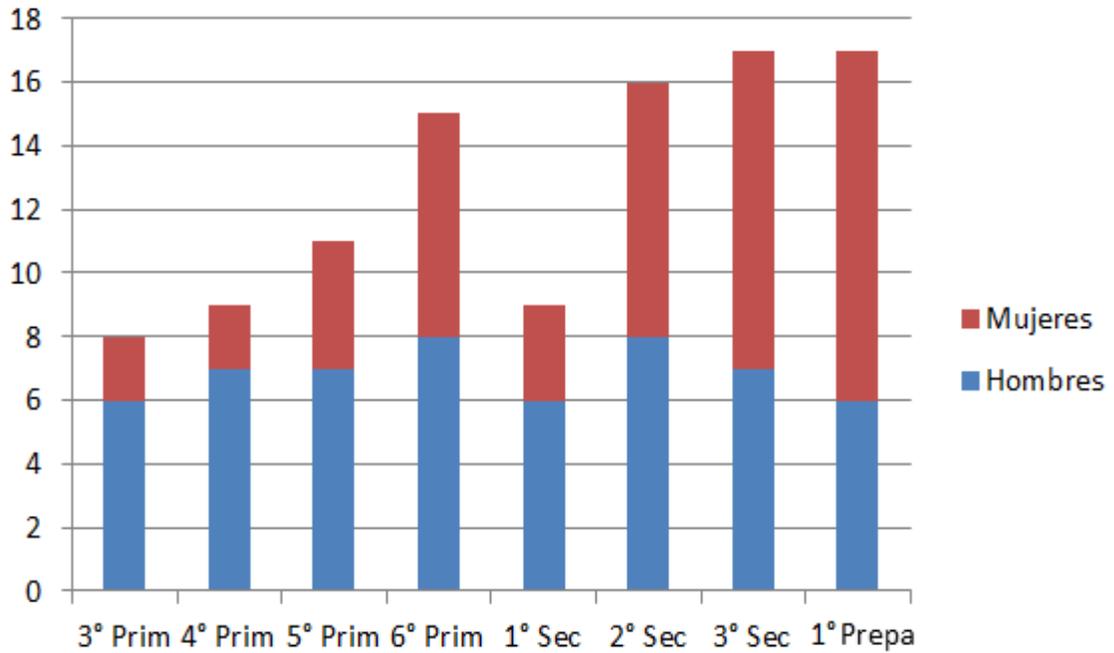


Gráfico 2.- Distribución por grado escolar

El grupo sin ansiedad se conformó por 41 (40.19%) individuos, y el grupo con riesgo de ansiedad por 61 (59.80%) individuos. No se encontraron diferencias significativas en las medias de edad ($M\ 12.85, \pm 1.94, P=0.11$) ni de género entre grupos (Fig. 1).

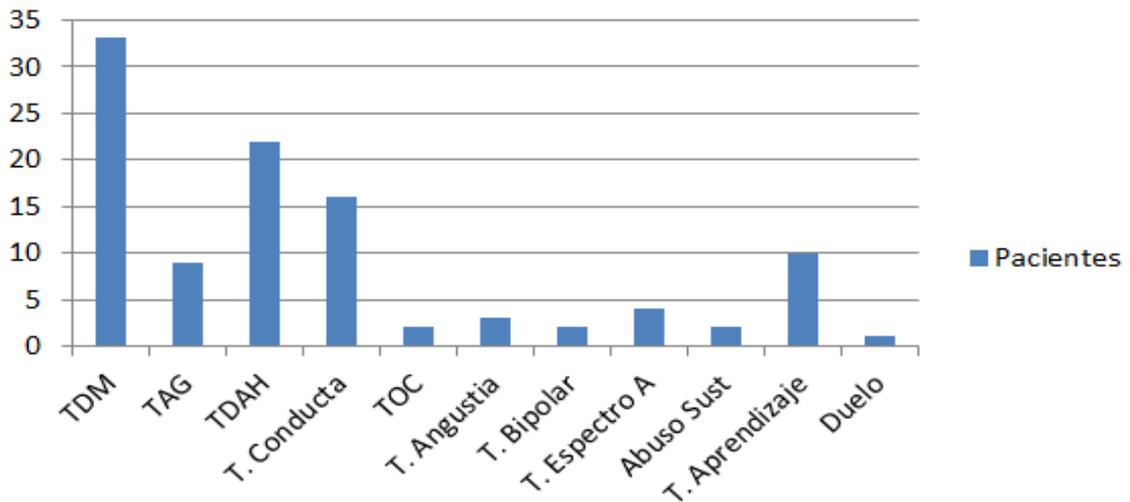


Gráfico 3.- Distribución por diagnósticos

	Resultado Normal Media, DE	Ansiedad Media, DE	t-test	p. val
Edad	12.85 ±1.94	12.07 ±2.69	1.614	0.11
Género	N, %	N, %	P.val	OD
Masculino	23 (56.1%)	36 (59.02%)	0.8391	1.127
Femenino	18 (43.9%)	25 (40.98%)	0.8391	0.8873
Grado Escolar			p.val	OD
3° prim	0 (0%)	8 (13.11%)	0.0201	12.3774
4° prim	2 (4.82%)	7 (11.48%)	0.3078	2.5602
5° Prim	4 (9.64%)	7 (11.48%)	0.9999	1.2153
6° prim	9 (21.69%)	6 (9.84%)	0.152	0.3939
1° sec	5 (12.05%)	4 (6.56%)	0.4785	0.5123
2° sec	7 (16.87%)	8 (13.11%)	0.5827	0.7439
3° Sec	7 (16.87%)	11 (18.03%)	0.9999	1.0843
1° Prepa	7 (16.87%)	10 (16.39%)	0.9999	0.9664

Tabla 1.- Demografía

Al categorizar la muestra en los diferentes grados escolares, se observaron diferencias significativas entre los grupos en el tercer año de primaria, en donde la totalidad de los participantes se encontraron en el grupo de riesgo de ansiedad (n=8, p=0.0201, ODD 12.3774). Así mismo, aunque no existieron diferencias se observó un mayor riesgo a padecer ansiedad entre los alumnos de 4to (ODD 2.5602) y 5to (ODD 1.2153) de primaria, no se observaron patrones en otros grados escolares. (Tabla 2).

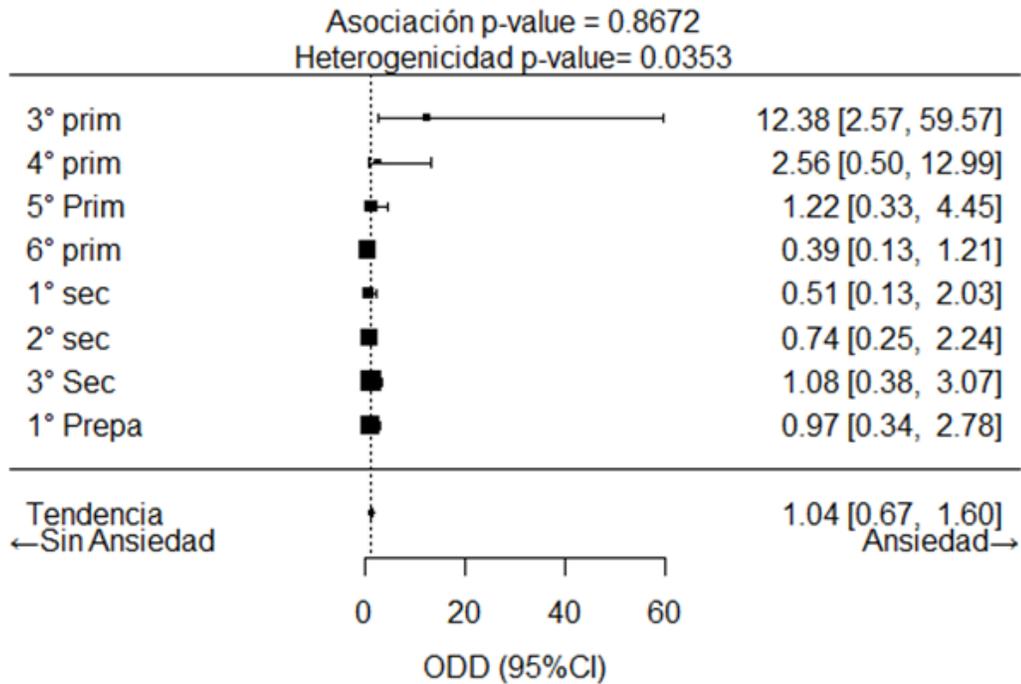


Tabla 2.- Comparación de síntomas de ansiedad por grado escolar

Se observó que los diagnósticos con una mayor tendencia al aumento en el riesgo de sufrir ansiedad, aunque sin diferencias entre grupos fueron, trastorno de la conducta ($p=0.9999$, ODD 1.1438), trastorno depresivo mayor ($p= 0.3911$, ODD 1.5385) con un aumento del 9.24% y trastorno por déficit de atención ($p= 0.0625$, ODD 2.8455) con un aumento del 18.16% en comparación con el resto de la muestra. (Tabla 3).

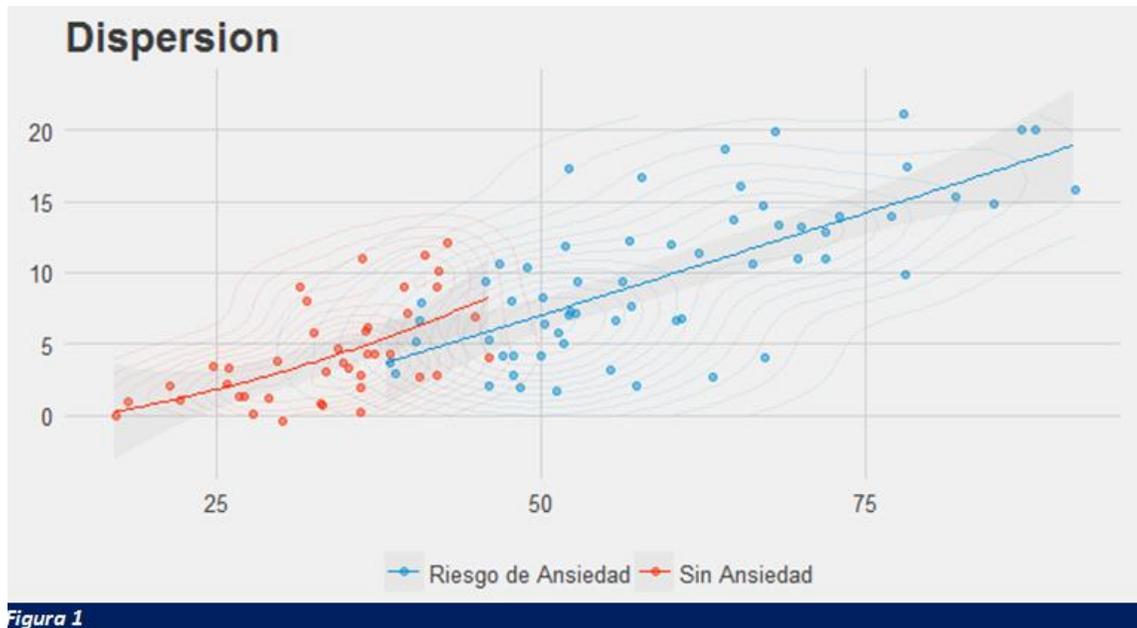


Figura 1

Figura 1.- Relación moderada de la subescala de Agorafobia y Resultado total ($r^2_{61} = 0.172$) en pacientes con Ansiedad, en pacientes sin ansiedad la asociación $r^2_{41} = 0.586$ fue leve

Diagnóstico	Resultado Normal	Ansiedad	χ^2	p. val	OD
	N, %	N, %			
T. Depresivo Mayor	11 (26.83%)	22 (36.07%)	-	0.3911	1.5385
T. Ansiedad Generalizada	7 (17.07%)	2 (3.28%)	-	0.0282	0.1646
T. Déficit de Atención	6 (14.63%)	20 (32.79%)	3.352	0.0671	2.8455
Trastorno de conducta	6 (14.63%)	10 (16.39%)	-	0.9999	1.1438
T. Obsesivo Compulsivo	2 (4.88%)	0 (0%)	-	0.1592	-
Trastorno de Angustia	1 (2.44%)	1 (1.64%)	-	0.9999	0.6667
Trastorno Bipolar	1 (2.44%)	1 (1.64%)	-	0.9999	0.6667
T. del espectro autista	4 (9.76%)	0 (0%)	-	0.0238	-
Abuso de Sustancias	1 (2.44%)	1 (1.64%)	-	0.9999	0.6667
Trastornos de Aprendizaje	2 (4.88%)	2 (3.28%)	-	0.9999	0.661
Duelo	0 (0%)	2 (3.28%)	-	0.5145	-

Tabla 3.- Riesgo de Ansiedad por diagnóstico psiquiátrico

Adicionalmente, se estudiaron los roles que toman los sujetos en cuanto a las agresiones, estos se clasificaron como víctima, agresor, víctima/agresor y testigo. (Tabla 5).

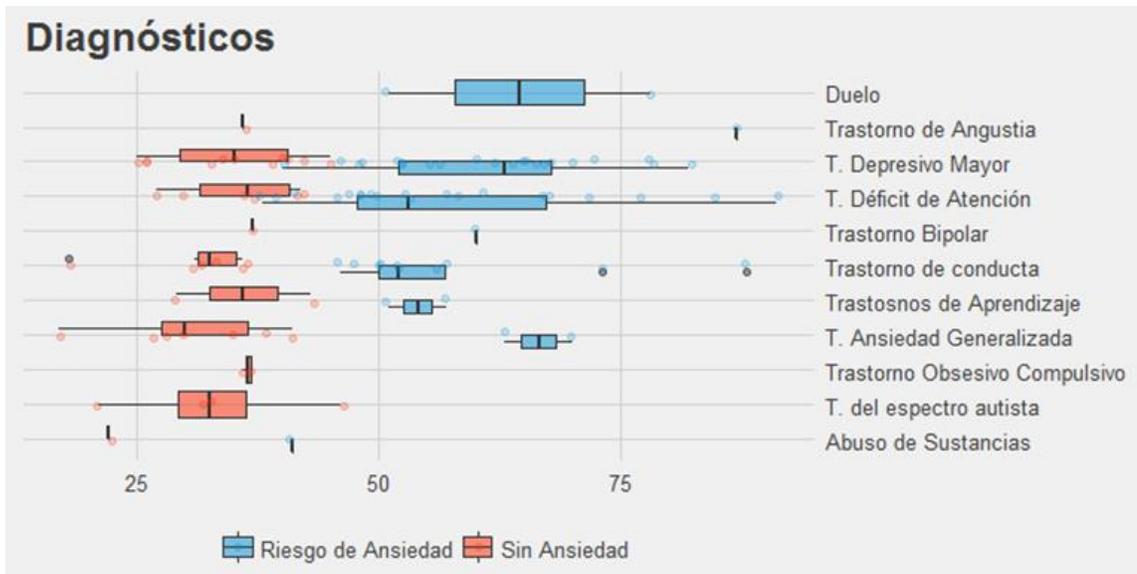


Figura 2.- Riesgo de presentar ansiedad por diagnóstico

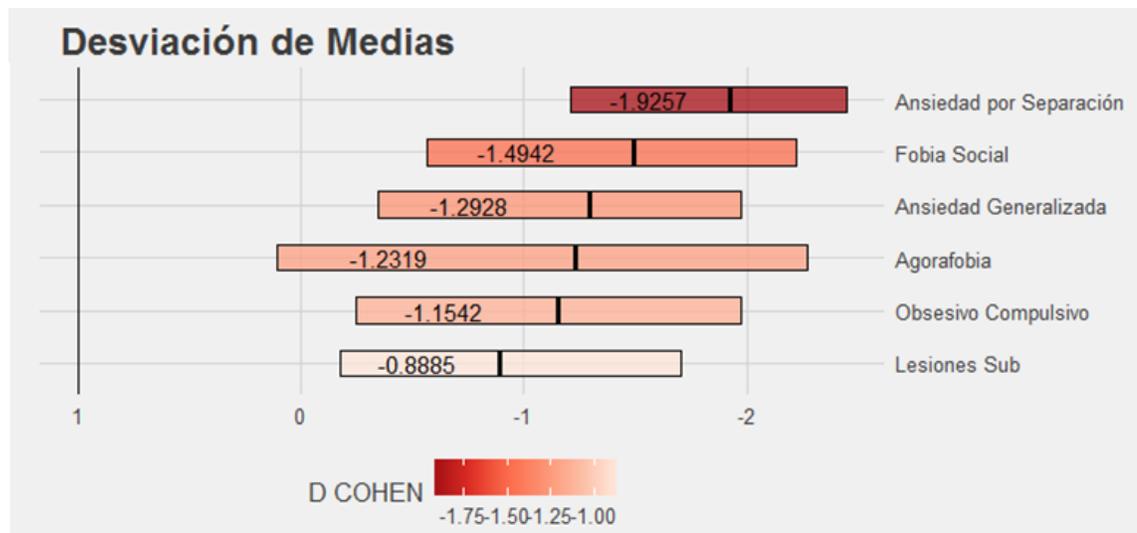


Figura 3.- Desviación de medias por subescala de ansiedad

Se registró un aumento significativo del riesgo de padecer ansiedad entre aquellos que son víctima ($p= 0.0495$, ODD 2.6757) y víctima/agresor ($p= 0.0397$, ODD 10.6296), mientras que se observó que la totalidad de los sujetos que respondieron ser testigos de agresiones se ubicaron en el grupo de riesgo de

ansiedad, mostrando un aumento significativo del riesgo de padecer ansiedad al ser testigo de agresiones ($p=0.009$, ODD 16.9444). (Tabla 6).

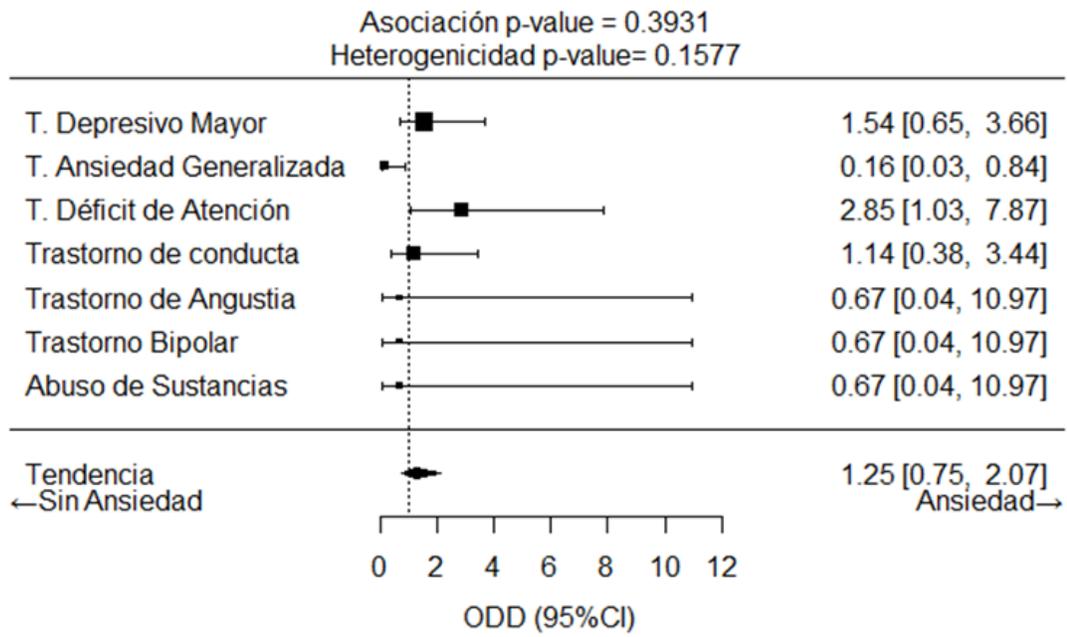


Tabla 4.- Riesgo de ansiedad por diagnóstico clínico

Perfil del Niño	Resultado Normal	Ansiedad	χ^2	p. val	OD
	N, %	N, %			
Víctima Bull	8 (19.51%)	24 (39.34%)	3.6054	0.0495	2.6757
Agresor Bull	2 (4.88%)	9 (14.75%)	-	0.1921	3.375
Víctima/Agresor	0 (0%)	7 (11.48%)	-	0.0397	10.6296
Testigo Bull	36 (87.8%)	61 (99.19%)	-	0.009	16.9444
Ninguna	6 (14.63%)	0 (0%)	-	0.0033	-
Agresiones					
Insultos y amenazas	24 (58.54%)	30 (48.78%)	0.5269	0.4203	1.4824
Maltratos físicos	4 (9.76%)	17 (27.64%)	-	0.0439	0.283
Rechazo	7 (17.07%)	14 (22.76%)	0.221	0.6187	0.6985
Ninguno	6 (14.63%)	0 (0%)	-	0.0033	-
Sitio					
En el aula	19 (46.34%)	36 (59.02%)	1.1163	0.2297	1.6674
En el patio	9 (21.95%)	20 (32.79%)	0.9324	0.2693	1.7344
En los pasillos	7 (17.07%)	5 (8.2%)	1.1042	0.2156	0.4337

Tabla 5.- Tipo de Participación en Bullying

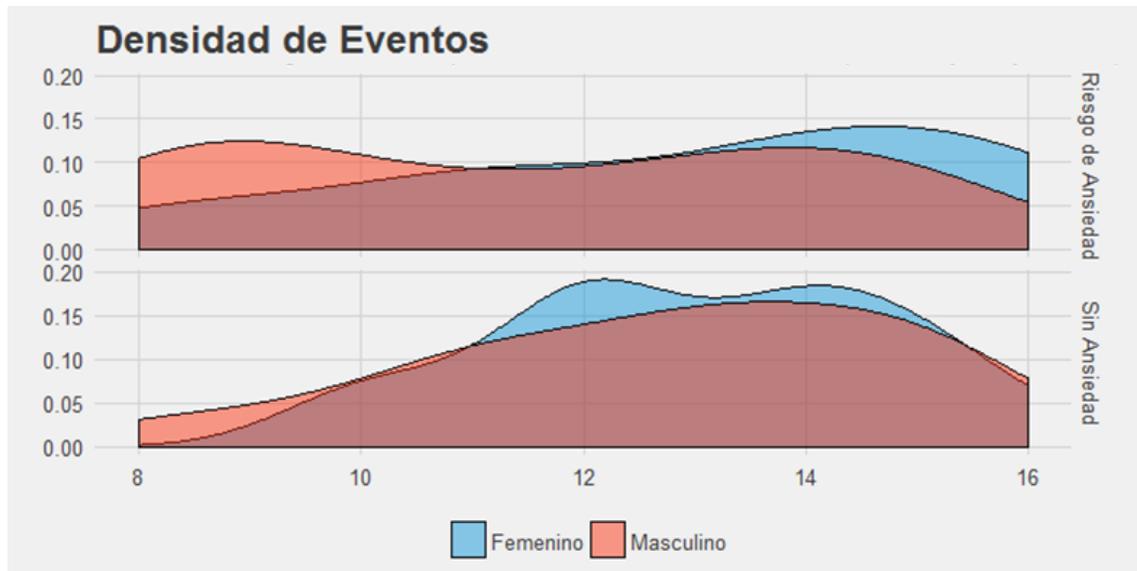


Figura 4.- Proporción de eventos dependiendo de la edad (x). Aumento del riesgo de ansiedad para los sujetos entre 8-10 años (ANOVA F {1.323} P=0.253).

Frecuencia	Resultado Normal	Ansiedad	χ^2	p. val	OD
	N, %	N, %			
Todos los días	3 (7.32%)	11 (18.03%)	0.0911	0.151	2.7867
1-2 veces por semana	5 (12.2%)	10 (16.39%)	0.2082	0.7765	1.4118
Rara vez	14 (34.15%)	17 (27.87%)	0.4406	0.5179	0.7451
Nunca	19 (46.34%)	23 (37.7%)	0.0911	0.4173	0.7008
Percepción Gravedad					
Poco o nada	11 (26.83%)	11 (18.03%)	0.6618	0.3314	0.6
Regular	12 (29.27%)	19 (31.15%)	--	0.9999	1.0933
Mucho	14 (34.15%)	17 (27.87%)	0.2082	0.5179	0.7451
Bastante	4 (9.76%)	14 (22.95%)	0.6618	0.114	2.7553
Percepción Seguridad					
Poco o nada	2 (4.88%)	9 (14.75%)	--	0.1921	3.375
Regular	12 (29.27%)	28 (45.9%)	2.1909	0.1026	2.0505
Mucho	16 (39.02%)	9 (14.75%)	6.5495	0.009	0.2704
Bastante	11 (26.83%)	15 (24.59%)	5e-04	0.8202	0.8893

Tabla 6.- Características del Bullying

Por otro lado, se analizaron los patrones de ansiedad en cuanto al tipo, lugar, frecuencia y gravedad de la agresión, así como la percepción de seguridad para

asistir a su escuela. Se observó que los tipos de agresiones más asociados a un aumento en el riesgo de ansiedad son los maltratos físicos ($p=0.0439$, ODD 3.5337) y el rechazo ($p=0.6187$, ODD 1.4316) y que los lugares para cometer agresiones son dentro del aula ($p=0.2297$, ODD 1.6674) y en el patio ($p=0.2693$, ODD 1.7344).

		Depresión	Otros		
		Media, DE	Diagnósticos	t-test	p. val
	Edad Años	13.18 ±2.3	12 ±2.43	2.341	0.021
SCAS					
	Resultado de Escala	52.48 ±15.97	47.32 ±17.21	1.45	0.15
Secciones de la Escala					
	Ansiedad por Separación	6.36 ±3.54	5.68 ±3.2	0.974	0.333
	Fobia Social	8.21 ±4.11	6.83 ±3.84	1.667	0.099
	Obsesivo Compulsivo	7.58 ±3.54	7.19 ±3.82	0.49	0.625
	Agorafobia	9.09 ±5.08	6.8 ±5.38	2.05	0.043
	Lesiones Sub	4.45 ±2.77	4.22 ±3.14	0.37	0.712
	Ansiedad Generalizada	7.85 ±3.31	6.81 ±3.96	1.302	0.196

Tabla 7.- Comparativa por diagnósticos de SCAS y Depresión

Se observó también que el riesgo a padecer ansiedad aumenta conforme aumenta la frecuencia de las agresiones y/o la percepción de gravedad, ya que aquellos sujetos que sufren de agresiones diario ($p=0.151$, ODD 2.7867) y 1-2 veces por semana ($p=0.7765$ ODD 1.4118) y aquellos que perciben sus agresiones como “bastante” graves ($p= 0.114$, ODD 2.7553) registran un mayor riesgo de ansiedad. (Tabla 5 y 6)

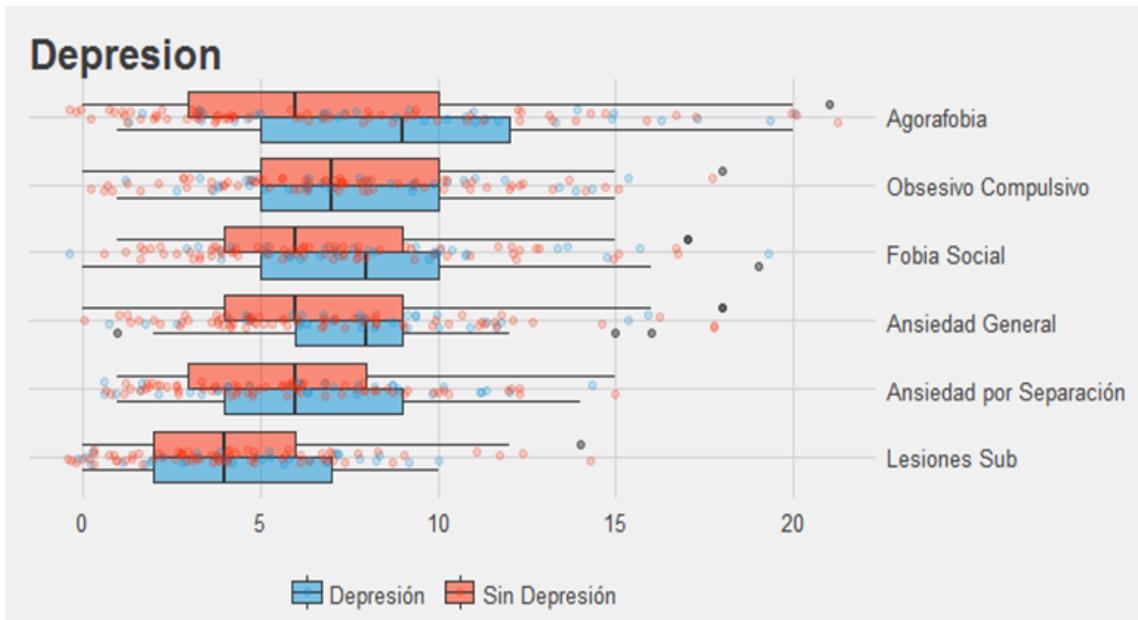


Figura 5.- Resultados de SCAS en pacientes con depresión

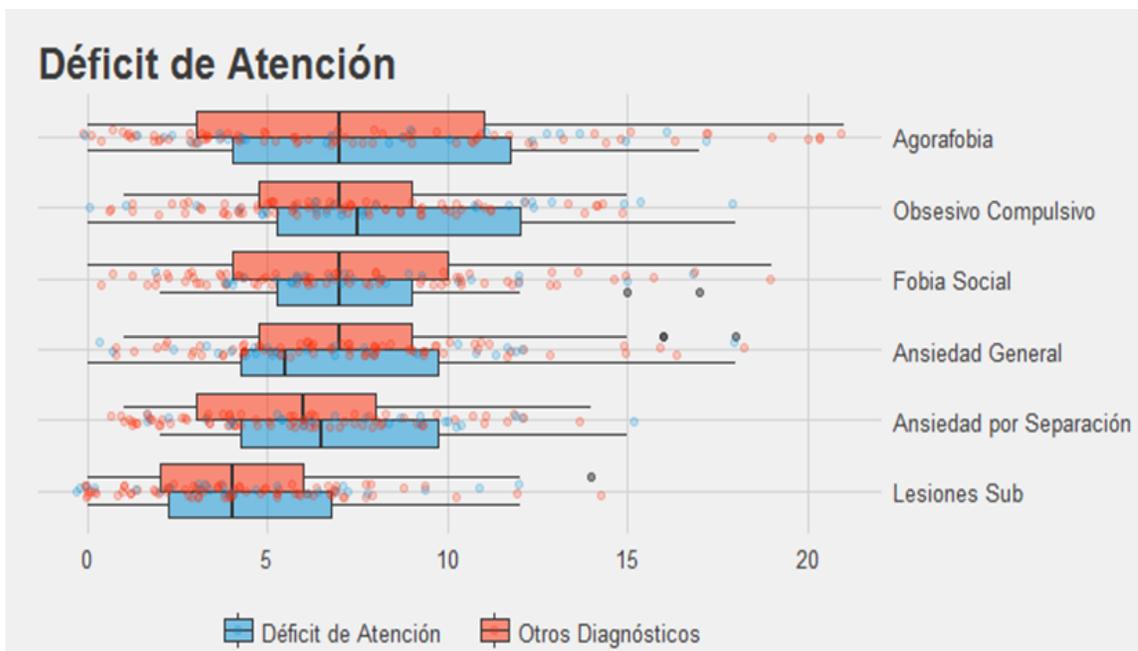


Figura 6.- Resultados de SCAS en pacientes con déficit de atención

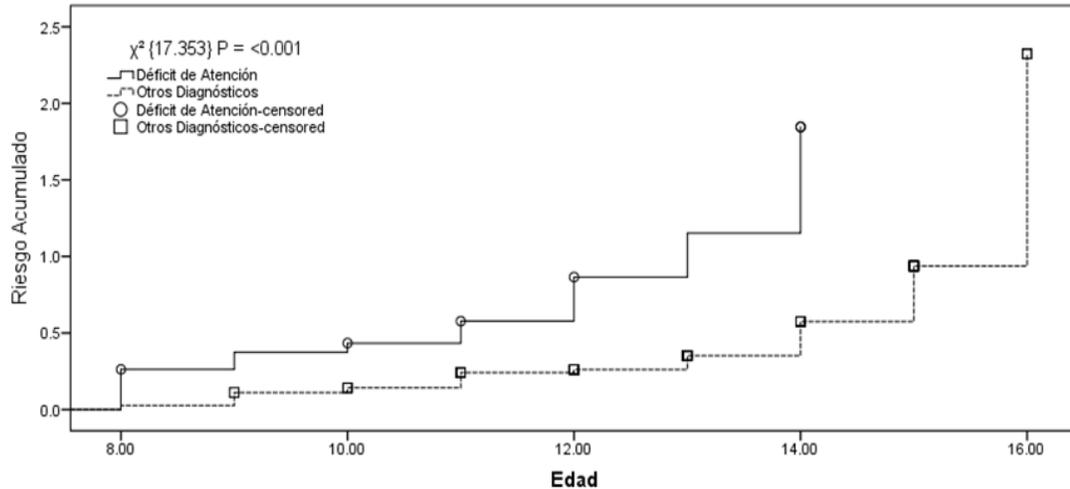


Tabla 8.- Estimación de riesgo de Ansiedad (SCAS) en pacientes con TDAH.

Por último, aquellas personas ubicadas en el grupo de riesgo de ansiedad tienden a percibir la seguridad en su ambiente como “poca o nula” ($p=0.1921$, ODD 3.375) y “regular” ($p=0.1026$, ODD 2.0505), mientras que aquellos niños sin riesgo de ansiedad respondieron que existe “mucho” seguridad ($p=0.009$, ODD 0.2704).

Posteriormente se realizó un análisis de hallazgos entre los sujetos con diagnóstico de depresión o de trastorno por déficit de atención. Para el grupo de sujetos con diagnóstico de depresión se determinó la media edades en 13.18 años ($M 13.18, \pm 2.3, P=0.021$).

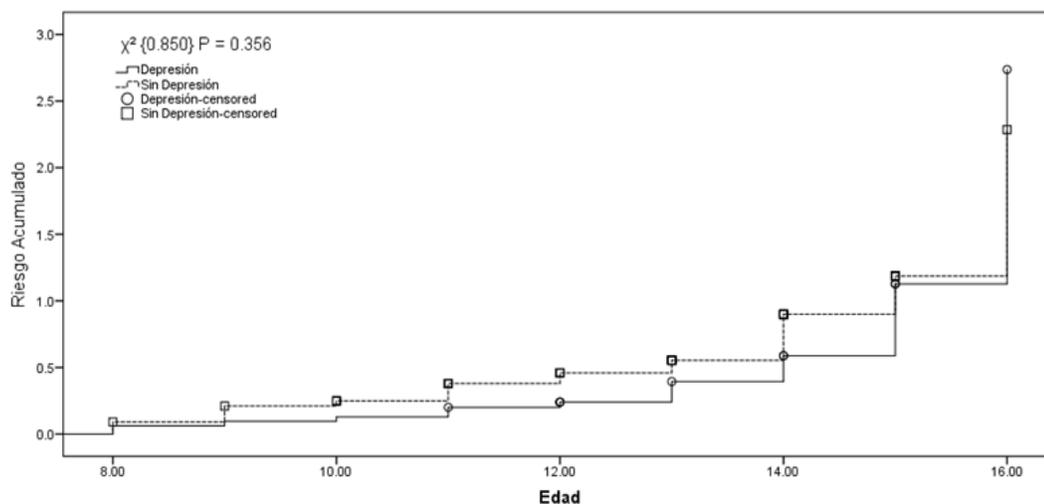
Entre lo observado, destaca que pertenecer al género femenino aumenta la frecuencia y el riesgo de depresión (58.14%, $p<0.001$, ODD 8.8542 IC 3.3885 - 23.1363), así como encontrarse en el primer año de prepa (27.27%, $p=0.0853$, ODD 2.8594 IC 0.9877 - 8.2784).

En cuanto a los roles que toman los sujetos en la agresión se observó que el 100% de los niños con diagnóstico de depresión son testigos de agresiones, mientras que una tercera parte de ellos también son víctima (33.33%, $p=0.8214$, ODD 1.1429 IC 0.4707 - 2.7748). (Figura 5 y 6).



Grafica 4.- Respuestas más frecuentes en ansiedad SCAS

Se observó también que el rechazo como tipo de agresión (27.27%, $p=0.2979$, ODD 1.7813 IC 0.6638 - 4.7801), el patio como lugar de la agresión (42.42%, $p=0.0369$, ODD 2.6526 IC 1.0822 - 6.5019), frecuencia de 1-2 veces por semana (18.18%, $p=0.5547$, ODD 1.4815 IC 0.4793 - 4.5791), respuesta a percepción de gravedad “mucho” (36.36%, $p=0.3689$, ODD 1.5038 IC 0.621 - 3.6413), y respuesta para seguridad en la escuela como “poca” (15.15%, $p=0.3282$, ODD 1.875 IC 0.5278 - 6.6603) o “regular” (42.42%, $p=0.6698$, ODD 1.2186 IC 0.5236 - 2.8363) s fueron las más asociadas al diagnóstico de depresión.



Gráfica 5.- Estimación de riesgo de ansiedad (SCAS) en depresión.

La media de edades para el grupo de sujetos con diagnóstico de trastorno por déficit de atención fue de 11 años (M 11, ± 2.42 , $P=0.001$), y se determinó que el pertenecer al género masculino aumenta considerablemente el riesgo a obtener dicho diagnóstico (37.29%, $p=0.0013$, ODD 5.7973 IC 1.8239 - 18.4268).}

Así mismo, se observó que el mayor riesgo de obtener el diagnóstico es al estar en tercer año de primaria (23.08%, $p=0.0032$, ODD 11.1 IC 2.0795 - 59.2488).

No se observaron patrones en cuanto a los roles que toman los sujetos en la agresión ni al analizar el tipo de agresión que se sufre, la frecuencia o la percepción de seguridad. (Figura 6)

El lugar más popular para realizar las agresiones entre los sujetos con TDA es en los pasillos (15.38%, $p=0.4649$, ODD 1.7922 IC 0.4793 - 6.7014).

		Déficit de Atención	Otros		
		Media, DE	Diagnósticos	t-test	p. val
			Media, DE		
	Edad Años	11 ±2.42	12.86 ±2.27	-3.536	0.001
SCAS					
	Resultado de Escala	52.38 ±16.29	47.83 ±17.08	1.188	0.238
	Secciones de la Escala				
	Ansiedad por Separación	7.04 ±3.45	5.51 ±3.19	2.06	0.042
	Fobia Social	7.54 ±3.58	7.18 ±4.1	0.392	0.696
	Obsesivo Compulsivo	8.35 ±4.46	6.96 ±3.39	1.655	0.101
	Agorafobia	7.54 ±5.05	7.54 ±5.51	-0.001	0.999
	Lesiones Sub	4.46 ±3.29	4.24 ±2.93	0.327	0.745
	Ansiedad Generalizada	6.88 ±4.1	7.24 ±3.68	-0.409	0.684

Tabla 9. - Comparación por diagnóstico de SCAS y TDAH

Se determinó de forma adicional el nivel de predicción para Ansiedad según las diferentes secciones de la escala. Se encontró para el apartado de ansiedad por separación (AUROC=0.917) que los niños que no agrupaban más de 6.5 puntos (68.3% - 100%) podrían ser descartados de tener ansiedad por la escala, no siendo así para predecirlos una vez pasado este punto.

Seguido en nivel de predicción se encontró la fobia social (AUROC=0.839) con 5.5 (87.8% - 66.7%) en la sección como punto de corte, y el área de preguntas correspondientes a agorafobia (AUROC=0.811) se observó que en adelante de 9.5 (53.7% - 95.2%) aumenta la probabilidad de estar en riesgo de ansiedad al sumarle el resto de los ítems.

Se estudió la agrupación de las preguntas de forma individual, teniendo moderado (KMO = 0.402) adecuación en el análisis factorial, contando este primer análisis con más de 8 componentes, siendo el componente más

importante de esta reducción de factores el 17.562% de la varianza integrando 13 ítems, lo cual no es una efectiva reducción de factores, pero es esperado para esta clase de escalas. Se exploró de forma similar a las diferentes secciones de la encuesta teniendo un mejor modelo (KMO = 0.825) y con las secciones de Fobia Social (vmax=0.778), Agorafobia (vmax=0.777), y Ansiedad Generalizada (vmax=0.765) explicando el 52.459% de la varianza de resultados de la escala. Con el objeto de tener una mejor resolución acerca de cómo se integran estas áreas en la determinación de ansiedad para los pacientes de la muestra, se obtuvo un modelo con adecuación moderada (KMO = 0.652) con 1 componente del análisis factorial explicando el 34.419% de la varianza, integrado con las áreas de Fobia Social (vmax=0.831), Lesiones (vmax=0.656), Agorafobia (vmax=0.565), y ansiedad Generalizada (vmax=0.548).

Capítulo VII.- DISCUSION

Para este estudio de investigación se han logrado los objetivos principales del mismo, recaudando información sobre las características del bullying presentado en nuestra población, y los síntomas de ansiedad reportados, cuyos resultados abren nuevas interrogantes para investigación futura.

No se encontraron diferencias en cuanto a edad y género en la muestra en relación a la categorización de ansiedad de la escala SCAS, sin embargo, si se encontraron diferencias de edad en los pacientes con síndrome de depresión mayor siendo estos mayores que los pacientes de los demás diagnósticos, con un mayor predominio de pacientes femeninos tal como se encuentra descrito en

la literatura. Por el contrario, los pacientes con déficit de atención fueron menores en edad con respecto a otros diagnósticos y con un predominio del género masculino, lo cual también coincide con lo esperado para esta muestra de pacientes.

El grado escolar que se asoció a un aumento en el riesgo de ansiedad fue el 3er año de primaria y el 4º año. Los diagnósticos más relacionados a Ansiedad detectada por la escala fue el trastorno por déficit de atención y el Síndrome Depresivo Mayor, los cuales son comórbidos y era esperado encontrar en la muestra.

Llama la atención que los niños testigos de eventos de Bullying presentan una incidencia aumentada de Ansiedad, seguido de los niños que son Victimarios y Agresores, consecuentemente en proporción de incidencia se encuentran los Agresores y las víctimas presentan, aunque una elevada proporción de Ansiedad, un menor Riesgo comparado con el resto de la muestra.

Los insultos y amenazas componen la mayor variedad de agresión, las cuales fueron ejercidas con mayor frecuencia en el Aula de la Escuela.

Esto nos indica que un grupo de pacientes se encuentra expuesto a estresores como el observar agresión y hostilidad en el salón, y que no necesariamente es víctima o victimario directo del fenómeno bullying, por lo que se recomendaría considerar un factor a explorar en las entrevistas clínicas con aquellos pacientes quienes no reportan o se ha detectado que participen activamente en problemas de bullying.

En relación a los niños testigos de bullying, nunca tener abuso comprende la mayor proporción de incidencias en los niños con ansiedad, pero el riesgo de Ansiedad se ve aumentado en los niños que reciben abuso todos los días.

Los niños con Ansiedad perciben la Gravedad del evento en Regular, a pesar de tener Ansiedad según la Escala, y la percepción de seguridad es referida como regular en los niños con Ansiedad. Esto podría explicarse por un fenómeno de habituación a la violencia y a la agresión, minimizando el evento y sus consecuencias percibidas como menos graves de lo que pueden llegar a ser.

En los niños con depresión mayor, los resultados de la escala no fueron diferentes, solo en la subescala de agorafobia se encontraron mayores resultados. En los niños con déficit de atención tampoco se observaron diferencias en los resultados de la escala, pero si en la subescala de ansiedad por separación, es importante mencionar que en este grupo de diagnóstico se observó un aumento generalizado en todos los grupos de edad al compararse con los demás diagnósticos, por lo que se recomienda continuar la investigación, ampliando la muestra.

Capítulo VIII.- CONCLUSION

Para esta población, se encontraron diferencias de edad en riesgo para TDM compatibles con lo que se ha descrito en la literatura.

El diagnóstico de TDAH fue más prevalente en varones de menor edad como podría esperarse.

El grado escolar se asoció a un incremento en el riesgo de ansiedad en este grupo, siendo tercero y cuarto grado quienes mostraron mayor índice de ansiedad, la violencia verbal en el aula fue la más prevalente

Los diagnósticos más frecuentemente relacionados a Ansiedad de acuerdo a la SCAS fueron TDAH y TDM, se recomienda tomar en cuenta las características de la población.

Aquellos pacientes que son testigos de eventos de Bullying, mostraron en este grupo una mayor incidencia de ansiedad comparado con el resto de la muestra.

Es esperado que el riesgo de ansiedad aumente conforme se incrementa la frecuencia de agresiones en el ámbito escolar. Sin embargo, la percepción de gravedad en aquellos niños con ansiedad fue reportada como REGULAR, en contraste con aquellos que son observadores y reportaron como GRAVES los eventos de bullying dentro de la escuela.

De la misma forma se reporta la percepción de seguridad dentro de la escuela como REGULAR por aquellos niños que padecen ansiedad, se infiere que la violencia tiende a normalizarse en aquellos que cotidianamente la sufren.

En los menores que presentan TDM muestran más síntomas de agorafobia en comparación con el resto de la población.

En los niños con TDAH fue la ansiedad por separación la que tuvo mayor incidencia de acuerdo a la escala de ansiedad de Spence

8.2.- Recomendaciones para futuros estudios

En los estudios de investigación que involucran la participación de menores de edad, debe ir la firma de dos adultos (padre o tutor) en el consentimiento informado para salvaguardar la seguridad del menor y sus derechos. Sin embargo, en un servicio de atención clínica no es frecuente que acudan a recibir atención menor en compañía de ambos padres, usualmente sólo acude uno de ellos, la mayoría por los horarios interpuestos con la consulta y sus actividades laborales, esto limita la recolección de muestra de manera importante. En el caso de este estudio, por tratarse de una investigación no invasiva, con intervención de riesgo mínimo o sin riesgo al tratarse de encuestas, el comité de ética nos concedió la exención del requisito de contar con ambas firmas, siendo solamente necesario contar con una firma del padre o tutor acompañante al momento de la encuesta, haciendo la aclaración por escrita del investigador, del por qué no se cuenta con la segunda firma.

Otro aspecto a considerar en las investigaciones a futuro es sobre el acoso a través de internet y redes sociales, Integrar Cyberbullying como un campo a estudiar, ya que verbalmente algunos de los pacientes reportaron rechazo, maltrato y agresiones en lugares no descritos en la encuesta, refiriéndose a los espacios virtuales de comunicación electrónica.

Se recomienda además aumentar la muestra de pacientes (n) para describir el comportamiento de la escala en población local como una investigación secundaria al objetivo principal de este tipo de estudios clínicos.

Capítulo IX.- ANEXOS

TEST BULL-S

Nombre:

Edad:

Grado Escolar:

Sexo: F ____ M ____

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 son completamente confidenciales.

Responde cada pregunta escribiendo como máximo un NOMBRE de tus compañeros en clase que mejor se ajusten a la pregunta.

- 1.- ¿A quien elegirías como compañero (a) de grupo de clase?
- 2.- ¿A quién NO elegirías como compañero?
- 3.- ¿Quién crees que te elegiría a ti?
- 4.- ¿Quién crees que NO te elegiría a ti?
- 5.- ¿Quién es el más fuerte de la clase?
- 6.- ¿Quien actúa como miedoso o como un bebe?
- 7.- ¿Quien maltrata o pega a otros compañeros?
- 8.- ¿Quien suele ser la victima?
- 9.- ¿Quien suele empezar las peleas?
- 10.- ¿A quien se le rechaza?

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!

Escala de Ansiedad de Spence (SCAS)

Marca con una "X" dentro del paréntesis la opción que muestre con qué tan seguido te pasan estas cosas a tí. No hay respuestas buenas o malas.

1. Hay cosas que me preocupan

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

2. Me da miedo la obscuridad

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

3. Cuando tengo un problema siento feo en el estómago

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

4. Siento temor

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

5. Sentiría temor si me quedara solo(a) en casa

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

6. Me da miedo presentar un examen

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

7. Siento temor o mucho asco si tengo que usar baños públicos

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

8. Me preocupo cuando estoy lejos de mis padres

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

9. Tengo miedo de hacer el ridículo enfrente de la gente

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

10. Me preocupo por hacer un mal trabajo en la escuela

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

11. Soy popular entre los niños y niñas de mi misma edad

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

12. Me preocupo porque algo malo le suceda a alguien de mi familia

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

13. De repente siento como si no pudiera respirar sin razón alguna

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

14. Tengo que estar revisando varias veces que las cosas que hago estén bien

(como apagar la luz, o cerrar la puerta con llave)

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

15. Me da miedo dormir solo(a)

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

16. Antes de ir a la escuela me siento nervioso(a) y con miedo

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

17. Soy bueno en los deportes

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

18. Me dan miedo los perros

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

19. No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

20. Cuando tengo un problema, mi corazón late muy fuerte

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

21. De repente empiezo a temblar sin razón

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

22. Me preocupa que algo malo pueda pasarme

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

23. Me asusta ir al doctor o al dentista

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

24. Cuando tengo un problema me siento nervioso(a)

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

25. Me asustan los lugares altos (como montañas, azoteas, etc.) o los elevadores

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

26. Soy un(a) buen(a) niño(a)

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

27. Tengo que pensar en cosas especiales (por ejemplo, pensar en un número o en una palabra) que me ayuden a evitar que pase algo malo

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

28. Me siento asustado (a) si tengo que viajar en carro, autobús o metro

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

29. Me preocupa lo que otras personas piensan de mí

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

30. Me da miedo estar en lugares donde hay mucha gente (centros comerciales, cines, camiones, parques)

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

31. Me siento feliz

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

32. De repente me siento muy asustado(a) sin razón

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

33. Me dan miedo los insectos o las arañas

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

34. De repente me siento mareado(a) o que me voy a desmayar sin razón

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

35. Me da miedo tener que hablar frente a mis compañeros de clase

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

36. De repente mi corazón late muy rápido sin razón

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

37. Me preocupa sentirme asustado(a) de repente sin que haya nada que temer

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

38. Me gusta como soy

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

39. Me da miedo estar en lugares pequeños o cerrados (como túneles o cuartos pequeños)

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

40. Tengo que hacer cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar o poner las cosas en orden)

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

41. Me molestan pensamientos tontos o malos, o imágenes en mi mente

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

42. Hay cosas que tengo que hacer de la manera correcta para que no pase nada malo

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

43. Me siento orgulloso(a) de mi trabajo en la escuela

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

44. Me daría miedo pasar la noche lejos de mi casa

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

45. ¿Hay algo más que realmente te dé miedo? SI () NO ()

Escribe lo que es _____

¿Qué tan seguido te da miedo esto?

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

Capítulo X.- BIBLIOGRAFIA

1. ABAD J, FORNS M, AMADOR J, MARTORELL B. FIABILIDAD Y VALIDEZ DEL YOUTH SELF REPORT EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES. PSICOTHEMA. 2000; 12: 49-54.
2. ALBORES-GALLO L, SAUCEDA-GARCÍA J, 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; 53:220-227.
3. ANALITIS F, KLEIN M, RAVENS-SIEBERER U, DETMAR S, ERHART M, HERDMAN M ET AL. BEING BULLIED: ASSOCIATED FACTORS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS 8 TO 18 YEARS OLD IN 11 EUROPEAN COUNTRIES. PEDIATRICS. 2009. 123:2. 569–577.
4. ANDRADE P, BETANCOURT D, VALLEJO A. ESCALA PARA EVALUAR PROBLEMAS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES EN ADOLESCENTES: INVESTIGACIÓN UNIVERSITARIA MULTIDISCIPLINARIA. REV. INVEST. UNIV. SIMÓN BOLÍVAR. 2010; 9: 37-44.
5. ARSENEAULT L, WALSH E, TRZESNIEWSKI K, NEWCOMBE R, CASPI A, MOFFITT T. BULLYING VICTIMIZATION UNIQUELY CONTRIBUTES TO ADJUSTMENT PROBLEMS IN YOUNG CHILDREN: A NATIONALLY REPRESENTATIVE COHORT STUDY. PEDIATRICS. 2006; 118: 130-138.

6. BENEDICT FRANCES TURCOTTE, VIVIER PATRICK M, GJELSVIK ANNIE. MENTAL HEALTH AND BULLYING IN THE UNITED STATES AMONG CHILDREN AGED 6 TO 17 YEARS. JOURNAL OF INTERPERSONAL VIOLENCE. 2015, VOL. 30(5) 782 –795
7. BENITEZ, J, JUSTICIA F. EL MALTRATO ENTRE IGUALES: DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL FENÓMENO. REV. ELECTR. INVEST. PSICOEDUC, 2006; 9: 151 - 170.
8. CABALLO VICENTE E, CALDERERO MARTHA, CARRILLO GLORIA B, SALAZAR ISABEL C, IRUTRIA MARÍA JESÚS. ACOSO ESCOLAR Y ANSIEDAD SOCIAL EN NIÑOS. UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN FORMATO LÚDICO. BEHAVIORAL PSYCHOLOGY/PSICOLOGÍA CONDUCTUAL. VOL 19. NO 3, 2011. PP 611-626.
9. CEREZO, F. VIOLENCIA Y VICTIMIZACIÓN ENTRE ESCOLARES. EL BULLYING: ESTRATEGIAS DE IDENTIFICACIÓN Y ELEMENTOS PARA LA INTERVENCIÓN A TRAVÉS DEL TEST BULL-S. REV. ELECTR. INVEST. PSICOEDUC. 2006: 9: 333 – 352.
10. COLLEL J. EL MALTRATO ENTRE IGUALES EN LA ESCUELA (BULLYING) COMO FACTOR DE RIESGO DE TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS. BELLATERRA: UNIVERSITAT AUTONOMA DE BARCELONA, SERVEI DE PUBLICACIONS. 2005: 201 – 220.

11. COLLELL J, ESCUDÉ C. EL ACOSO ESCOLAR. UN ENFOQUE PSICOPATOLÓGICO. ANN. CLIN. HEALTH PSYCHOL. 2. 2006; 9-14.
12. COWIE H, HUTSON N, OZTUG O, MYERS C. THE IMPACT OF PEER SUPPORT SCHEMES ON PUPILS' PERCEPTIONS OF BULLYING, AGGRESSION AND SAFETY AT SCHOOL. EMOT.BEHAV. DIFFICULTIES. 2008; 13: 63–71.
13. CRAIG W. THE RELATIONSHIP AMONG BULLYING, VICTIMIZATION, DEPRESSION, ANXIETY, AND AGGRESSION IN ELEMENTARY SCHOOL CHILDREN. PERS INDIV DIFFER. 1998; 24: 123-130.
14. 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: 216-224.
15. DE LA BARRA F. EPIDEMIOLOGÍA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: ESTUDIOS DE PREVALENCIA. REV CHIL NEURO-PSIQUIAT, 2009; 47: 303-314.
16. DEL BARRIO C, MARTÍN E, MONTERO I, HIERRO L, FERNÁNDEZ I, GUTIÉRREZ H ET AL. VIOLENCIA ESCOLAR: EL MALTRATO ENTRE

IGUALES EN LA EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA 1999-2006. DEFENSOR DEL PUEBLO. SERVICIO DE PUBLICACIONES DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA ESPAÑOL. UNICEF. 2007. ESPAÑA

17. GLEW G, FAN M, KATON W, RIVARA F, KERNIC M. BULLYING, PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT, AND ACADEMIC PERFORMANCE IN ELEMENTARY SCHOOL. ARCH PEDIATR ADOLESC MED 2005; 15:1026-1031.

18. GOLDSMID S, HOWIE P. BULLYING BY DEFINITION: AN EXAMINATION OF DEFINITIONAL COMPONENTS OF BULLYING. EMOT. BEHAV. DIFFICULTIES. 2014; 19: 220-225.

19. GUIMOND FANNY-ALEXANDRA, BRENDGEN MARA, VITARO FRANK, BOLVIN MICHEL. PEER VICTIMIZATION AND ANXIETY IN GENETICALLY VULNERABLE YOUTH: THE PROTECTIVE ROLES OF TEACHERS' SELF EFFICACY AND ANTI-BULLYING CLASSROOM RULES. J ABNORM CHILD PSYCHOL. DOI 10.1007/S10802-015-0001-3. PUBLISHED ONLINE 14 MARCH 2015.

20. HAREL-FISCH Y, WALSH S, FOGEL-GRINVALD H, AMITAI G. NEGATIVE SCHOOL PERCEPTIONS AND INVOLVEMENT IN SCHOOL BULLYING: A UNIVERSAL RELATIONSHIP ACROSS 40 COUNTRIES. J. ADOLESCENCE 2011; 34: 639-652.

21. HERNANDEZ-GUZMÁN L, BERMÚDEZ-ORNELAS G, H-SPENCE S, GONZÁLEZ-MONTESINOS J, MARTÍNEZ GUERRERO J, GALLEGOS GUAJARDO J. VERSION EN ESPAÑOL DE LA ESCALA DE ANSIEDAD PARA NIÑOS DE SPENCE (SCAS). REVISTA LATINOAMERICANA DE PSICOLOGÍA. VOLUMEN 42 NO 1 PP. 13-24 2010 ISSN 0120-0534

22. INICIATIVA GLOBAL DE ESCUELA SALUDABLE DE LA OMS [SITIO DE INTERNET]; DISPONIBLE EN:
[HTTP://WHQLIBDOC.WHO.INT/PUBLICATIONS/2003/9241591048.PDF](http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591048.pdf)

23. JOFFRE-VELÁZQUEZ V, GARCÍA-MALDONADO G, SALDÍVAR-GONZÁLEZ A, MARTÍNEZ-PERALES G, LIN-OCHOA D, QUINTANAR-MARTÍNEZ S, ET AL. BULLYING EN ALUMNOS DE SECUNDARIA. CARACTERÍSTICAS GENERALES Y FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO. BOL MED HOSP INFANT MEX, 2011; 68(3): 193-202

24. JUVONEN J, GRAHAM S, SCHUSTER M. BULLYING AMONG YOUNG ADOLESCENTS: THE STRONG, WEAK, AND TROUBLED. PEDIATRICS. 2003; 112: 1231-1237.

25. KIM Y, LEVENTHAL B, BENNETT K. SCHOOL BULLYING AND YOUTH VIOLENCE. CAUSES OR CONSEQUENCES OF PSYCHOPATHOLOGIC BEHAVIOR? ARCH GEN PSYCHIATRY. 2006; 63:1035- 1041.

26. KIM Y, KOH, Y, LEVENTHAL B. PREVALENCE OF SCHOOL BULLYING IN KOREAN MIDDLE SCHOOL STUDENTS. ARCH PEDIATR ADOLESC MED. 2004; 158: 737-741.
27. LAWRENCE C. SOCIAL PSYCHOLOGY OF BULLYING IN THE WORKPLACE. EN TEHRANI N (ED.) BUILDING A CULTURE OF RESPECT: MANAGING BULLYING AT WORK. TAYLOR AND FRANCIS. LONDON. 2001; 61-76.
28. LÓPEZ-IBOR J, VÁLDES-MIYAR M, EDITORES. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES: DSM-IV-TR. BARCELONA: MASSON; 2002
29. LOREDO A, PEREA M, LÓPEZ N. BULLYING: ACOSO ESCOLAR. LA VIOLENCIA ENTRE IGUALES. PROBLEMÁTICA REAL EN ADOLESCENTES. ACTA PEDIATR MEX 2008; 29: 210-214. MARTTUNEN MJ, HILLEVI M. PRECIPITANT STRESSORS IN ADOLESCENT SUICIDE. J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY, 2003; 32(6).
30. MCCABE RANDI E, ANTONY MARTIN M, SUMMERFELDT LAURA J, LISS ANDREA, SWINSON RICHARD P. PRELIMINARY EXAMINATION OF THE

RELATIONSHIP BETWEEN ANXIETY DISORDERS IN ADULTS AND SELF-REPORTED HISTORY OF TEASING OR BULLYING EXPERIENCES

31. MÉNDEZ I, CEREZO F. BULLYING Y FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA. EUR. J. EDUC. PSICOL.. 2010;3: 209-218.

32. NANSEL T, OVERPECK M, PILLA R, RUAN W, SIMONS-MORTON B, SCHEIDT P. BULLYING BEHAVIORS AMONG U.S. YOUTH: PREVALENCE AND ASSOCIATION WITH PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT. JAMA 2001; 16: 2094-2100.

33. OLWEUS D. BULLYING AT SCHOOL: WHAT WE KNOW AND WHAT WE CAN DO. BLACKWELL PUBLISHERS. 1993.

34. PERALES-BLUM L. CÁCERES-VARGAS M. ASOCIACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL BULLYING Y LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE LA CONSULTA EXTERNA DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO. TESIS DE GRADO, UANL 2014.

35. SALMIVALLI, C., LAGERSPETZ, K., BJORKQVIST, K., OSTERMAN, K., KAUKIAINEN, A. BULLYING AS A GROUP PROCESS: PARTICIPANT ROLES

AND THEIR RELATIONS TO SOCIAL STATUS WITHIN THE GROUP. AGGRESSIVE BEHAV. 1996; 22: 1-15.

36. SÁNCHEZ V, CÁCERES M, ALCORTA A. TDAH Y COMORBILIDAD CON BULLYING EN LA CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE ADOLESCENTES DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA. TESIS DE GRADO, UANL. 2010.

37. SANDOVAL M, LEMOS S, VALLEJO G. SELF-REPORTED COMPETENCES AND PROBLEMS IN SPANISH ADOLESCENTS: A NORMATIVE STUDY OF THE YSR. PSICOTHEMA. 2006; 18: 804-809.

38. SHAMAH T. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD EN ESCOLARES 2008. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. 1AED, 2010. MÉXICO.

39. SCHWARTZ, D. SUBTYPES OF VICTIMS AND AGGRESSORS IN CHILDREN'S PEER GROUPS. JOURNAL ABNORM. CHILD PSYCH. 2000; 28: 181-192.

40. SOLBERG M, OLWEUS D. PREVALENCE ESTIMATION OF SCHOOL BULLYING WITH THE OLWEUS BULLY/VICTIM QUESTIONNAIRE. AGGRESSIVE BEHAV. 2003, 29: 239-268.

41. SØNDERGAARD DORTE MARIE. BULLYING AND SOCIAL EXCLUSION ANXIETY IN SCHOOLS. BRITISH JOURNAL OF SOCIOLOGY OF EDUCATION. VOL 33, NO. 3, MAY 2012, 355-372.
42. SOURANDER A, ROMING J, BRUNSTEIN-KOMLEK A, GYLLENBERG D, KUMPULAINEN K, NIEMELA S, ET AL. CHILDHOOD BULLYING BEHAVIOR AND LATER PSYCHIATRIC HOSPITAL AND PSYCHOPHARMACOLOGIC TREATMENT: FINDINGS FROM THE FINNISH 1981 BIRTH COHORT STUDY. ARCH GEN PSYCHIATRY 2009; 66:1005-1012.
43. SPENCE S, BARRET P, TURNER C. PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE SPENCE CHILDREN'S ANXIETY SCALE WITH YOUNG ADOLESCENTS. JOURNAL OF ANXIETY DISORDERS (2003). VOL 17. P 605-625.
44. TOUSIGNANT M, HABIMANA E, BIRON C, MALO C, SIDOLI-LEBLANC E, BENDRIS N. THE QUEBEC ADOLESCENT REFUGEE PROJECT: PSYCHOPATHOLOGY AND FAMILY VARIABLES IN A SAMPLE FROM 35 NATIONS. J AM ACAD CHILD ADOLESC PSYCHIATRY. 1999; 38: 1426-1432.
45. VALADEZ I. VIOLENCIA ESCOLAR. MALTRATO ENTRE IGUALES EN ESCUELAS SECUNDARIAS DE LA ZONA METROPOLITANA DE GUADALAJARA. MAR-EVA. 1ª ED. 2008. GUADALAJARA, MÉXICO.

46. VEENSTRA R, LINDENBERG S, OLDEHINKE A, DE WINTER A, VERHULST F, ORMEL J. BULLYING AND VICTIMIZATION IN ELEMENTARY SCHOOLS: A COMPARISON OF BULLIES, VICTIMS, BULLY/VICTIMS AND UNINVOLVED PREADOLESCENTS. DEV. PSYCHOL. 2005; 41: 672 – 682.
47. WHITTED K, DUPPER D. BEST PRACTICES FOR PREVENTING OR REDUCING BULLYING IN SCHOOLS. CHILD. SCHOOLS. 2005; 27: 167–175.
48. WILLIFORD ANNE, BOULTON AARON, NOLAND BRIAN, TODD D. LITTLE, ANTTI KÄRNÄ, CHRISTINA SALMIVALLI. EFFECTS OF THE KIVA ANTI-BULLYING PROGRAM ON ADOLESCENTS' DEPRESSION, ANXIETY AND PERCEPTION OF PEERS. J ABNORM CHILD PSYCHOL (2012) 40:289–300.
49. ZUBEIDAT I, FERNÁNDEZ A, ORTEGA J, VALLEJO M, SIERRA J. CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES Y PSICOPATOLÓGICAS EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES ESPAÑOLES A PARTIR DEL YOUTH SELF REPORT/11-18. ANAL. PSICOL. 2009; 25: 60-69
50. ZUBEIDAT I, FERNÁNDEZ-PARRA A, SIERRA JC, SALINAS JM. EVALUACIÓN DE FACTORES ASOCIADOS A LA ANSIEDAD SOCIAL Y A OTRAS PSICOPATOLOGÍAS EN ADOLESCENTES. SALUD MENTAL 2008;31:189-196.

Capítulo XI.- 11. RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

MAGDALENA RODRIGUEZ SALINAS

Candidato para el Grado de Especialista en Psiquiatría Infantil y de la
Adolescencia

11.1. Datos personales:

Originaria y residente de Monterrey, Nuevo León. Fecha de Nacimiento: 03 de febrero de 1987. Hija de Ramiro Rodríguez Rosas y de Magdalena Salinas Lerma.

11.2 Estudios de pregrado y posgrado:

Médico Cirujano Partero. Generación enero 2010. Especialidad en Psiquiatría Generación 2015. Ambos estudios en la Facultad de Medicina y Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la Universidad Autónoma de Nuevo León.