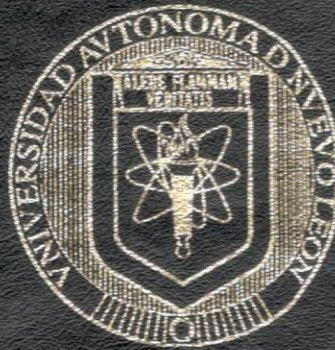


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE MEDICINA



"Asociación entre el perfil de los participantes en
acoso escolar y calidad de vida"

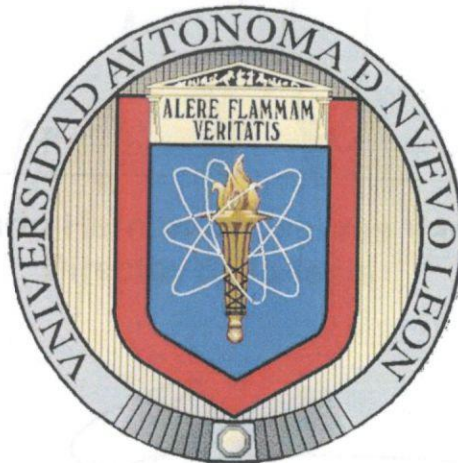
Por:
Dra. Karinna Judith Pérez Mayorga

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

Junio, 2020.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA



“Asociación entre el perfil de los participantes en
acoso escolar y calidad de vida”

Por:

Dra. Karinna Judith Pérez Mayorga

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

Junio, 2020.

**"ASOCIACIÓN ENTRE EL PERFIL DE LOS PARTICIPANTES EN ACOSO
ESCOLAR Y CALIDAD DE VIDA."**

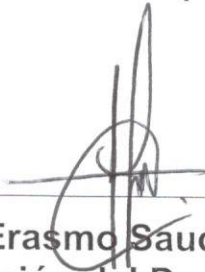
Aprobación de la tesis:



Dr. Mario Hernando Cáceres Vargas
Director de la tesis



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



Dr. Med. 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

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA



“Asociación entre el perfil de los participantes en
acoso escolar y calidad de vida”

Por:

Dra. Karinna Judith Pérez Mayorga

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

Junio, 2020.

“ASOCIACIÓN ENTRE EL PERFIL DE LOS PARTICIPANTES EN ACOSO ESCOLAR Y CALIDAD DE VIDA.”

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. Med. 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

INDICE

Resumen estructurado	1
Introducción	2
Marco Teórico	4
Objetivos	12
Hipótesis	13
Material y métodos	14
Diseño del estudio.....	14
Criterios de selección de la muestra.....	14
Técnica de muestreo.....	15
Análisis estadístico.....	15
Instrumentos de recolección.....	16
Recolección de datos	20
Resultados	21
Discusión	27
Conclusiones	32
Bibliografía	33
Resumen autobiografico	39

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Frecuencias y porcentajes de diagnósticos de acuerdo al DSM-5.....	23
Tabla 2. Frecuencias y porcentajes de grupos diagnósticos y los perfiles de participación en el acoso escolar.	24
Tabla 3. Frecuencias y porcentajes de ítems del test Bull-S.....	25
Tabla 4. Calidad de vida y perfiles de participación del acoso escolar.....	27

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Porcentajes de participantes por grupos diagnósticos.....	22
Figura 2. Porcentajes de perfiles de participación en el acoso escolar.....	24

ABREVIATURAS

SWLS	Escala de satisfacción con la vida
TDAH	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

RESUMEN ESTRUCTURADO

Título: “Asociación entre el perfil de los participantes en acoso escolar y su calidad de vida”

Objetivo: Determinar si existe diferencia en la calidad de vida con respecto al perfil de participación del acoso escolar.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal, tipo encuesta en niños y adolescentes que acuden al área de consulta externa del servicio de Psiquiatría Infantil y del Adolescente del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”. Se aplicó el Cuestionario Bull-S, el Cuestionario *Youth Quality of Life Instrument Research* version (YQOL-R) y la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener. Se realizó un análisis descriptivo, análisis estadístico de asociación con X² y correlación de Spearman.

Experiencia del grupo: Dr. Mario Cáceres Vargas, coordinador del área de hospitalización del departamento de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Especialidad en Psiquiatría por el Hospital Universitario “José Eleuterio González”. Subespecialidad en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Asesor de tesis de especialidad. Dra. Karinna Judith Pérez Mayorga. Especialidad en Psiquiatría por la Universidad Autónoma de Yucatán. Actualmente ha concluido el segundo año de la Residencia en Psiquiatría Infantil y del Adolescente en Hospital Universitario “Dr. José E. González”.

Resultados: Muestra de 89 participantes, media de edad de 14.2 ± 1.5 años, escolaridad secundaria en el 52.8% y preparatoria en el 38.2%. El 56.2% vivían con ambos padres. El consumo de alcohol y tabaco fue en un sólo padre en el 44.9% y 65.2% respectivamente. El ingreso familiar mensual fue > 10 000 pesos en el 62.9%. Los trastornos más frecuentes fueron trastornos depresivos, TDAH y trastorno adaptativo. Se requirió un año en promedio para el diagnóstico en el 49.4%. El 87.6% de la muestra formó parte de acoso escolar. El 47.2% tuvo un perfil de víctima, el 22.5% fueron espectadores, el 12.4% obtuvo un perfil mixto y 11.2% agresores. Las agresiones más frecuentes fueron los insultos y amenazas (40.4%). El 49.4% tuvo una frecuencia de 1 a 2 veces por semana, la gravedad de la situación se describió como regular en el 39.3%. Sensación de seguridad regular en la escuela en el 34.8%. En el análisis de la relación entre la calidad de vida y el perfil de participación del acoso escolar, se encontró una correlación positiva moderada entre los cuestionarios de calidad de vida utilizados, no se encontraron diferencias significativas entre los perfiles de participación del acoso escolar y la calidad de vida.

Conclusiones: Se encontraron resultados similares a los reportados en la literatura internacional, existe una alta frecuencia de acoso escolar en la población clínica estudiada. La calidad de vida no mostró asociación con los perfiles de participación en el acoso escolar en esta muestra. Aunque existe una correlación positiva moderada entre las escalas de calidad de vida: YQOL-R y SWLS.

INTRODUCCIÓN

El acoso escolar se presenta como una conducta de persecución física y/o psicológica que realiza un alumno contra otro, donde destaca la repetición de las acciones, la intencionalidad del agresor, la indefensión de la víctima; generando una relación desequilibrada, determinada por el abuso de poder.¹

Se ha observado que el acoso escolar genera un grave impacto en la salud mental, física y emocional de niños y adolescentes, así como en su rendimiento escolar. El bullying es un factor de riesgo asociado a peor salud física y mental, se ha encontrado que las víctimas de acoso escolar presentan mayor insatisfacción con su imagen corporal, hábitos sedentarios, con consecuencias a largo plazo para su salud en general.²

Una perspectiva en aumento en la actualidad es la que contempla la calidad de vida en relación con los diferentes aspectos de la salud. A pesar del creciente interés en dicho tema, se carece de estudios sobre el desarrollo sano de niños y adolescentes y su la calidad de vida, sobre todo en América Latina.³

Respecto al perfil de participación en acoso escolar diversos estudios han encontrado que las víctimas suelen tener peores niveles de calidad de vida. Aunque igualmente se ha identificado que existen problemas emocionales y de comportamiento entre los diferentes participantes del acoso escolar, sin precisarse que implicaciones tiene esto en su calidad de vida. La calidad de vida en el resto de los implicados ha sido poco estudiada; algunos estudios han determinado que los agresores podían tener una menor satisfacción con ellos mismos que aquellos que no lo eran; mientras que las víctimas con rasgos de agresividad presentaban

un menor apoyo familiar, así como alto riesgo de presentar en el futuro conductas antisociales, así como una menor calidad de vida.^{4,5}

Debido a que la investigación sobre la relación de los distintos perfiles de participación en el acoso escolar y su impacto en la calidad de vida es limitada se realizó este estudio, en el cual se investigó la presencia de acoso escolar en una población adolescente que acudió a consultar al Hospital Universitario “Dr. José E. González” y se determinó el impacto en la calidad de vida dependiendo del perfil de participación en este fenómeno en búsqueda de contribuir a la detección oportuna de posibles posiciones de riesgo para fomentar intervenciones eficaces para el desarrollo óptimo de los adolescentes.

MARCO TEÓRICO

ACOSO ESCOLAR

En el ámbito escolar, se reconocen claramente situaciones de violencia, cuando se presentan peleas, vandalismo a través de destrozos en las instalaciones o robo de material. Sin embargo, la violencia escolar abarca otras situaciones no tan evidentes, que de manera progresiva terminan por alterar el entorno social y la convivencia escolar.⁶

Lo que sucede precisamente en el acoso escolar, término que en el idioma inglés se conoce como “Bullying”, ampliamente utilizado y adoptado en países de habla hispana para denominar a la intimidación y/o agresión entre iguales.⁷ Esta palabra deriva del inglés “bully”, que se traduce al español como “bravucón”. Forma parte de un tipo de maltrato (físico y/o psicológico) intencionado y reiterativo de parte de un estudiante hacia otro, generalmente considerado como más débil.⁸

Entre las características del acoso escolar se encuentran: a) debe existir una víctima (generalmente indefensa) atacada por uno o varios bravucones, b) debe existir desigualdad de poderes, c) Las agresiones tienen que ser repetidas. Tiende a presentarse por un periodo de tiempo largo y por lo tanto es recurrente. La agresión se acompaña de consecuencias durante el ataque y de manera sostenida, debido al temor de la víctima a futuras agresiones.⁹

La intimidación suele estar dirigida hacia un solo compañero, en ocasiones pueden ser varios compañeros, situación mucho menos común. Esta intimidación se suele ejercer igualmente por un solo bravucón o un grupo, pero las agresiones

van dirigidas a sujetos específicos.¹⁰

Los diferentes tipos de agresiones comúnmente empleados se clasifican en:

A) Físicas: Consisten en puñetazos, patadas, empujones o agresiones con algún objeto. Estas son las agresiones más frecuentes en la primaria. B) Verbales: Se identifica como la agresión más habitual, con frecuentes muestras de desprecio o señalamientos constantes de algún defecto físico o funcional. C) Psicológicas: van dirigidas a disminuir el autoestima de las personas y aumentar la sensación de temor e inseguridad. Se considera que finalmente este componente psicológico se encuentra presente en todas las formas de agresión. D) Sociales: consiste en generar aislamiento del individuo con respecto de sus demás compañeros, se requiere la participación de la mayoría de los compañeros. Estas conductas se consideran como un tipo de bullying “indirecto”.¹¹ Con el desarrollo y fácil acceso a las nuevas tecnologías, particularmente de las redes sociales y los teléfonos inteligentes, surge una nueva modalidad, la cual se conoce como ciberacoso, con la particularidad de extender su presencia tanto en los horarios de clases, así como fuera de las escuelas.¹² Aunque las investigaciones se han centrado en encontrar diferencias entre el ciberacoso y el acoso tradicional, actualmente se reconoce como una forma más de bullying.¹³

Los estudios han descrito un perfil considerado como el más común de acuerdo al papel de los sujetos dentro del fenómeno.¹⁴

1. Agresor: Se asocia a problemas externalizados, como los trastornos de conducta, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad o trastornos debidos al uso de sustancias; el perfil en el varón corresponde a sujetos que

suelen tener alta autoestima, falta de capacidad de autocrítica, provenientes de un medio o ambiente social negativos, con una predisposición al uso de la violencia y la dominación, son comunes su deficientes habilidades interpersonales, sobre todo para comunicar y negociar sus deseos, carecen de empatía hacia la víctima y sin sentimientos de culpa, tienen un pobre control de la ira. Son de bajo rendimiento académico y tiene problemas para seguir reglas y respetar normas. En las mujeres suelen emplear más elementos psicológicos en sus agresiones, realizándolas de forma más sutil y menos evidente.^{15,16}

2. Víctima: La asociación es con problemas internalizados, por ejemplo, la ansiedad. Por lo general se encuentran aislados, se reconocen diferentes tipos de víctimas: a) Las víctimas ansiosas, son inseguras, débiles, carecen de competencia social. b) Las víctimas provocativas, son aquellas que desarrollan un patrón de conducta similar a los agresores, con una falta de control emocional y que, en relación a la situación y ambiente, pueden asumir el rol tanto de agresor, como de víctima. c) Las víctimas inespecíficas, son aquellas personas que suelen ser vistas como diferentes al grupo y esta diferencia o particularidad las convierte en objeto de agresiones; este tipo de víctimas suele ser la más común.^{15,17}
3. Espectadores: Suele ser testigos y no intervienen, es frecuente que se sumen a las agresiones, aumentan la agresión y el daño. Se relaciona con el efecto del contagio social, situación que fomenta la participación en actos de intimidación, o por el miedo de sufrir las mismas agresiones si se ofrece apoyo a la víctima.¹⁸

El fenómeno del acoso escolar en México, particularmente de los alumnos mexicanos en las escuelas de educación básica, ha tenido un incremento sustancial en los últimos diez años. De 2011 a 2013 se había reportado por la UNESCO un aumento del 10% en las cifras de acoso escolar, cifrando 40% en estudiantes de educación básica (preescolar, primaria y secundaria).¹⁹ En México la SEP implementó el Programa Nacional de Convivencia Escolar 2014-2018 en las instituciones a su cargo, “Escuela Libre de Acoso”. En el país la presencia de bullying en las escuelas es innegable, más de la mitad de la población está implicada en el problema, ya sea como víctimas, agresores, víctimas-agresores o simplemente como espectadores.²⁰

La víctima es quien puede tener consecuencias más graves dentro del acoso escolar, como el abandono o ausentismo escolar, disminución del rendimiento académico, niveles elevados y constantes de ansiedad, rechazo para acudir al colegio y en casos más graves trastornos depresivos graves e intentos de suicidio. En los agresores también se reconocen efectos negativos o consecuencias en relación a su participación en el acoso, los patrones de conducta agresiva y disruptiva suele mantenerse y generalizarse. Los agresores suelen adoptar e integrar en su personalidad este modelo de interacción social, lo que impide que se integren de manera adecuada a la sociedad. Además, si no se interviene a tiempo, puede evolucionar a trastornos de conducta graves, con futuras conductas delictivas.²¹

Con respecto a la prevalencia del acoso escolar, 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.²² 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.²³

Con respecto a modelos de intervención empleados para tratar este problema, se ha encontrado que realizar una planificar adecuada aumenta las posibilidades de éxito, por lo cual debe identificarse donde y cuando sucede el fenómeno, las personas implicadas y su perfil de participación, los puntos fuertes y débiles de cada uno, tener una idea del tiempo transcurrido y los intentos de solución usados, identificar en el ambiente las creencias y atribuciones que se le da al uso de la violencia. Por otra parte, se deben conocer todos los elementos de influencia en el ambiente y la dinámica. Contar con información de los profesores y padres pueden ser de gran utilidad, pero finalmente los alumnos de la escuela, son la fuente directa de la realidad que se da en su grupo. Se estima que cerca de un 10% de niños y adolescentes podrían padecer algún trastorno como consecuencia de su participación en situaciones de acoso escolar. Lamentablemente se ha normalizado y se pone muy poca atención a estas conductas a lo largo de la infancia y, cuando se identifica o interviene, el problema suele ser ya importante. Por lo general el enfoque de las intervenciones se centra exclusivamente en el agresor y/o víctima, muchas veces siendo insuficiente o poco efectivo en acabar con el problema. Estas intervenciones tienden a culpabilizar a los protagonistas, para liberar de responsabilidad aquellos compañeros del grupo, que fueron testigos. Al tratarse de un fenómeno complejo que implica diferentes perfiles y

elementos para su desarrollo y consecución, se debe tener este mismo enfoque de intervención, es decir construir un modelo sistémico; que actúe sobre todos los implicados en el acoso escolar.²⁴

CALIDAD DE VIDA

El término calidad de vida surge durante la década de los ochenta, como parte del desarrollo y estudio de la salud pública, considerando elementos como el cuidado personal, la salud e higiene. Posteriormente integrándose como un elemento fundamental en los derechos humanos y ciudadanos, considerando entre estos preceptos de la calidad en la vida, la capacidad del individuo para tener acceso a bienes económicos. Con la evolución del concepto, se incluyeron más tarde, la preocupación por la experiencia personal sobre la actividad, la vida cotidiana y hacia la salud.²⁴

En la actualidad se considera que la calidad de vida es multidimensional, es subjetiva, engloba aspectos tanto positivos como negativos y refleja las normas culturales de un bienestar objetivo,²⁵⁻²⁶ además de que corresponde a aspectos comunes compartidos entre las personas.²⁷ La Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”.²⁸

El establecimiento de las dimensiones que abarcan la construcción de la calidad de vida ha sido apoyado principalmente por los estudios con adultos. En los últimos años, varios investigadores han tratado de establecer las dimensiones importantes para la calidad de vida de los adolescentes.²⁹⁻³⁰ Dichos estudios

concuerdan que para la medición de la calidad de vida en niños y adolescentes se requiere identificar y diferenciar diferentes áreas o dominios: el bienestar físico, el bienestar psicológico y la interacción social con su familia, con sus pares tanto en la escuela como en otras partes. Durante la adolescencia, considerando su particular vulnerabilidad emocional, inquietud por el aspecto físico, se requiere valorar la autoestima y el autoconcepto, que pueden influir considerablemente en el estado de ánimo e interacción social.³⁰

El acoso escolar como un fenómeno en aumento, con consecuencias importantes tanto a mediano como a largo plazo para todos los involucrados. Donde se han identificado diferentes consecuencias, en función del rol de participación. Sobre todo, en la funcionalidad y calidad de vida.³¹

Los estudios de investigación sobre el acoso escolar y su implicación en la calidad de vida en niños y adolescentes son muy limitados. La literatura actual pone particular atención en los diferentes perfiles de participación en el acoso, conocer si la implicación en el acoso escolar, ya sea como agresor, víctima o víctimas agresivas, afectaba la calidad de vida, y ayudaría a establecer mejores estrategias de prevención de la salud en el tema del acoso escolar.³²

El conocimiento de la magnitud y la relación entre estas variables en nuestra población daría la pauta para iniciar campañas específicas con el fin de mejorar la atención a este grupo de pacientes.

El presente estudio no generó repercusiones tanto físicas, morales o psicológicas para ninguno de los participantes. De cualquier manera, se 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. Con aprobación del comité de ética de la Facultad de Medicina de la UANL, con clave de aprobación: PS-19-00014.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Analizar la relación de la calidad de vida con el perfil de participación de acoso escolar.

Objetivos específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de la muestra general.
2. Determinar grupos psicopatológicos más frecuente en los pacientes de la consulta de psiquiatría infantil y de la adolescencia.
3. Conocer la frecuencia de los padecimientos en salud mental que se presentan en la consulta externa de psiquiatría infantil.
4. Identificar el nivel de calidad de vida de los niños en la consulta de psiquiatría infantil y de la adolescencia.
5. Determinar la presencia de acoso escolar en los pacientes de la consulta de psiquiatría infantil y de la adolescencia.
6. Identificar los perfiles de acoso escolar y describir la psicopatología presentada.
7. Correlacionar los resultados del cuestionario de calidad de vida con los resultados del cuestionario SWSL (satisfacción de vida).

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS ALTERNA:

Existe diferencia entre la calidad de vida en relación con el perfil de participación del acoso escolar en los niños y adolescentes participantes.

HIPÓTESIS NULA:

No existe diferencia entre la calidad de vida en relación con el perfil de participación del acoso escolar en los niños y adolescentes participantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de estudio:

Estudio observacional, descriptivo, transversal, tipo encuesta.

Criterios de selección de muestra:

a) Criterios de inclusión:

- Menores de ambos sexos de 12 a 17 años de edad.
- Usuarios matriculados en cualquier tipo de institución escolar.
- Usuarios que no presenten dificultades en el entendimiento de los instrumentos del estudio.
- El menor otorga asentimiento informado.
- Que los padres acepten la participación en el estudio dando su consentimiento verbal.
- Que sean usuarios del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario.

b) Criterios de exclusión:

- Pacientes que no cumplan los criterios de inclusión.
- Pacientes que no toleren la aplicación de los cuestionarios.
- Pacientes que no acepten su participación en el estudio.
- Que no presenten dificultades en el entendimiento de los instrumentos del estudio.

c) Criterios de eliminación:

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

Técnica de muestreo y tamaño de la muestra:

Muestreo no probabilístico. Para el cálculo del tamaño de muestra, considerando una población de 805 pacientes (niños y adolescentes), variabilidad máxima del 50%, confiabilidad del 95%, error máximo aceptado del 10%, se empleó la fórmula de tamaños muestrales para proporciones en poblaciones finitas, obteniendo un tamaño de muestra de 81 pacientes, agregando un 10% extra para compensar merma, determinándose un tamaño de muestra de 89 pacientes.

Análisis estadístico:

En el análisis descriptivo de los resultados se utilizaron frecuencias absolutas y porcentajes, así como medias con desviación estándar, presentados con tablas y gráficos para facilitar su visualización. Para el análisis inferencial se determinó el coeficiente de correlación de Spearman. Además, se utilizó la prueba de X^2 de tendencia lineal (asociación lineal por lineal), debido a que es la prueba más apropiada para el análisis en situaciones en las que una variable de exposición tiene tres o más categorías (como en el caso de los perfiles de participación en el acoso escolar) y la variable de resultado es de tipo binario (interpretación de escalas de calidad de vida).

Los datos fueron recolectados en una hoja de Excel 2016 y posteriormente se exportaron al paquete estadístico SPSS versión 20 para la realización de los análisis estadísticos. Se consideró como estadísticamente significativo un valor de p menor o igual a 0.05.

Instrumentos de recolección:

Cuestionario Calidad de Vida Juvenil *Youth Quality of Life Instrument Research* versión (YQOL-R)

Escala autoaplicada que tiene como objetivo medir la percepción subjetiva de la calidad de vida en los jóvenes, centrada en aspectos positivos de la salud y las percepciones necesarias para el desarrollo. Se orientan sobre todo hacia el bienestar psicológico del niño y no al estado funcional o el desempeño de las actividades diarias que normalmente se tratan en otras escalas de calidad relacionadas con la salud.

El instrumento está constituido por cuatro dominios: el general, de 3 ítems, que son afirmaciones sobre la satisfacción y disfrute de su vida y el valor de ésta; el personal, de 14 ítems, que aborda los sentimientos acerca de sí mismo, respecto a la intensidad del estrés, la soledad, los sentimientos y creencias, afrontamiento de dificultades, aceptación de errores, el sentimiento de exclusión por ser quien es, la energía para hacer cosas que quiere y comodidad respecto a sus preferencias y prácticas sexuales; el relacional, conformado con 14 ítems, evalúa relaciones con la familia, adultos, amigos, pares y satisfacción con la vida social, y por último el dominio ambiental, con 10 ítems que pregunta sobre oportunidades y obstáculos para el futuro, la calidad de la educación y el acceso a la información, si es suficiente el dinero, el disfrutar lo nuevo, seguridad en el hogar y escuela. Se usó para cada ítem una escala Likert de 11 opciones con anclajes adjetivales " no, en absoluto " a " completamente. El instrumento esta

validado en población mexicana. Se ha evaluado la validez de concepto y validez de constructo. Con una consistencia interna de 0,91 y fiabilidad test-retest de 0,85.²⁷

Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)

La satisfacción sobre la vida es una evaluación global a modo de 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 distintos 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 respuestas de corta duración a estímulos inmediatos, mientras que la satisfacción con la vida evalúa 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, el juicio sobre satisfacción depende de comparaciones que el sujeto hace entre circunstancias de su vida y un estándar que considera apropiado desde su propio criterio y no un estándar impuesto externamente. Cuenta con una alta consistencia interna- Cronbach que oscila entre .89 y .79. Además de una alta correlación positiva con el bienestar y una sensibilidad negativa a síntomas de ansiedad, malestar psicológico, depresión, etc. Es influida por acontecimientos más sobresalientes ocurridos en la historia reciente del sujeto.

Test BULL-S

Cuestionario de aplicación colectiva o grupal, elaborado con el objetivo de medir la agresividad, entre iguales en contextos escolares; detecta implicados en el fenómeno y aspectos situacionales en la relación con la agresividad entre iguales, explora características socioafectivas del grupo. Se compone de 15 ítems, fue diseñado en torno a 3 categorías. El estudio de la estructura interna del salón, a través de criterios de aceptación – rechazo, formada por 4 ítems. La dinámica del acoso a través de 6 ítems relacionados a las características asociadas a los sujetos implicados y una tercera categoría relacionada a aspectos situacionales con respuestas de tipo Likert. 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 agresores el alfa fue de .82 y para las víctimas fue de .83. El cuestionario Test Bull-S es un instrumento confiable para medir el acoso y la agresividad en escolares.

Cédula de datos demográficos

Cuestionario donde se incluyen los siguientes datos:

- Edad del paciente.
- Sexo del paciente.
- Escolaridad del paciente.
- Diagnóstico del paciente.
- Tiempo del diagnóstico del paciente.

- Composición familiar.
- Consumo de tabaco de los padres.
- Consumo de alcohol de los padres.
- Ingreso mensual promedio del hogar familiar.

RECOLECCION DE DATOS

La captura de los datos se realizó en una sola exhibición en la consulta externa del Departamento de Psiquiatría del Hospital Dr. José Eleuterio González entre los meses de agosto y diciembre de 2019. Los médicos psiquiatras residentes de la subespecialidad 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 fueron referidos con el investigador principal quien explicó los objetivos del estudio, así como su derecho a no participar en el mismo. Cuando otorgaron su consentimiento informado de manera verbal, se les solicitó la firma de consentimiento informado a los padres y el asentimiento informado a los menores leyendo detalladamente los documentos contestando dudas y preguntas. Posteriormente se les entregó la batería de pruebas que consistió en el Cuestionario de Calidad de Vida Juvenil, la Escala de Satisfacción con la Vida y Test BULL-S. Se les explicó a detalle el llenado de los mismos, así como una hoja de perfil sociodemográfico.

Se recopilaron los datos en el sistema Excel Office y SPSS versión 20 para su posterior análisis.

Se realizó el análisis de resultados, conclusión y presentación final.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 89 participantes, pacientes provenientes de la consulta de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “José Eleuterio González”, se encontró una distribución por género de 46.1% (n=41) participantes masculinos y 53.9% (n=48) participantes femeninos. La media de edad en la totalidad de la muestra fue de 14.2 ± 1.5 años, el género masculino presentó una media de 13.9 ± 1.5 años y el género femenino una media de 14.4 ± 1.4 años.

Con respecto a las variables sociodemográficas, se registró escolaridad primaria en el 9% (n=8) de la muestra; el 52.8% (n=47) con secundaria y el 38.2% (n=34) con escolaridad preparatoria.

El 56.2% (n=50) de los participantes vivían en casa con ambos padres, el 32.6% (n=29) vivían con un sólo padre (familia monoparental), el 9% (n=8) vivía en casa con sus abuelos (familia nuclear) y el 2.2% (n=2) vivía con tíos y primos (familia extendida).

Igualmente se exploró la presencia de consumo de alcohol y/o tabaco en los padres, encontrándose un consumo de alcohol en ambos padres en el 29.2% (n=26) de la muestra, consumo de alcohol de un solo padre en el 44.9% (n=40) y ausencia de consumo de alcohol en el 25.8% (n=23). Con respecto al consumo de tabaco, en un 15.7% (n=14) de la muestra consumían ambos padres, un sólo padre en el 65.2% (n=58) y en el 19.1% (n=17) de la muestra ninguno de los padres consumía tabaco.

El ingreso familiar mensual promedio < 5000 pesos, fue reportado por el 4.5% (n=4) de la muestra, un ingreso entre 5000-10 000 pesos se observó en el 30.3% (n=27) de los participantes, ingresos > 10 000 pesos en el 62.9% (n=56) de la muestra y finalmente con los ingresos más altos > 15 000 pesos, se identificó al 2.2% (n=2) de la muestra estudiada.

Con respecto a la psicopatología identificada en los pacientes de la consulta de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, se presentan los resultados descriptivos de dos maneras, en primer lugar los porcentajes de grupos diagnósticos como se observa en la **Figura 1**. En segundo lugar, se presentan los diagnósticos individuales clasificados de acuerdo al DSM-5, como se observa en la **Tabla 1**.

Figura 1. Porcentajes de participantes por grupos diagnósticos.

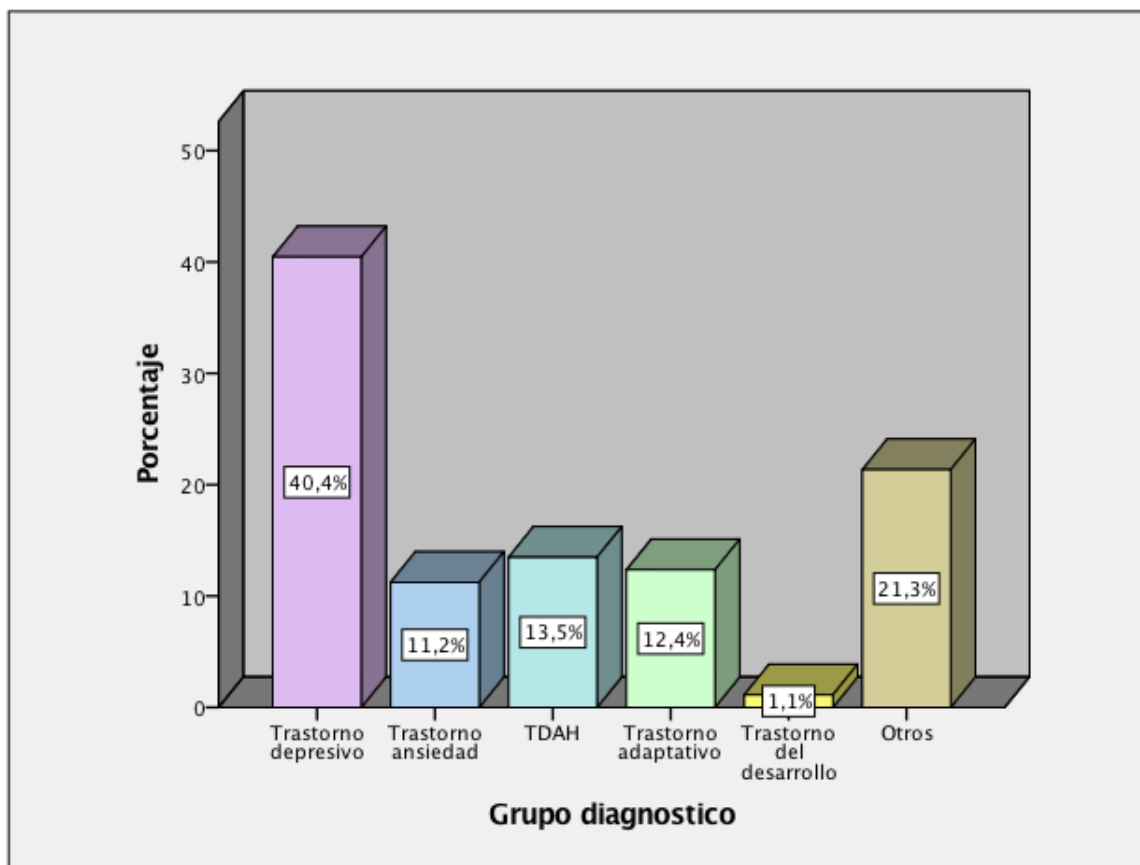


Tabla 1. Frecuencias y porcentajes de diagnósticos de acuerdo al DSM-5.

DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Anorexia	3	3.4%
Bulimia	1	1.1%
Dependencia a cannabis	1	1.1%
Distimia	1	1.1%
Trastorno adaptativo	11	12.4%
Trastorno bipolar	2	2.2%
Trastorno de conducta	4	4.5%
Trastorno de pánico	2	2.2%
Trastorno depresivo	34	38.2%
Trastorno de personalidad	1	1.1%
Trastorno restrictivo de la alimentación	1	1.1%
Trastorno de ansiedad generalizada	8	9.0%
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	13	14.6%
Trastorno del espectro autista	1	1.1%
Trastorno obsesivo compulsivo	2	2.2%
Trastorno oposicionista desafiante	4	4.5%

El tiempo requerido para el establecimiento de los diagnósticos fue de 0-6 meses para el 13.5% (n=12) de la muestra, se requirieron 6 meses a un año en el 30.3% (n=27) de los participantes, diagnóstico en más de un año en el 49.4% (n=44) y se requirieron más de 5 años para el establecimiento del diagnóstico en el 6.7% (n=6) de la muestra.

Con el uso del Cuestionario Bull-S se determinó que el 87.6% (n=78) de la muestra había tenido participación en acoso escolar y el 12.4% (n=11) restante negó participación.

El porcentaje de los diferentes perfiles de participación en el acoso escolar se pueden observar en la **Figura 2**. La presencia de los diversos grupos diagnósticos, en relación al perfil de participación en el acoso escolar, se puede observar la **Tabla 2**.

Figura 2. Porcentajes de perfiles de participación en el acoso escolar.

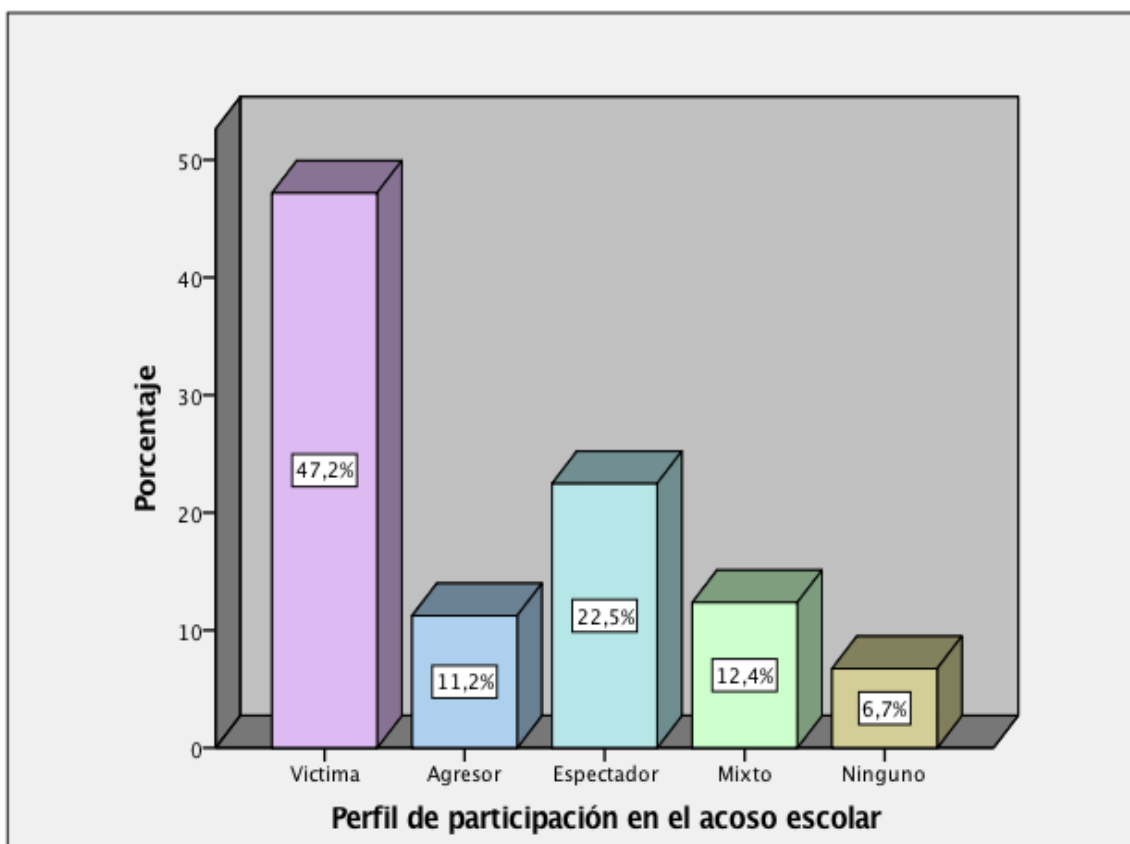


Tabla 2. Frecuencias y porcentajes de grupos diagnósticos y el perfil de participación en el acoso escolar.

PERFIL EN ACOSO ESCOLAR	GRUPO DIAGNÓSTICO					
	Ts. depresivo FR (%)	Ts. de ansiedad FR (%)	TDAH FR (%)	Ts. adaptativo FR (%)	Ts. del desarrollo FR (%)	Otros FR (%)
Víctima	24 (27%)	4 (4.5%)	5 (5.6%)	3 (3.4%)	0 (0%)	6 (6.7%)
Agresor	2 (2.2%)	0 (0%)	3 (3.4%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (5.6%)
Espectador	4 (4.5%)	3 (3.4%)	2 (2.2%)	5 (5.6%)	0 (0%)	6 (6.7%)
Mixto	3 (3.4%)	2 (2.2%)	2 (2.2%)	2 (2.2%)	0 (0%)	2 (2.2%)
Ninguno	3 (3.4%)	1 (1.1%)	0 (0%)	1 (1.1%)	1 (1.1%)	0 (0%)
Total	36 (40.4%)	10 (11.2%)	12 (13.5%)	11 (12.4%)	1 (1.1%)	19 (21.3%)

La descripción de los resultados obtenidos en el test Bull-S, se presentan en la **Tabla 3**.

Tabla 3. Frecuencias y porcentajes de ítems del test Bull-S.

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TIPO DE AGRESIONES		
Insultos y amenazas	36	40.4%
Rechazos	20	22.5%
Otros	9	10.1%
Dos o +	19	21.3%
Ninguno	5	5.6%
LUGAR DONDE OCURREN LAS AGRESIONES		
Aula	21	23.6%
Patio	12	13.5%
Pasillos	2	2.2%
Dos o +	49	55.1%
Ninguno	5	5.6%
FRECUENCIA CON QUE OCURREN LAS AGRESIONES		
Todos los días	14	15.7%
1-2 veces por semana	44	49.4%
Rara vez	10	11.2%
Nunca	21	23.6%
CREES QUE ESTA SITUACIÓN ES GRAVE		
Poco o nada	12	13.5%
Regular	35	39.3%
Mucho	34	38.2%
Bastante	8	9.0%
QUE TAN SEGURO TE SIENTES EN LA ESCUELA		
Poco o nada	8	9.0%
Regular	31	34.8%
Mucho	30	33.7%
Bastante	20	22.5%

Para el análisis de la calidad de vida en la muestra total de participantes, se emplearon dos instrumentos. El primero fue el cuestionario Youth Quality of Life Instrument Research version (YQOL-R), donde se obtuvo una media de puntaje de 78.8 puntos en el índice total de calidad de vida; puntaje correspondiente a una

calidad de vida superior (resultado > 75.42, es decir percentil 33, punto de corte es este instrumento). Sin diferencias de importancia en los puntajes de las subescalas de este cuestionario.

Con respecto a los resultados del Cuestionario de Satisfacción con la Vida (SWSL) se encontró que el 2.2% (n=2) de los participantes se percibió como muy insatisfecho, el 18% (n=16) se describió como ligeramente insatisfecho, el 43.8% (n=39) como ligeramente satisfechos, seguido de un porcentaje de 31.5% (n=28) que se describieron como satisfechos, y finalmente el 4.5% (n=4) se percibieron como altamente satisfechos.

Para el análisis inferencial entre el perfil de participación en el acoso escolar y la calidad de vida, se empleó la prueba estadística de X^2 de tendencia lineal (asociación línea por línea), empleada cuando una variable de exposición tiene tres o más categorías (como es el caso de los perfiles de participación en el acoso escolar) y la variable de resultado es de tipo binario; en el caso del resultado del cuestionario Youth Quality of Life Instrument Research version (YQOL-R) se contaba con un resultado binario (calidad de vida inferior o superior); con respecto al cuestionario de satisfacción con la Vida (SWSL), se realizó una recodificación de los resultados para el análisis estadístico (recodificación en dos opciones, satisfacción o insatisfacción con la calidad de vida). La calidad de vida no mostró asociación estadística con alguno de los perfiles de participación en el acoso escolar, el cuestionario YQOL-R obtuvo una $X^2=1.083$, $df=1$ y $p=0.298$ y el Cuestionario SWSL una $X^2= 1.585$, $df=1$ y $p= 0.208$. Resultados presentados en la

Tabla 4.

Tabla 4. Calidad de vida y perfiles de participación del acoso escolar

PERFIL EN EL ACOSO ESCOLAR	CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (SWSL) n=89 ($X^2= 1.585$, $df=1$, $p= 0.208$)		ÍNDICE DE CALIDAD TOTAL DE VIDA (YQOL-R) n=89 ($X^2=1.083$, $df=1$, $p=0.298$)	
	Insatisfacción	Satisfacción	Calidad de vida inferior	Calidad de vida Superior
	FR (%)	FR (%)	FR (%)	FR (%)
Víctima	6 (6.7%)	36 (40.4%)	10 (11.2%)	32 (36%)
Agresor	3 (3.4%)	7 (7.9%)	7 (7.9%)	3 (3.4%)
Espectador	3 (3.4%)	17 (19.1%)	3 (3.4%)	17(19.1%)
Mixto	5 (5.6%)	6 (6.7%)	8 (9%)	3 (3.4%)
Ninguno	1 (1.1%)	5 (5.6%)	1 (1.1%)	5 (5.6%)
Total	18 (20.2%)	71 (79.8%)	29 (32.6%)	60 (67.4%)

Finalmente, se realizó una prueba de correlación entre ambas escalas utilizando el estadístico de Spearman para la correlación de variables ordinales; se obtuvo como resultado un coeficiente de Rho de Spearman de 0.625 y con una significancia estadística de $p=0.001$, por lo cual existe una correlación positiva moderada entre ambas escalas de calidad de vida.

DISCUSIÓN

Utilizando una muestra de 89 participantes, todos provenientes de la consulta externa de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “José Eleuterio González”, se realizó el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, características del acoso escolar, calidad de vida y finalmente la evaluación de la asociación entre la calidad de vida y el perfil de participación del acoso escolar. Encontrándose una correlación positiva moderada entre los cuestionarios de calidad de vida empleados, sin identificarse asociaciones significativas entre los perfiles de

participación en el acoso escolar y la calidad de vida en la muestra empleada para este estudio.

Con respecto a las variables sociodemográficas, se encontró una distribución similar entre hombres y mujeres, la media de edad fue 14.2 ± 1.5 años, resultados congruentes con la población adolescente, quienes suele utilizar con más frecuencia los servicios de psiquiatría infantil y de la adolescencia. De manera correspondiente a la media de edad registrada, predominó la escolaridad secundaria y preparatoria. Se considera importante mencionar que este estudio no pudo explorar de manera más amplia el fenómeno del acoso en poblaciones infantiles de menor de menor edad. Grupo relevante, se menciona que el acoso escolar ha aumentado hasta en un 40% en estudiantes de educación básica (preescolar, primaria y secundaria) según datos de la UNESCO.¹⁹

Las características predominantes de las familias de los participantes en este estudio, indican condiciones sociofamiliares o medioambientales estables o favorables, el 56% de las familias estaban integradas por ambos padres y el ingreso familiar mensual promedio fue $> 10\ 000$ pesos en el 62.9% de la muestra. Aunque se reconocieron aspectos como el consumo de alcohol y tabaco, que tuvieron una alta frecuencia en sólo uno de los padres.

Con respecto a los trastornos psiquiátricos más frecuentemente identificados en los pacientes de la consulta de psiquiatría infantil y de la adolescencia, se encontró un predominio de los trastornos depresivos, seguido del TDAH y el trastorno adaptativo. El tiempo más frecuente requerido para el establecimiento de los diagnósticos fue un tiempo promedio mayor a un año, dato

observado hasta en el 49.4% de la muestra.

Con el empleo del cuestionario Test Bull-S se determinó que el 87.6% de la muestra había formado parte de acoso escolar. La alta prevalencia de acoso escolar, hace reflexionar sobre la magnitud del fenómeno en poblaciones clínicas, así como, las implicaciones como factor de riesgo para la psicopatología de los pacientes. Al comparar estos hallazgos con las prevalencias reportadas por Craig y colaboradores, obtenidas de una muestra multicéntrica e internacional, conformada por hombres y mujeres de 40 países diferentes, reportando prevalencias de 8.6 a 45.2% en varones y de 4.8 a 35.8% en mujeres.²² Con lo reportado en un estudio realizado en población de estudiantes de escuelas primarias públicas en la Ciudad de México, que contestaron el Test Bull-S, donde el 23.9% tenía participación en el acoso escolar.²³ Ambos estudios reflejan frecuencias menores a las registradas en este estudio, con lo que el acoso escolar se puede considerar un factor importante para presentar peor salud física y mental.²

El perfil de participación más frecuente fue el de víctima de acoso con un 47.2%, registrando un predominio en este grupo de trastornos afectivos y TDAH. Estos resultados son similares a los reportados en la literatura, donde se reconoce la asociación con problemas de internalización, aunque en esta muestra han sido más frecuentes los trastornos depresivos, y no los trastornos de angustia y ansiedad reportados en otros estudios.^{13,14}

El 22.5% perteneció al perfil de espectadores, tuvieron un predominio de trastornos adaptativos. Grupo que por lo general puede ser poco reconocido o

admitido por vergüenza. Se describe que fomenta la participación en los actos de intimidación, por miedo a sufrir las mismas consecuencias que la víctima, por brindarle ayuda.¹⁸

Finalmente, el 11.2% de la muestra obtuvo un perfil como agresor, registrando una mayor frecuencia de TDAH y otros diagnósticos. Este resultado es compatible con lo encontrado en la literatura donde este perfil se asocia a problemas externalizados, tales como trastornos de conducta, déficit de atención e hiperactividad.¹³⁻¹⁴

Las características del acoso escolar en la muestra estudiada fueron similares a las encontradas en revisiones previas.^{6,9} Las agresiones más frecuentes fueron los insultos y amenazas, que ocurrían en dos o más lugares, una a dos veces por semana y la situación muchas veces se minimizó por los mismos participantes.

Tras realizar las escalas de calidad de vida, se pudo identificar que la mayor parte de la muestra percibía una calidad de vida superior o satisfactoria, por lo cual se consideró que la procedencia de esta muestra es un factor importante a discutir con respecto a los resultados obtenidos y su extrapolación a la población general.

Tras la realización del análisis comparativo entre ambas escalas de calidad de vida y el perfil de participación en el acoso escolar, no se encontraron diferencias o asociaciones significativas estadísticamente. El perfil de víctima tuvo valores más elevados de insatisfacción y satisfacción en la escala SWSL (insatisfacción 6.7% y satisfacción 40.4%); así como los valores más altos en el

índice de calidad total de vida YQOL-R tanto en calidad de vida inferior (11.2%) como en calidad de vida superior (36%). Estos resultados no permiten realizar inferencias entre los perfiles de acoso escolar. Se plantea que la procedencia de la muestra, el tamaño y la falta de aleatorización son factores que pudieron influir en los resultados observados. Como se había mencionado previamente, la población de estudio no mostró factores familiares y socioambientales desfavorables que pudieran influir como factores agregados para una peor calidad de vida. Cabe mencionar que algunos estudios han encontrado que los agresores pueden presentar mayor satisfacción familiar.⁴⁻⁵ La mayoría de los estudios concuerdan que el presentar una menor calidad de vida se relaciona a peor salud, ajuste emocional y en la escuela.³¹ Por lo cual contar con instrumentos fiables, que evalúen un aspecto tan subjetivo, es de suma importancia, este estudio pudo determinar que existe una correlación positiva moderada entre ambas escalas de calidad de vida utilizadas.²⁹⁻³⁰

Este estudio cuenta con algunas debilidades, se comentó previamente, que la procedencia de la muestra, el tamaño y la falta de aleatorización, hacen que los resultados sean únicamente aplicables para la población en la que fue realizada, haciendo difícil extrapolar estos hallazgos a población general o comunitaria.

Igualmente se pueden reconocer ventajas en este estudio, considerando que la mayoría de los estudios se centran exclusivamente en la víctima y el agresor, este estudio tuvo una aproximación mas completa y sistémica del fenómeno; fue más allá del agresor y la víctima, incluyendo compañeros y el entorno, proporcionado información novedosa para el diseño de nuevos proyectos

de investigación que aborden este fenómeno desde diferentes enfoques, estudiando a poblaciones escolares, comunitarias y clínicas, que permitan identificar semejanzas y diferencias en el fenómeno. Todo esto con el objetivo de diseñar programas de intervención y prevención del acoso escolar en niños y adolescentes.

CONCLUSIONES

- 1.- Se han encontrado en este estudio resultados similares a los reportados en la literatura internacional, sobre todo en los perfiles de acoso escolar y su relación con la psicopatología.
- 2.- Existe una alta frecuencia de acoso escolar en la población clínica estudiada.
- 3.- La calidad de vida no mostró asociación con los perfiles de participación en el acoso escolar de esta muestra.
- 4.- Existe una correlación positiva moderada entre las escalas de calidad de vida: YQOL-R y SWSL.
- 5.- Estos resultados pueden contribuir a la detección oportuna de posibles elementos de riesgo para acoso escolar y fomentar intervenciones sistémicas eficaces para el desarrollo óptimo de los adolescentes implicados en este problema.

BIBLIOGRAFIA

1. Collell i Caralt, J., & Escudé Miquel, C. (2006). EL acoso escolar: un enfoque psicopatológico. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 9-14.
2. Rech, R., Halpern, R., Tedesco, A., & Santos, D. (2013). Prevalence and characteristics of victims and perpetrators of bullying. *Jornal De Pediatria*, 89(2), 164-170.
3. Collell, JE. (2005) El maltrato entre iguales en la escuela (bullying) como factor de riesgo de trastornos psicopatológicos. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona, servei de Publicacions, 201 – 220
4. Leiner, M., Dwivedi, A. K., Villanos, M. T., Singh, N., Blunk, D., & Peinado, J. (2014). Psychosocial profile of bullies, victims, and bully-victims: a cross-sectional study. *Frontiers in Pediatrics*, 2(1), 1-9. doi:10.3389/fped.2014.00001.
5. Alsaker, F. D., & Gutzwiller-Helfenfinger, E. (2010). Social behavior and peer relationships of victims, bully-victims and bullies in kindergarten. In S. R. Jimerson , S. M. Swearer, & D. L. Espelage, *Handbook of bullying in schools. An international perspective* (pp. 87–100). New York: Routledge
6. Ortega Ruiz, R. y Mora-Merchán, J. (2000). *Violencia escolar, mito o realidad*. Sevilla: Mergablum.
7. Solberg, M., & Olweus, D. (2003). Prevalence estimation of school bullying with the Olweus Bully/Victim Questionnaire. *Aggressive Behavior*, 29(3), 239-268.

8. Ortega Ruiz, R., & Del Rey, R. (2012). Con-red, preventive programme to stop cyber bullying in the school convivencia. *International Journal of Psychology*, 47(1), 241-287. doi:10.1080/00207594.2012.709096
9. Chester, K. L., Callaghan, M., Cosma, A., Donnelly, P., Craig, W., Walsh, S., & Molcho, M. (2015). Cross-national time trends in bullying victimization in 33 countries among children aged 11, 13 and 15 from 2002 to 2010. *European Journal of Public Health*, 25(2), 61–64. doi:10.1093/eurpub/ckv029
10. Salmivalli, C. (2010). Bullying and the peer group: a review. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 112–120. doi:10.1016/j.avb.2009.08.007
11. Zych, I., Ortega-Ruiz, R., & Del Rey, R. (2015). Scientific research on bullying and cyberbullying: Where have we been and where are we going. *Aggression and Violent Behavior*, 24, 188–198. doi:10.1016/j.avb.2015.05.015
12. Garaigordobil, M. (2011). Prevalence and consequences of cyberbullying: A review. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 11(2), 233-254.
13. Law, D. M., Shapka, J. D., Hymel, S., Olson, B. F., & Waterhouse, T. (2012). The changing face of bullying: An empirical comparison between traditional and internet bullying and victimization. *Computers in Human Behavior*, 28(1), 226-232. doi:10.1016/j.chb.2011.09.004
14. Klomek, A., & Stanley, B. (2007). Psychosocial Treatment of Depression and Suicidality in Adolescents. *CNS Spectrums*, 12(2), 135-144.
15. Cerezo, F., & Ato, M. (2010). Social status, gender, classroom climate and

- bullying among adolescents pupils. *Anales de Psicología*, 36(1), 137- 144.
16. Lucas Molina, B., Pulido Valero, R., & Solbes Canales, I. (2011). Violencia entre iguales en educación primaria: El papel de los compañeros y su relación con el estatus sociométrico. *Psicothema*, 23(2), 245-251
17. Camodeca, M., Caravita, S. C., & Coppola, G. (2015). Bullying in preschool: The associations between participant roles, social competence, and social preference. *Aggressive Behavior*, 41(4), 310-321. doi:10.1002/ab.21541
18. Schwartz, D. (2000). *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 28(2), 181-192. <https://doi.org/10.1023/a:1005174831561>
19. Análisis del clima escolar: poderoso factor que explica el aprendizaje en América Latina y el Caribe. UNESCO. Ed Santilla. 2013, 5-8
20. Méndez, I., & Cerezo, F. (2010). Bullying y factores de riesgo para la salud en estudiantes de secundaria. *European Journal Of Education And Psychology*, 3(2), 209.
21. Marttunen, M., & Hillevi, M. (2003). Precipitant stressors in Adolescent Suicide. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 32(6).
22. Craig, W., Harel-Fisch, Y, Fogel-Grinvald, H., Dostaler S, Hetland J, SimonsMorton B, et al. (2009) A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries. *Int J Public Health*.54(SUPPL. 2)
23. Albores-Gallo L, Saucedo-García JM, Ruiz-Velasco S, Roque-Santiago E. (2011) El acoso escolar (bullying) y su asociación con trastornos psiquiátricos en una muestra de escolares en México. *Salud Publica Mex*. 53(3):220–7

24. Collel, JE. (2005) El maltrato entre iguales en la escuela (bullying) como factor de riesgo de trastornos psicopatológicos. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona, servei de Publicacions, 201 – 220
25. Quiceno, J. M., & Alpi, S. V. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud infantil: Una aproximación conceptual. *Psicología y Salud*, 18(1), 37-44
26. Cummins R, Cahill J. (2000). Avances en la comprensión de la calidad de vida subjetiva. *Int Psicosoc*; 9(2):185-198.
27. Cummins RA. (2005) Moving from the quality of life concept to a theory. *J Intellect Dev Disabil*;49 (Pt10):699-706
28. Hidalgo-Rasmussen C.A, Hidalgo-San Martín A. (2009) Comportamiento de riesgo por consumo de alcohol y calidad de vida en estudiantes universitarios. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*; 47 (Supl 1): S7-S12
29. Chávez L., Matias-Carrelo L. (2007). The Cultural Adaptation of the Youth Quality of Life Instrument-Research Version for Latino Children and Adolescents. *J Child Fam Stud* 16:75–89
30. Schlack, R., Ravens-Sieberer, U., & Petermann, F. (2013). Psychological problems, protective factors and health-related quality of life in youth affected by violence: The burden of the multiply victimised. *Journal of Adolescence*, 36(3), 587–601. doi:10.1016/j.adolescence.2013.03.006
31. Haraldstad, k., Christophersen, k., Eide, h., Nativg, G. K., & Helseth, A. (2010). Predictors of health-related quality of life in a sample of children and adolescents: A school survey. *Journal of Clinical Nursing*, 20(21-22), 3048–3056. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03693.x

32. Kaplan, G. A., Goldberg, D. E., Everson, S. A., Cohen, R. D., Salonen, R., Tuomilehto, J., & Salonen, J. (1996). Perceived health status and morbidity and mortality: Evidence from the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study. *International Journal of Epidemiology*, 25(2), 259-265.

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Karina Judith Pérez Mayorga

Candidato para el Grado de
Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia

Tesis: “Asociación entre el perfil de los participantes en acoso escolar y calidad de vida.”

Campo de Estudio: Salud Mental

Biografía:

Datos Personales: Nacido en Ciudad Mante, Tamaulipas, el 22 de mayo de 1987.

Educación: Título de Médico Cirujano por la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Tamaulipas en 2011. Posteriormente en 2016 se obtiene el diploma de Especialista en Psiquiatría por la Universidad Autónoma de Yucatán, especialidad realizada en el Hospital Psiquiátrico “Yucatán”. Habiendo obtenido el diploma en 2020 el programa de 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.