

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA

Hospital Universitario

“Dr. José Eleuterio González”



**“PREVALENCIA DE BULLYING EN POBLACIÓN
INTERNADA EN UNA UNIDAD PSIQUIÁTRICA INFANTIL”**


Por

DR. RENÉ DE JESÚS MONTEMAYOR GARZA


**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE SUBESPECIALISTA EN
PSIQUIATRIA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE**

“PREVALENCIA DE BULLYING EN POBLACIÓN INTERNADA EN UNA UNIDAD PSIQUIÁTRICA INFANTIL”

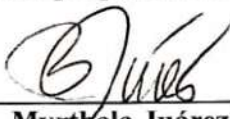
Aprobación de la tesis:




Dr. Mario Hernando Cáceres Vargas
Director de la tesis



Dr. Jaime Treviño Treviño
Coordinador del servicio de psiquiatría infantil y del adolescente



Dra. Med. Myrthala Juárez Treviño
Coordinadora de Enseñanza del Departamento De psiquiatría infantil y del adolescente



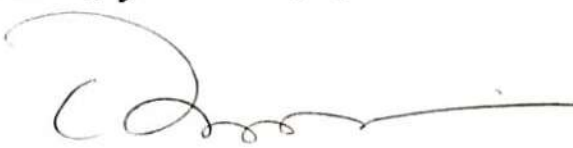
Dr. Alfredo Bernardo Cuellar Barboza
Coordinador de Enseñanza del Departamento De psiquiatría



Dr. Erasmo Saucedo Uribe
Coordinador de Investigación del Departamento De psiquiatría



Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano
Jefe del Departamento De psiquiatría



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

DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS

A mi familia, que me han sabido entender.

A mis maestros, por su paciencia y enseñanzas eternas.

A mis amigos, por su amor y cariño incondicional.

A mis pacientes, que me han forjado a través de mis aciertos y desaciertos.

Gracias

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I	
Resumen	Página 7
Capítulo II	
2. Introducción	Página 8
Capítulo III	
3. Objetivos	Página 10
Capítulo IV	
4. Hipótesis.....	Página 11
Capítulo V	
5. Justificación	Página 12
Capítulo VI	
6. Material y Métodos	Página 13
Capítulo VII	
7. Resultados	Página 19
Capítulo VIII	
8. Discusión	Página 31
Capítulo IX	
9. Conclusión	Página 32
Capítulo X	
11. Bibliografía	Página 34
Capítulo XI	
12. Resumen Autobiográfico	Página 43

Índice de Tablas

Tabla 1. Distribución según sexo	Página 19
Tabla 2. Distribución según nivel y grado escolar	Página 19
Tabla 3. Prevalencia de Bullying según sexo	Página 20
Tabla 4. Prevalencia de Bullying (Victimario)	Página 20
Tabla 5. Frecuencia de Bullying	Página 21
Tabla 6. Lugar donde ocurre el Bullying	Página 21
Tabla 7. Tipo de agresión	Página 22
Tabla 8. Tipo de Bullying y días de internamiento	Página 23
Tabla 9. Nivel de gravedad y días de internamiento	Página 24
Tabla 10. Diagnóstico de egreso según sexo	Página 26
Tabla 11. Diagnóstico de egreso según motivo de internamiento	Página 26
Tabla 12. Diagnóstico de egreso según rol de víctima	Página 28
Tabla 13. Diagnóstico de egreso según rol de victimario	Página 30

Índice de Figuras

Figura 1. Motivo de internamiento	Página 23
---	-----------

Capítulo I

RESUMEN

Introducción:

El bullying es un problema prevalente en la población infantil y adolescente, con impacto significativo en la salud mental de los afectados. En particular, en pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas, la exposición a bullying puede actuar como un factor de riesgo para el desarrollo o agravamiento de trastornos psiquiátricos. Este estudio busca determinar la prevalencia del bullying en niños y adolescentes internados en una unidad psiquiátrica infantil, así como su relación con los diagnósticos psiquiátricos predominantes.

Objetivos:

Determinar la prevalencia del bullying en niños y adolescentes hospitalizados en una unidad psiquiátrica infantil. Identificar diferencias en la prevalencia según el sexo y nivel educativo. Analizar la asociación entre el bullying y los diagnósticos psiquiátricos de egreso.

Materiales y Métodos:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en una muestra de 195 pacientes hospitalizados en una unidad psiquiátrica infantil. Se revisaron expedientes médicos que contaran con la aplicación de test BULL-S para evaluar la presencia de bullying. Se analizaron variables sociodemográficas, la frecuencia y tipo de bullying, el motivo de internamiento y el diagnóstico de egreso. Los datos fueron procesados mediante estadística descriptiva e inferencial para identificar asociaciones significativas.

Resultados:

La prevalencia de bullying en la población estudiada fue del 43.01%, con mayor frecuencia en mujeres (36.02%). El rechazo fue el tipo de agresión más reportado (30.27%), seguido por insultos y maltrato físico combinados (22.16%). El aula fue el lugar más frecuente donde ocurría el bullying (40.54%). El motivo de internamiento más común fue el intento de autolesión o suicidio (44.62%). Se encontró una asociación significativa entre la victimización por bullying y la presencia de trastornos del estado de ánimo como diagnóstico de egreso (28.75%). En el caso de los victimarios, el 61.54% presentó trastornos del estado de ánimo en combinación con trastornos conductuales.

Conclusión:

El bullying es un fenómeno frecuente en la población infantil y adolescente internada en unidades psiquiátricas, con un impacto directo en la sintomatología psiquiátrica. Los resultados sugieren que la exposición al bullying puede contribuir al desarrollo de trastornos del estado de ánimo y aumentar el riesgo de autolesión y suicidio. Es fundamental implementar estrategias de prevención y detección temprana en entornos escolares y clínicos para reducir el impacto negativo del bullying en la salud mental de los menores.

Capítulo II

INTRODUCCIÓN

El bullying, también conocido como acoso escolar, es un fenómeno social y psicológico ampliamente estudiado en contextos educativos. Se refiere a la conducta repetitiva y deliberada de agresión, hostigamiento o intimidación entre individuos desiguales en términos de poder y estatus (Olweus, 1993). El bullying puede manifestarse en diversas formas, como agresiones verbales, físicas, sociales y cibernéticas, y puede tener un impacto significativo en la salud mental y el bienestar de los afectados (Due et al., 2005). Es catalogado como un fenómeno persistente, que puede durar incluso años. La mayoría de los agresores o bullies actúan movidos por un abuso de poder y un deseo de intimidar y dominar a otro compañero que consideran su víctima habitual. Puede adoptar diversas formas, algunas directas y otras encubiertas como la exclusión social. (Cerezo, 1991).

Prevalencia de Bullying

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), aproximadamente el 30% de los adolescentes han estado involucrados en el bullying, ya sea como agresores, víctimas o testigos. Sin embargo, las cifras pueden variar según los países y las regiones.

En México, la prevalencia del bullying también varía según los estudios y las regiones. Según la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) de 2016, alrededor del 30% de los estudiantes de nivel básico y medio superior reportaron haber sufrido bullying. Sin embargo, es importante señalar que estas cifras pueden variar en función de cómo se defina el bullying y la metodología utilizada en los estudios.

Bullying y salud mental en población infantil y adolescente.

La población infantil y adolescente es particularmente vulnerable a las consecuencias del bullying debido a su desarrollo emocional y cognitivo en curso lo que condiciona la respuesta a eventos estresores y traumáticos (Rigby & Smith, 2011). Investigaciones previas han señalado una asociación entre el bullying y trastornos de salud mental, como la depresión, la ansiedad y la baja autoestima (Kaltiala-Heino et al., 2010). Se sabe que en casos graves en los que los niños y adolescentes presentan un riesgo significativo para sí mismos o para los demás, el internamiento psiquiátrico puede ser necesario para brindar una atención más intensiva y supervisada.

Esto es especialmente cierto en situaciones en las que hay un peligro inminente o una deterioración grave de la salud mental. Así mismo, en algunos lugares del mundo, se ha observado un aumento en la demanda de servicios de salud mental para niños y adolescentes. Esto puede ser atribuido a una mayor conciencia percibida por la población sobre la importancia de la salud mental, así como a desafíos adicionales relacionados con la pandemia de COVID-19. Entre ellos el regreso a las

aulas de manera presencial lo que podría condicionar la reaparición de fenómenos como el Bullying.

Hospitalización Psiquiátrica Infantil y del Adolescente

La hospitalización psiquiátrica infantil y del adolescente es un entorno clínico donde se brinda atención médica y terapéutica a individuos menores de edad con trastornos de salud mental severos. Estos pacientes enfrentan desafíos únicos en su desarrollo emocional y social, lo que los hace especialmente susceptibles a las presiones y dinámicas del bullying. La hospitalización en este contexto puede intensificar los factores de riesgo asociados con el bullying, como la victimización previa y las dificultades de adaptación social (van Dam et al., 2012). Así mismo, es común que tras su egreso hospitalario los pacientes presenten dificultades en su proceso de readaptación social y escolar, lo que los predispone a ser víctimas del fenómeno en estudio.

La investigación existente sobre el bullying en población menor de edad se ha centrado principalmente en contextos educativos, lo que subraya la necesidad de comprender cómo el bullying se manifiesta y afecta a pacientes que llegan a ser internados en unidades psiquiátricas infantiles y del adolescente. La incidencia y los efectos del bullying en pacientes internados en unidades psiquiátricas infantiles y del adolescente aún no se comprenden completamente. Motivo por el cual surge el interés de desarrollar planes preventivos y de acción que ayuden al menor de edad a preservar la estabilidad mental obtenida durante su tratamiento intrahospitalario.

Escala BULL-S: Evaluación del Bullying

Para evaluar la prevalencia y características del bullying en poblaciones escolares, se ha desarrollado la Escala BULL-S (Bullying Surveillance System). Esta herramienta de medición proporciona una comprensión detallada de las experiencias de bullying, incluyendo los tipos de acoso, la frecuencia y el contexto en el que ocurre (Ortega et al., 2016). La adaptación de esta escala al contexto hospitalario psiquiátrico permitirá una evaluación precisa de la prevalencia y los patrones de bullying en pacientes menores de edad.

La Escala BULL-S incluye ítems relativos a tres dimensiones:

1. Dimensión 1.- Variables sobre la posición social de cada miembro del grupo y de la estructura socio-afectiva del grupo en su conjunto. Consta de cuatro ítems: elegido, rechazado, expectativa de ser elegido y expectativa de ser rechazado.

2. Dimensión 2.- Variables agresión-victimización: se distinguen los perfiles asociados al agresor y los asociados a la víctima. Consta de seis ítems: fuerte, cobarde, agresivo, víctima, provocación y rechazo

Dimensión 3.- Variables situacionales y afectivas: circunstancias o aspectos situacionales o afectivos de la dinámica del bullying. Consta de cinco ítems: forma, lugar, frecuencia, valoración de la situación y seguridad percibida en el centro educativo.

Capítulo III

OBJETIVOS

A. Objetivo General

Analizar la prevalencia de bullying en pacientes menores de edad que han estado internados en el Departamento de Psiquiatría Infantil y del Adolescente del Hospital Universitario José E. González durante el periodo de enero 2021 a octubre 2024, utilizando la escala BULL-S.

B. Objetivos Específicos

- a) Determinar las características poblacionales del bullying.
- b) Explorar la relación entre bullying y enfermedades psiquiátricas.
- c) Estudiar las diferencias en prevalencia según variables sociodemográficas.
- d) Conocer la relación entre los diferentes perfiles de la escala BULL-S

Capítulo IV

HIPÓTESIS

Existe una alta prevalencia de bullying en pacientes menores de edad internados en la Unidad Psiquiátrica infantil durante el periodo de enero de 2021 a octubre de 2024.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el porcentaje de pacientes que han sido internados en el departamento de psiquiatría infantil y del adolescente del hospital Universitario José E. González que han experimentan bullying?

Capítulo V

JUSTIFICACIÓN

Aun no existe literatura local que se centre específicamente en la población de niños y adolescentes en internamiento en hospitales psiquiátricos en México que sufren de bullying.

Comprender la magnitud de este problema en una población vulnerable como los pacientes hospitalizados en un entorno psiquiátrico es fundamental para desarrollar estrategias de intervención y prevención personalizadas y efectivas.

Los hallazgos de este estudio pueden contribuir a la formulación de políticas de salud mental que aborden de manera más efectiva el bullying dentro y fuera de entornos hospitalarios psiquiátricos, así como para respaldar decisiones informadas para promover un ambiente seguro y de apoyo para los alumnos y pacientes.

Diseño

Se empleará un diseño de estudio descriptivo, transversal y retrospectivo para evaluar la prevalencia del bullying de pacientes menores de edad que han sido internados en la Unidad de Psiquiatría infantil y del adolescente del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

Capítulo VI

B. MATERIAL Y MÉTODOS

1. Población

Pacientes menores de edad (de 12 a 17 años) que estuvieron internados en la unidad psiquiátrica infantil y del adolescente durante el período de enero de 2021 a octubre de 2024.

2. Muestra

La muestra del estudio se calculó en relación con el reporte de estadísticas mexicanas del riesgo de acoso escolar que tienen los pacientes menores de edad, en un 30 % (P1), y la intención del estudio en tener precisión en detectar cambios en las incidencias de hasta un 15% en la muestra (P2). Teniendo en cuenta un intervalo de confianza del 95% y de observación del 90% ($Z\alpha/\beta$), se calculó una muestra de al menos 141 casos a estudiar ya que el número total de pacientes que han sido internados en el periodo de tiempo a estudiar fue de 202.

Cálculo Muestral

1.96	$Z\alpha$	$[Z\alpha\sqrt{(2*p(p-1))+Z\beta\sqrt{(P1(1-P1)+P2(1-P2))}^2$		
1.282	$Z\beta$	$(P2 - P1)^2$		
0.3	p1			
0.15	p2	$[1.96\sqrt{(0.2(1-0.2))+1.282\sqrt{(0.3(1-0.3))}]$	=	141
0.2	RR	$(0.15 - 0.3)^2$		

Criterios de inclusión

1. Pacientes que estuvieron en internamiento durante el período de enero de 2021 a octubre de 2024.
2. Pacientes que hayan sido sometidos a la aplicación del Test BULL-S durante su internamiento psiquiátrico.
3. Género indistinto.

Criterios de exclusión

1. Pacientes con condiciones médicas o de salud mental que impidan la realización de el Test BULL-S
2. Pacientes que no contesten de manera adecuada el instrumento de medición (Test BULL-S).
3. Expedientes médicos que no cuenten con la escala Test BULL-S

Metodología del Estudio

Reclutamiento

El equipo de investigación reviso el registro del área de internamiento de la Unidad de Psiquiatría infantil, para encontrar los números de expediente de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, se buscaron y localizaron los expedientes de dichos pacientes que estuvieron internados entre enero de 2021 a octubre de 2024.

Proceso del Estudio

El equipo de investigación ingreso el número de expediente en una base de datos, con la menor cantidad de datos personales, esto para identificación posterior con el respectivo expediente. En horario hábil se solicitaron los expedientes al departamento de archivo en conjuntos de 15. Estos expedientes fueron consultados dentro del área del Departamento de Psiquiatría. Los expedientes de pacientes menores de edad que a los que se haya aplicado la encuesta TEST BULL-S durante su internamiento fueron seleccionados. Posteriormente estos expedientes serán evaluados para aplicar los criterios de exclusión del estudio. Se capturará información demográfica, antecedentes médicos, tratamiento farmacológico, numero de internamiento, tiempo de internamiento, diagnóstico de ingreso y de egreso, resultado del TEST BULL-S, así como plan de seguimiento.

La información será almacenada en una base de datos de Excel solo con el número de expediente y número progresivo, de modo que la base de datos final no tendrá información personal de los pacientes de estudio.

Tiempo de trabajo:

ETAPA I: MARZO - OCTUBRE 2024. Elaboración de Protocolo de Investigación.

ETAPA II: NOVIEMBRE 2024 - ENERO 2025. sometimiento a comité de ética.

ETAPA III: ENERO - FEBRERO 2025. Recolección, análisis y resultado de los datos

ETAPA IV: FEBRERO – MARZO 2025. Redacción final de protocolo y publicación de Tesis

Cronograma

Mes/Año	Actividad
Marzo-Mayo 2023	Selección de tema y búsqueda de información
Junio-Diciembre 2023	Elaboración de protocolo de investigación
Enero-Junio 2024	Revisión y ajuste de protocolo
Julio 2024-Enero 2025	Sometimiento y aprobación de protocolo por comité de ética
Enero 2025	Recolección, análisis y resultado de datos
Febrero 2025	Análisis de datos y redacción de resultados
Marzo 2025	Presentación de Tesis final

Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Unidades de medición	Tipo de variable
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento	Registro en el expediente clínico	Años	Cuantitativa discreta
Sexo	Diferencia física y de características sexuales que distinguen al hombre de la mujer	Registro en el expediente clínico	Masculino/Femenino	Cualitativa nominal
Grado escolar	Nivel de educación que cursa el paciente	Registro en el expediente clínico	Grado	Cuantitativa ordinal
Motivo de internamiento	Razón por la cual el paciente es ingresado a la unidad psiquiátrica infantil	Registro en el expediente clínico	<ol style="list-style-type: none"> 1. trastornos del estado de ánimo 2. trastornos de conducta 3. trastornos de ansiedad o estrés 4. intentos de autolesión o suicidio 	Categorica nominal
Tratamiento farmacológico	Grupo de medicamentos psicofarmacológicos administrados	Registro en el expediente clínico	<ol style="list-style-type: none"> 1. antidepresivos 2. antipsicóticos 3. ansiolíticos y sedantes 4. estabilizadores del 	Categorica nominal

			ánimo 5. Psicoestimulantes	
Días de internamiento	Duración del internamiento en la unidad psiquiátrica infantil	Registro en el expediente clínico	Días	Cuantitativa discreta
Número de internamiento	Número total de ocasiones en que el paciente ha sido ingresado	Registro en el expediente clínico	Número	Cuantitativa discreta
Diagnósticos de egreso	Condiciones psiquiátricas identificadas durante el internamiento	Registro en el expediente clínico	<ol style="list-style-type: none"> 1. trastorno del estado de ánimo 2. Trastorno de ansiedad 3. trastorno psicótico 4. trastorno conductual 5. trastorno del neurodesarrollo 6. trastornos relacionados con sustancias o adicciones 7. trastornos relacionados con el trauma o estrés 	Categorica nominal
Rol en el bullying	Determina si el paciente es víctima, victimario o testigo en situaciones de bullying según lo reportado a través de los resultados obtenidos en el Test BULL-S	Resultado del Test BULL-S	Víctima / Victimario / Testigo	Cualitativa nominal
Lugar donde ocurre	Espacio físico o virtual donde se producen las conductas de bullying según lo reportado a través de los resultados obtenidos en el Test BULL-S	Resultado del Test BULL-S	Escuela / Hogar / Redes sociales / Otros	Cualitativa nominal
Frecuencia del bullying	Cantidad de veces que el bullying ocurre en un periodo de tiempo específico según lo reportado a través de los resultados obtenidos en el Test BULL-S	Resultado del Test BULL-S	Frecuente / Ocasional / Raro	Cualitativa ordinal
Percepción de gravedad	Nivel de impacto que el paciente percibe sobre el bullying experimentado o observado según lo	Resultado del Test BULL-S	Leve / Moderado / Grave	Cualitativa ordinal

	reportado a través de los resultados obtenidos en el Test BULL-S			
Tipo de agresión	Clasificación del bullying según la forma de agresión a través de los resultados obtenidos en el Test BULL-S	Resultado del Test BULL-S	Físico / Rechazo / Verbal	Cualitativa Nominal

Análisis estadístico

Se determinarán valores de tendencia central, desviación estándar, análisis de normalidad e histogramas de frecuencia para variables cuantitativas. Se determinarán proporción de frecuencia, porcentaje con relación al total de entradas además de proporción de frecuencia para escalas al estudiar variables categóricas. Se examinará la distribución de los datos de las variables dependientes en cuanto a si su distribución se apega o no a la normalidad, para definir el tipo de análisis con estadística paramétrica (distribución normal) o no paramétrica (distribución diferente a la normal).

Los ítems de la escala TEST BULL-S aplicado a los pacientes serán estudiados para validación con Kappa de Krippendorff, adicionalmente se estudiará mediante el coeficiente de regresión de Spearman por las características de la escala. Se realizará también Alpha de Cronbach para determinar estructura interna de la escala. Se tomará como significativo un nivel de acuerdo mayor a 0.75 y una significancia estadística menor a $P < 0.05$ en los análisis. Las interacciones de las variables de los inventarios se estudiarán además mediante Análisis Factorial, para determinar la cantidad de componentes de varianza y si es posible identificar subescalas.

Las variables cuantitativas se reportarán como media y desviación estándar para variables paramétricas y mediana e intervalo Inter cuartil para variables no paramétricas. Las variables categóricas se reportarán como cuenta valida total por grupo y proporción de evento.

Se analizarán medidas de riesgo/beneficio al analizar grupos y subgrupos (Coeficiente de Momios OD, Riesgo Relativo RR), además, de encontrarse variables con potencial predictivo se evaluará la distribución bajo la curva para evaluar posible carácter predictivo.

Programas por utilizar para el análisis de datos.

Consideraciones Éticas:

De acuerdo con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, se establece el proyecto como **investigación sin riesgo**, esto derivado de cumplir con las condiciones descritas en la siguiente información:

Investigación sin riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Se garantizará la confidencialidad de los datos recopilados, asignando códigos a los participantes en lugar de usar nombres reales. El estudio seguirá los principios éticos establecidos por la Declaración de Helsinki y las regulaciones locales en investigación con seres humanos.

Los procedimientos propuestos están de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y la Declaración de Helsinki de 1975 y enmendada en 1989, y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica. Este estudio deberá ser aprobado por los Comités de Ética en Investigación y de Investigación del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

Limitaciones del Estudio: Se identificarán posibles limitaciones del estudio, como la falta de seguimiento a lo largo del tiempo y la posible influencia de factores no considerados en el análisis.

Capítulo VII

RESULTADOS

I. Características de la población estudiada

La mayor proporción de la población estudiada fue de sexo femenino (76.92%) como se muestra en la Tabla 1. La edad promedio fue de 14.29 ± 1.27 en mujeres y de 14.49 ± 1.32 ; la edad máxima reportada fue de 16 años y la menor de 11 años para ambos sexos

Tabla 1. Distribución según sexo

Sexo	N	%
Mujer	150	76.92
Hombre	45	23.08
Total	195	100.00

La distribución de la población según nivel de escolaridad se muestra en la Tabla 2, la mayor proporción fue de nivel secundaria (60.00%) y de nivel preparatoria (39.49%).

Tabla 2. Distribución según nivel, grado escolar y sexo

Nivel	Grado	Mujer		Hombre		Total	
		N	%	N	%	N	%
Primaria	6°	1	0.54	0	0.00	1	0.51
	1°	19	10.27	5	2.70	24	12.31
Secundaria	2°	36	19.46	10	5.41	46	23.59
	3°	38	20.54	9	4.86	47	24.10
Preparatoria	1°	33	17.84	13	7.03	46	23.59
	2°	23	12.43	8	4.32	31	15.90
Total		150	81.08	45	24.32	195	100.00

II. Bullying y sexo

La prevalencia de Bullying fue del 43.01% de la población estudiada, se presenta mayormente en mujeres con un 36.02% (IC95% 29.12 - 42.92) con diferencia significativa respecto a los hombres como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3. Prevalencia de Bullying (Víctima) según sexo

Sexo	Si			No			Total		
	N	%	IC del 95%	N	%	IC del 95%	N	%	IC del 95%
Mujer	67	36.02	29.12 - 42.92*	76	40.86	33.80 - 47.92	143	76.88	70.82 - 82.94
Hombre	13	06.99	03.33 - 10.65	30	16.13	10.84 - 21.41	43	23.12	17.06 - 29.18
Total	80	43.01	35.90 - 50.13	106	56.99	49.87 - 64.10	186	100.00	

* Diferencia significativa.

Con respecto a la prevalencia de Bullying en el rol de victimario, el 28.42% de los estudiantes entrevistados respondió afirmativamente el tomar este rol, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres como se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4. Prevalencia de Bullying (Victimario) según sexo

Sexo	Si			No			Total		
	N	%	IC del 95%	N	%	IC del 95%	N	%	IC del 95%
Mujer	33	18.03	12.46 - 23.60	107	58.47	51.33 - 65.61	140	76.50	70.36 - 82.65
Hombre	19	10.38	5.96 - 14.80	24	13.16	08.22 - 18.01	43	23.50	17.35 - 29.64
Total	52	28.42	21.88 - 34.95	131	71.58	65.05 - 78.12	183	100.00	

La frecuencia de Bullying se reportó diariamente para más de un cuarto de la población (16.22%), de 1 a dos veces por semana en poco menos de un tercio de la población (27.57%) como se muestra en la Tabla 5.

Tabla 5. Frecuencia de Bullying

TEST BULL-S (frecuencia) todos los días/1-2 veces/ rara vez/ nunca

Frecuencia	N	%
Nunca	7	3.78
Rara vez	83	44.86
1-2 veces por semana	51	27.57
Todos los días	30	16.22
No especificado	14	7.57
Total	185	100.00

El lugar donde se realizó Bullying en mayor proporción fue en el aula con un 40.54% y un 18.38% reportó el patio en combinación con el aula (18.38%), un 5.95% no especificó el lugar, como se muestra en la Tabla 6.

Tabla 6. Lugar donde ocurre el Bullying

Donde ocurre	N	%
En el aula	75	40.54
En el patio	2	1.08
En el aula, en el patio	34	18.38
En el aula, en el pasillo	14	7.57
En el aula, otros	2	1.08
En el pasillo, en el patio	1	0.54

En el aula, en los pasillos, en el patio	32	17.30
Otros	11	5.95
No especificado	14	7.57
Total	185	100.00

El tipo de agresión mayormente reportado fue el rechazo con un 30.27%, en combinación con insultos y maltrato físico en un 22.16%, se encontró diferencia significativa entre el tipo de agresión rechazo con respecto a insultos o amenazas, como se muestra en la Tabla 7.

Tabla 7. Tipo de agresión

Tipo de agresión	N	%	IC95%
Rechazo	56	30.27	23.65 - 36.89
Insultos o amenazas	14	7.57	3.76 - 11.38
Maltrato físico	3	1.62	-0.20 - 3.44
Insultos o amenazas, rechazo	34	18.38	12.80 - 23.96
Insultos o amenazas, maltrato físico	20	10.81	6.34 - 15.29
Rechazo, insultos, maltrato físico	41	22.16	16.18 - 28.15
Otros	2	1.08	-0.41 - 2.57
No especificado	15	8.11	4.17 - 12.04
Total	185	100.00	

III. Internamiento, motivo, días y rol

El motivo de internamiento mayormente reportado fue intento de autolesión o suicidio con un 44.62% de prevalencia entre la población estudiada como se muestra en la Figura 1, con un promedio de 27.56 ± 14.29 días con una frecuencia de 1 a 3 internamientos de los sujetos de estudio.

Figura 1. Motivo de internamiento



Con respecto al tipo de agresión en relación con la cantidad de días de internamiento, la mayor proporción reportó de 1 a 30 días principalmente por motivo de rechazo, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en entre los motivos y la cantidad de días, la distribución de tipo de Bullying y días de internamiento se presenta en la Tabla 8.

Tabla 8. Tipo de bullying y días de internamiento.

Tipo	Días de internamiento							
	1 a 30		31 a 60		61 a 90		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
rechazo	39	21.08	16	8.65	1	0.54	56	30.27
insultos o amenazas	7	3.78	6	3.24	1	0.54	14	7.57
maltrato físico	3	1.62	0	0.00	0	0.00	3	1.62
insultos o amenazas, rechazo	25	13.51	7	3.78	2	1.08	34	18.38
insultos o amenazas, maltrato físico	12	6.49	8	4.32	0	0.00	20	10.81
rechazo, insultos, maltrato físico	29	15.68	10	5.41	2	1.08	41	22.16
otros	2	1.08	0	0.00	0	0.00	2	1.08
no especificado	10	5.41	5	2.70	0	0.00	15	8.11

Total	127	68.65	52	28.11	6	3.24	185	100
-------	-----	--------------	----	-------	---	------	-----	-----

El nivel de gravedad mayormente reportado fue poco o nada con un 40% (IC95% 32.94-47.06) mostrando diferencia significativa con nivel regular 14.05% (IC95% 9.05-19.06). El nivel de gravedad según días de internamiento se reportó principalmente poco o nada, con una cantidad de días de internamiento de 1 a 30 días con 68.65% (IC95% 61.95-75.33) y 31 a 60 días con 12.43% (IC95% 7.68-17.19) con un comportamiento similar en 61 a 90 días como se muestra en la Tabla 9.

Nivel de gravedad	cantidad de días de internamiento											
	1 a 30			31 a 60			61 a 90			Total		
	N	%	IC del 95%	N	%	IC del 95%	N	%	IC del 95%	N	%	IC del 95%
Poco o nada	50	27.03	20.63 - 33.43	23	12.43	7.68 - 17.19	1	0.54	-0.52 - 1.60	74	40.00	32.94 - 47.06
Regular	15	8.11	4.17 - 12.04	7	3.78	1.03 - 6.53	4	2.16	0.07 - 4.26	26	14.05	9.05 - 19.06
Bastante	34	18.38	12.80 - 23.96	13	7.03	3.34 - 10.71	1	0.54	-0.52 - 1.60	48	25.95	19.63 - 32.26
Mucho	18	9.73	5.46 - 14.00	4	2.16	0.07 - 4.26	0	0.00	0.00 - 0.00	22	11.89	7.23 - 16.56
No especificado	10	5.41	2.15 - 8.66	5	2.70	0.37 - 5.04	0	0.00	0.00 - 0.00	15	8.11	4.17 - 12.04
Total	127	68.65	61.96 - 75.33	52	28.11	21.63 - 34.59	6	3.24	0.69 - 5.80	185	100.00	

IV. Diagnóstico de egreso y sexo

El diagnóstico con mayor prevalencia entre los estudiantes fue el trastorno del estado de ánimo con un 30.26%; en mayor proporción y con diferencia significativa entre mujeres con el 25.64% (IC95 19.51 - 31.77) y hombres 4.62% (IC95 1.67 - 7.56); presentándose un comportamiento similar del trastorno de estado de ánimo en combinación con trastornos de ansiedad como se muestra en la Tabla 5.

Tabla 5. Diagnóstico de egreso según sexo

Diagnóstico de egreso	Mujer			Hombre			Total		
	N	%	IC del 95%	N	%	IC del 95%	N	%	IC del 95%

Trastorno del estado de ánimo	50	25.64	19.51 - 31.77	9	4.62	1.67 - 7.56	59	30.26	23.81 - 36.70
Trastorno conductual	0	0.00	0.00 - 0.00	1	0.51	-0.49 - 1.52	1	0.51	-0.49 - 1.52
Trastorno del neurodesarrollo	1	0.51	-0.49 - 1.52	2	1.03	-0.39 - 2.44	3	1.54	-0.19 - 3.27
Trastornos relacionados con el trauma o estrés	1	0.51	-0.49 - 1.52	1	0.51	-0.49 - 1.52	2	1.03	-0.39 - 2.44
Trastorno psicótico	5	2.56	0.35 - 4.78	3	1.54	-0.19 - 3.27	8	4.10	1.32 - 6.89
Trastorno del estado de ánimo, trastorno conductual	26	13.33	8.56 - 18.10	12	6.15	2.78 - 9.53	38	19.49	13.93 - 25.05
Trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad	29	14.87	9.88 - 19.87	6	3.08	0.65 - 5.50	35	17.95	12.56 - 23.34
Trastorno del estado de ánimo, trastorno del neurodesarrollo	5	2.56	0.35 - 4.78	5	2.56	0.35 - 4.78	10	5.13	2.03 - 8.22
Trastorno del estado de ánimo, trastorno psicótico	32	16.41	11.21 - 21.61	3	1.54	-0.19 - 3.27	35	17.95	12.56 - 23.34
Trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, Trastorno del neurodesarrollo	1	0.51	-0.49 - 1.52	0	0.00	0.00 - 0.00	1	0.51	-0.49 - 1.52
Trastorno del estado de ánimo, trastornos relacionados con sustancias o adicciones	0	0.00	0.00 - 0.00	2	1.03	-0.39 - 2.44	2	1.03	-0.39 - 2.44
Trastorno del estado de ánimo, trastorno del neurodesarrollo, trastorno de ansiedad, trastornos relacionados con sustancias o adicciones.	0	0.00	0.00 - 0.00	1	0.51	-0.49 - 1.52	1	0.51	-0.49 - 1.52
Total	150	76.92	70.18 - 83.67	45	23.08	17.16 - 28.99	195	100.00	

El diagnóstico de egreso fue en mayor proporción fue trastorno del estado de ánimo en aquellos cuyo motivo de internamiento fue intento de autolesión o suicidio con 30.26% (IC95% 8.13-17.51) que tiene una diferencia significativa con aquellos con motivo de internamiento por trastorno de conducta 2.56% (IC95% 0.35-4.78) y con intento de autolesión o suicidio 13.33% (IC95% 8.56-18.10) como se muestra en la Tabla 6

Tabla 6. Diagnóstico de egreso según motivo de internamiento.

Diagnóstico de egreso	Motivo de internamiento														
	Trastornos del estado de ánimo			Trastorno de conducta			Intento de autolesión o suicidio			Trastorno psicótico			Total		
	N	%	IC del 95%	N	%	IC del 95%	N	%	IC del 95%	%	IC del 95%	N	%	IC del 95%	
Trastorno del estado de ánimo	25	12.82	8.13 - 17.51	5	2.56	0.35 - 4.78	26	13.33	8.56 - 18.10	0.01	-0.14 - 0.17	59	30.26	23.81 - 36.70	
Trastorno conductual	0	0.00	0.00 - 0.00	0	0.00	0.00 - 0.00	1	0.51	-0.49 - 1.52	0.00	-0.07 - 0.07	1	0.51	-0.49 - 1.52	
Trastorno del neurodesarrollo	0	0.00	0.00 - 0.00	2	1.03	-0.39 - 2.44	1	0.51	-0.49 - 1.52	0.00	-0.07 - 0.07	3	1.54	-0.19 - 3.27	
Trastornos relacionados con el trauma o estrés	0	0.00	0.00 - 0.00	0	0.00	0.00 - 0.00	2	1.03	-0.39 - 2.44	0.00	-0.08 - 0.09	2	1.03	-0.39 - 2.44	
Trastorno psicótico	1	0.51	-0.49 - 1.52	0	0.00	0.00 - 0.00	1	0.51	-0.49 - 1.52	0.00	-0.07 - 0.07	8	4.10	1.32 - 6.89	
Trastorno del estado de ánimo, trastorno conductual	8	4.10	1.32 - 6.89	16	8.21	4.35 - 12.06	13	6.67	3.17 - 10.17	0.01	-0.13 - 0.14	38	19.49	13.93 - 25.05	
Trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad	13	6.67	3.17 - 10.17	5	2.56	0.35 - 4.78	17	8.72	4.76 - 12.68	0.01	-0.13 - 0.15	35	17.95	12.56 - 23.34	
Trastorno del estado de ánimo, trastorno del neurodesarrollo	3	1.54	-0.19 - 3.27	1	0.51	-0.49 - 1.52	6	3.08	0.65 - 5.50	0.01	-0.11 - 0.12	10	5.13	2.03 - 8.22	
Trastorno del estado de ánimo, trastorno psicótico	12	6.15	2.78 - 9.53	3	1.54	-0.19 - 3.27	18	9.23	5.17 - 13.29	0.01	-0.13 - 0.16	35	17.95	12.56 - 23.34	
Trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, Trastorno del neurodesarrollo	0	0.00	0.00 - 0.00	0	0.00	0.00 - 0.00	0	0.00	0.00 - 0.00	0.00	0.00 - 0.00	1	0.51	-0.49 - 1.52	
Trastorno del estado de ánimo, trastornos relacionados con sustancias o adicciones	1	0.51	-0.49 - 1.52	0	0.00	0.00 - 0.00	1	0.51	-0.49 - 1.52	0.00	-0.07 - 0.07	2	1.03	-0.39 - 2.44	
Trastorno del estado de ánimo, trastorno del neurodesarrollo,	0	0.00	0.00 - 0.00	0	0.00	0.00 - 0.00	1	0.51	-0.49 - 1.52	0.00	-0.07 - 0.07	1	0.51	-0.49 - 1.52	

trastorno de ansiedad, trastornos relacionados con sustancias o adicciones.

Total 63 32.31 25.74 - 38.87 32 16.41 11.21 - 21.61 87 44.62 37.64 - 51.59 0.02⁻ 0.17 - 0.21 195 100.00

Con respecto al motivo de ingreso en relación con el diagnóstico de egreso, no se encontraron diferencias significativas.

Motivo de ingreso

Diagnóstico de egreso	de	Motivo de ingreso														total			
		Rechazo	insultos o amenazas	maltrato físico	insultos o amenazas, rechazo	insultos o amenazas, maltrato físico	rechazo, insultos, maltrato físico	otros	no especificado										
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Trastorno del estado de ánimo	del	19	10.27	8	4.32	1	0.54	10	5.41	7	3.78	5	2.70	0	0.00	5	2.70	55	29.73
Trastorno conductual		0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.54	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.54
Trastorno del neurodesarrollo	del	2	1.08	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.54	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	1.62
Trastornos relacionados con el trauma o estrés	del	1	0.54	1	0.54	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	1.08
Trastorno psicótico		0	0.00	1	0.54	0	0.00	0	0.00	1	0.54	0	0.00	0	0.00	1	0.54	3	1.62
Trastorno del estado de ánimo, trastorno conductual	del	7	3.78	1	0.54	1	0.54	8	4.32	4	2.16	17	9.19	0	0.00	0	0.00	38	20.54
Trastorno del estado de ánimo, de ansiedad	del	12	6.49	1	0.54	0	0.00	8	4.32	0	0.00	7	3.78	1	0.54	5	2.70	34	18.38
Trastorno del estado de ánimo,	del	1	0.54	0	0.00	0	0.00	2	1.08	4	2.16	2	1.08	1	0.54	0	0.00	10	5.41

trastorno del neurodesarrollo																		
Trastorno del estado de ánimo, trastorno psicótico	13	7.03	1	0.54	0	0.00	5	2.70	2	1.08	10	5.41	0	0.00	4	2.16	35	18.92
Trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, Trastorno del neurodesarrollo	1	0.54	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.54
Trastorno del estado de ánimo, trastornos relacionados con sustancias o adicciones	0	0.00	1	0.54	0	0.00	0	0.00	1	0.54	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	1.08
Trastorno del estado de ánimo, trastorno del neurodesarrollo, trastorno de ansiedad, trastornos relacionados con sustancias o adicciones.	0	0.00	0	0.00	1	0.54	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.54
	56	30.27	14	7.57	3	1.62	34	18.38	20	10.81	41	22.16	2	1.08	15	8.11	185	100.00

IV. Diagnóstico de egreso según rol Bullying (Víctima)

La mayor prevalencia de diagnóstico de egreso en las víctimas de bullying fue trastorno del estado de ánimo (28.75%) y estado de ánimo en combinación con Trastornos relacionados con el trauma o estrés (25.00%), sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en cuanto al diagnóstico de egreso. Como se muestra en la Tabla 7.

Tabla 7. Diagnóstico de egreso según rol de víctima

Diagnóstico de egreso	Víctima			
	N	%	IC del 95%	
Trastorno conductual	1	1.25	-1.18	- 3.68
Trastorno de estado del ánimo, Trastornos relacionados con el trauma o estrés	20	25.00	15.51	- 34.49
Trastorno del estado de ánimo	23	28.75	18.83	- 38.67
Trastorno del estado de ánimo, trastornos relacionados con sustancias o adicciones	0	0.00	0.00	- 0.00
Trastorno del estado de ánimo, trastorno conductual	9	11.25	4.33	- 18.17
Trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad	15	18.75	10.20	- 27.30
Trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, Trastorno del neurodesarrollo	0	0.00	0.00	- 0.00
Trastorno del estado de ánimo, trastorno del neurodesarrollo	8	10.00	3.43	- 16.57
Trastorno del estado de ánimo, trastorno del neurodesarrollo, trastorno de ansiedad, trastornos relacionados con sustancias o adicciones.	1	1.25	-1.18	- 3.68
Trastorno del estado de ánimo, trastorno psicótico	1	1.25	-1.18	- 3.68
Trastorno del neurodesarrollo	1	1.25	-1.18	- 3.68
Trastorno psicótico	1	1.25	-1.18	- 3.68
Trastornos relacionados con el trauma o estrés	0	0.00	0.00	- 0.00
Total	80	100.00		

La mayor prevalencia de diagnóstico de egreso en los victimarios de bullying fue trastorno del estado de ánimo en combinación con trastorno conductual con 61.54% (IC95% 48.32-74.76) y trastorno del estado de ánimo con 17.31% (IC95% 7.03-27.59) mostrando diferencias significativas, como se muestra en la Tabla 8.

Tabla 8. Diagnóstico de egreso según rol de victimario

Diagnóstico de egreso	Victimario		
	N	%	IC del 95%
Trastorno conductual	0	0.00	0.00 - 0.00
Trastorno de estado del ánimo, Trastornos relacionados con el trauma o estrés	4	7.69	0.45 - 14.94
Trastorno del estado de ánimo	9	17.31	7.03 - 27.59
Trastorno del estado de ánimo, trastornos relacionados con sustancias o adicciones	1	1.92	-1.81 - 5.66
Trastorno del estado de ánimo, trastorno conductual	32	61.54	48.32 - 74.76
Trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad	3	5.77	-0.57 - 12.11
Trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, Trastorno del neurodesarrollo	0	0.00	0.00 - 0.00
Trastorno del estado de ánimo, trastorno del neurodesarrollo	1	1.92	-1.81 - 5.66
Trastorno del estado de ánimo, trastorno del neurodesarrollo, trastorno de ansiedad, trastornos relacionados con sustancias o adicciones.	0	0.00	0.00 - 0.00
Trastorno del estado de ánimo, trastorno psicótico	0	0.00	0.00 - 0.00
Trastorno del neurodesarrollo	1	1.92	-1.81 - 5.66
Trastorno psicótico	0	0.00	0.00 - 0.00
Trastornos relacionados con el trauma o estrés	1	1.92	-1.81 - 5.66
	52	100.00	

Capítulo VIII

Discusión

Los resultados indican una prevalencia de bullying elevada (43.01%) en la población internada, siendo más frecuente en mujeres. Esta cifra es consistente con estudios previos que señalan una mayor vulnerabilidad de las niñas en entornos escolares y su mayor propensión a ser víctimas de agresiones relacionales.

La alta frecuencia de bullying en el aula refleja la necesidad de intervenciones psicoeducativas dirigidas a este entorno. Asimismo, el rechazo como principal tipo de agresión sugiere una dinámica de exclusión social que puede agravar el riesgo de trastornos del estado de ánimo y comportamientos autolesivos.

El intento de autolesión o suicidio como motivo de internamiento predominante resalta la posible correlación entre experiencias de victimización y conductas suicidas, lo que subraya la importancia de la detección temprana y la intervención en contextos escolares y clínicos.

Estos hallazgos se alinean con investigaciones internacionales, como el estudio realizado por Smith et al. (2017) en Reino Unido, que reportó una prevalencia de bullying del 40% en menores con diagnóstico de trastornos del estado de ánimo internados en unidades psiquiátricas. De manera similar, un estudio en Brasil (Silva et al., 2019) encontró que el 45% de los niños hospitalizados por intentos de autolesión habían sido víctimas de bullying, confirmando la relación entre este fenómeno y conductas autodestructivas.

En comparación con poblaciones no internadas, la prevalencia observada en este estudio es significativamente mayor, lo que sugiere que la exposición a bullying podría ser un factor precipitante o agravante en la aparición de sintomatología psiquiátrica que requiera hospitalización. Estos resultados coinciden con los de Orozco et al. (2021) en México, quienes encontraron que el 35% de los adolescentes atendidos ambulatoriamente por depresión reportaron antecedentes de victimización escolar.

La predominancia del rechazo como tipo de agresión es consistente con la literatura que describe que este patrón de exclusión social suele correlacionarse con síntomas depresivos, especialmente en niñas. Las diferencias de género identificadas en el presente estudio refuerzan esta observación y destacan la importancia de estrategias de prevención diferenciadas por sexo.

Capítulo IX

Conclusión

Este estudio evidencia una alta prevalencia de bullying en población infantil internada en una unidad psiquiátrica, asociada principalmente a trastornos del estado de ánimo. Los resultados muestran una mayor incidencia en mujeres, una frecuencia significativa de eventos diarios y una predominancia del rechazo como forma de agresión. El entorno escolar, particularmente el aula, fue identificado como el principal escenario de estas agresiones.

Se destaca la relación entre el bullying y diagnósticos psiquiátricos graves, como los trastornos del estado de ánimo, que aparecen tanto en víctimas como en victimarios. El intento de autolesión o suicidio fue el motivo de internamiento más frecuente, lo que subraya la gravedad del impacto psicológico asociado a estas experiencias.

Estos hallazgos subrayan la necesidad de implementar programas de prevención específicos en las escuelas, así como la capacitación de docentes y profesionales de la salud mental para identificar signos tempranos de acoso escolar y su impacto en la salud psicológica de los menores. Además, se observa que la exposición a experiencias de bullying puede constituirse en un factor de riesgo importante para el desarrollo de trastornos del estado de ánimo, lo que resalta la importancia de intervenciones focalizadas que promuevan la resiliencia y el manejo de conflictos en entornos educativos y familiares.

Asimismo, se recomienda realizar estudios longitudinales que permitan evaluar la evolución clínica de los menores afectados y el impacto a largo plazo del bullying en su salud mental. Es fundamental comprender mejor las dinámicas sociales subyacentes a este fenómeno y su relación con el desarrollo de conductas autolesivas y otros trastornos psiquiátricos.

Recomendaciones:

- Implementar programas de prevención y detección temprana en escuelas.
- Capacitar al personal escolar y clínico para identificar signos de victimización y agresión.
- Fortalecer las estrategias terapéuticas enfocadas en el manejo de las experiencias de bullying y su impacto emocional.
- Establecer mecanismos de seguimiento para pacientes psiquiátricos con antecedentes de bullying.
- Fomentar estudios comparativos internacionales que permitan una mejor comprensión del fenómeno y sus particularidades en distintas poblaciones.
- Promover intervenciones familiares para fortalecer el apoyo emocional y los recursos de afrontamiento en menores afectados.

Este trabajo contribuye al conocimiento sobre la relación entre bullying y salud mental en menores internados, proporcionando una base para futuras investigaciones en esta área.

Capítulo X

BIBLIOGRAFIA

1. American Association of Psychology (APA) Division-30. About the Society of Psychological Hipnosis (2014). Definition and description of hypnosis. Washington: APA. En <http://www.apadivisions.org/division-30/about/index>.
2. Bados A., García E. (2010). La Técnica de la Reestructuración Cognitiva. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Pág. 1-63.
3. Bados A., García E. (2014). Resolución de Problemas. Universidad de Barcelona, Departamento de Psicología. Junio.
4. Baldwin Michele (1995). Terapia Familiar Paso a Paso, Virginia Satir. Editorial Pax México. Caps. 1, 2, 4, 5, 6.
5. Barraza, A. (2005). Características del estrés académico de los alumnos de educación media superior. PsicologíaCientífica.com. Extraído el 7 de junio, 2009 de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-19-caracteristicas-del-estresacademico-de-los-alumnos-de-educacion-mediasuperior.pdf>
6. Barraza, A. (2006). Un modelo conceptual para el estudio del estrés académico. Psicología Científica. com. Extraído el 8 de enero, 2010 de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf167-un-modelo-conceptual-para-el-estudio-delestres-academico.pdf>
7. Barraza, A. (2008). El estrés académico en alumnos de maestría y sus variables moduladoras: un diseño de diferencia de grupos [Versión electrónica]. Avances en Psicología Latinoamericana, 2 (26), 270-289.
8. Barraza, A., (2007). El inventario SISCO del estrés académico. INED 7, 90–93.
9. Beck A., Emery G., Greenberg R. (2014). Trastornos de Ansiedad y Fobias. Una Perspectiva Cognitiva. Ed Desclée De Brouwer. Pág. 119-135.
10. Beck Aaron T., Freeman Arthur, Davis Denise D. y Otros (2004). Terapia Cognitiva de los Trastornos de la Personalidad. Ed. Paidós 2ª Edición. Cap. 4.

11. Beck, Aaron T., Rush John, Shaw Brian f., Emery Gary. (2010) *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Ed. Desclée De Brouwer
12. Becoña I., Cortés M., y cols. (2010). *Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación*. Edita: Socidrogalcoho. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, España. pag. 157.
13. Berrío, N., Mazo R. (2011). *Estrés Académico*. Revista de Psicología, Universidad de Antioquia. Vol. 3. No. 2. Julio –Diciembre.
14. Beyebach, Mark. (2006) *24 ideas para una psicoterapia breve*. Herder, Barcelona.
15. Bill O’Hanlon (2019). Billohanlon.com.three-waves-of-psychotherapy.pdf
16. Boscolo L., Bertrando P. (1993), *Los Tiempos del Tiempo: Cáp. 4. El observador y el tiempo*; Ed. Paidós.
17. Bruner, L. (1987). *Life as Narrative*. *Social Research* , 54(1), pp. 11 - 32.
18. Cabanach R., Souto-Gestal A., Franco V. (2016). *Escala de Estresores Académicos para la Evaluación de los Estresores Académicos en Estudiantes Universitarios*. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*. 7, 41-50.
19. Cabanach R., y Cols. (2010). *Escala de Afrontamiento del Estrés académico (A-CEA)*. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 1(1): 51-64.
20. Caldera, J.F., Pulido, B.E. & Martínez, M.G. (2007). *Niveles de estrés y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de Psicología del Centro Universitario de Los Altos [Versión electrónica]*. *Revista de Educación y Desarrollo*, 7, 77-82.
21. Cardona Villa, L. (2015). *Relaciones entre procrastinación académica y estrés*
22. Carrasco A., Belloch A., Perpiñá C. (2010). *La evaluación del perfeccionismo: utilidad de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo en población española. Análisis y Modificación de Conducta*. Vol. 36, Nº 153, 49-65.
23. Castañeda, E. &Krikorian A. (2018). *Aplicaciones actuales de la hipnosis clínica en Latinoamérica: una revisión sistemática de la literatura*. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 36(2), 269-283. DOI: <http://dx.doi.org/10.12804/of.urosario.edu.co/apl/a.5488>.
24. Charles T. Ruperto (2008). *De la Violencia al Amor. Hipnosoluciones en Terapia Breve*. Ed. Cree-Ser.

25. Charles T. Ruperto (2008). De la Violencia al Amor. Hipnosoluciones en Terapia Breve. Ed. Cree-Ser.
26. Charles T. Ruperto (2018). Pasos para una Terapia Breve Efectiva: Cáp 1, MIESES, origen, desarrollo y marco teórico. Ed. Cree-Ser.
27. Charles T. Ruperto. (2006) Terapia Breve Sistémica en Soluciones para Parejas y Padres. Ed. Cree-Ser.
28. Charles T. Ruperto. (2006) Terapia Breve Sistémica en Soluciones para Parejas y Padres. Ed. Cree-Ser.
29. Clark David A., Beck, Aaron T. (2012) Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad. Ed. Desclée De Brouwer.
30. Clark, D.A. & Beck A. (1997). El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. En Manual de psicoterapias cognitivas. Compiladora Isabel Caro. Barcelona: Paidós.
31. Coronado-Hijón Antonio. (2010). Orientación e Intervención Familiar en el contexto educativo desde el enfoque ecosistémico. Monografía. Universidad Nacional de Educación a Distancia. (UNED) Centro Asociado de Sevilla Consejería Educación Junta de Andalucía (España).
32. Cruz, J. P. (2009). Enfoque Estratégico y Formación de Terapeutas. Terapia Psicológica, Vol. 27, No.1, 129-142.
33. De la Revilla Ahumada L, et al. (2004). Utilización del cuestionario general de salud de Goldberg (GHQ-28) en la detección de los problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. Aten Primaria;33(8):417-25..
34. De Shazer S., Berg I., Lipchik E. y cols. (1986). Terapia breve: Un desarrollo focalizado en la solución. FamilyProcess, vol. 25. Págs. 207-221.
35. De Shazer Steven (1991). Claves para la Solución en Terapia Breve . Ed Paidós.
36. De Shazer Steven (1994). En origen las palabras eran magia. Ed Gedisa
37. Díaz Martín Y, Ortigosa Fernández E, Díaz Cifuentes A, Castillo Estrada Y. (2015). Intervención psicoeducativa para disminuir el estrés académico en estudiantes de primer año de Medicina. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [revista en Internet]. 40 (5).
38. D'Zurilla, T.J. (1993). Terapia de resolución de conflictos. Bilbao: Desclée de Brouwer.

39. Escudero, V. (2004), «Simposio Psicología, Investigación y Terapia Familiar. ¿Hacia dónde hay que ir?», Cuadernos de Terapia Familiar, n.º 56-57, pp. 37-38.
40. Espinoza I., Osorio P. y cols. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *RevMed Chile*; 139: 579-586.
41. Estrella Porter J (2018). *Depresión y suicidio en estudiantes de Medicina: ¿Una verdad a voces?* Elsevier.
42. Figueroba A., (2017). <https://psicologiaymente.com/clinica/escala-autoestima-rosenberg>.
43. Firth J. Levels and sources of stress in medical students. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986;292:1177–80.
44. Fish, R., Weakland, J.H., Segal, L. (1994). *La Táctica del Cambio, como abreviar la terapia*. Editorial Herder.
45. Franco K., y cols. (2010). Estructura factorial y consistencia interna de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo. *Revista Mexicana de Psicología*, junio. Volumen 27, Número 2, 143-149.
46. Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14 (5), 449-468.
47. Furlan L., A. (2013). Eficacia de una Intervención para Disminuir la Ansiedad frente a los Exámenes en Estudiantes Universitarios Argentinos. *Revista Colombiana de Psicología* vol. 22 n.º 1 enero-junio. P. 75-89.
48. García J. y cols. (2014). Situaciones de estrés y familia. En Barraza A., Méndez A. (Coordinadores), *Actores Educativos. Investigaciones y Reflexiones* (pp. 29-38). Ed. Red Durango de investigadores Educativos A.C.
49. Garg, K., Agarwal, M., & Dalal, P. K. (2017). Stress among medical students: A cross-sectional study from a North Indian Medical University. *Indian journal of psychiatry*, 59(4), 502–504. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_239_17.
50. Gianfranco Cecchin (1987). Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: Una invitación a la curiosidad. *FamilyProcess*.
51. Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness*. Oxford, England: Oxford U. Press.

52. Goldberg, D. P. y Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145. doi: 10.1017/S0033291700021644.
53. Goldfried, M. (1995) De a Terapia Cognitivo-Conductual a la Psicoterpia de Integración. Cáp. 10 Puede Complementarse la Terapia Conductual con Contribuciones de Otras Orentaciones.p.155-164. Ed Desclée De Brouwer.
54. Gómez-Hernández M. J. (2007). Manual de Técnicas y Dinámicas. El Sistema de Información Científica y Tecnológica en Línea para la Investigación y la Formación de Recursos Humanos del Estado de Tabasco. Agosto.
55. González M., Landero R. (2007). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Validación en una Muestra Mexicana. *Revista de Psicopatología Psicología Clínica*. Vol. 12, No. 2, pp.189-198.
56. Haley J. (1980). Terapia para resolver problemas. Editorial Amorrortu. Cap. 4 Comunicación: Secuencia y jerarquía.
57. Hervás G., Cebolla A., Soler J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud*. Vol. 27. Núm. 3. Páginas 115-124.
58. Imber-Black Evan, Roberts Janine, Whiting Richard (Comps) (1997). *Rituales Terapéuticos y Ritos en la Familia: Pautas para la Elaboración de Rituales Terapéuticos*. Ed. Gedisa.
59. Judith S. Beck. (2000) *Terapia Cognitiva Conceptos Básicos y Profundización*. Ed. Gedisa.
60. Korman, Guido P.; Garay, Cristian J. (2012). El modelo de Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena (mindfulness) *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, vol. XXI, núm. 1, abril, pp. 5-13.
61. Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.
62. Londoño N., Álvarez C., López P., Posada S. (2005). Distorsiones Cognitivas Asociadas al Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Informes psicológicos*, No. 7 p. 123 – 136.

63. Lugoleos J. (2017). Desarrollo de una relexión hipnótica para el trabajo en la consultoría y terapia sistémica. *Sistemas humanos: Problemas y Soluciones. Revista de la Asociación Mexicana de Terapia Breve y Consultoría Sistémica. Año 7. No. 14.*
64. Madanes Cloe (1982). *Terapia Familiar Estratégica. Editorial Amorrortu. Cap. 2 Elementos de la terapia familiar estratégica.*
65. Martín, I. (2007). *Estrés Académico en Estudiantes Universitarios. Apuntes de Psicología. Vol. 25, número 1. Págs. 87-99.*
66. Medina-Mora ME, Padilla GP, Campillo-Serrano C, Mas CC, Ezbán M, Caraveo J, Corona J. (1983). The factor structure of the GHQ: a scaled version for a hospital's general practice service in Mexico. *Psychol Med. May;13(2):355-61.*
67. Mendoza, M. Elena y Capafons, Antonio (2009). Eficacia de la hipnosis clínica: Resumen de su evidencia empírica. *Papeles del Psicólogo, 30(2), 98-116. ISSN:0214-7823.*
68. Miller G., (1997). *Becoming Miracle Workers. Caps. 6 y 9. Construyendo el cambio en la terapia breve ecosistémica. Ed. Aldine de Gruyter, NY.*
69. Montes, M. J. (2006). *Terapia Sistémica e Institución Pública. De la teoría a la práctica en la recogida de la Demanda. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 26 (2), 83-96.*
70. O'Hanlon W., Weiner-Davis M. (1990). *En busca de soluciones, un nuevo enfoque en psicoterapia. Ed. Paidos.*
71. Peñalva, C. (2001). Evaluación del funcionamiento familiar por medio de la "Entrevista estructural" *Salud Mental, vol. 24, núm. 2, abril, pp. 32-42.*
72. Peñalva, C. (2001). Evaluación del funcionamiento familiar por medio de la "Entrevista estructural" *Salud Mental, vol. 24, núm. 2, abril, pp. 32-42*
73. Radcliffe C, Lester H. Perceived stress during undergraduate medical training: A qualitative study. *Med Educ. 2003;37:32-8.*
74. Ramírez J., Rodríguez J. (2012). El Proceso en Psicoterapia Combinando Dos Modelos: Centrado en Soluciones y Cognitivo-Conductual. *Revista Electrónica de Psicología de Iztacala. 15, (2).*
75. Regehr, Ch., Glancy, D., Pitts, A., (2013). Interventions to reduce stress in university students: A review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders. Volume 148, Issue 1, 15 May, Pages 1-11.*

76. Román, C. A., Ortiz, F. & Hernández, Y. (2008). El estrés académico en estudiantes latinoamericanos de la carrera de Medicina [Versión electrónica]. *Revista Iberoamericana de Educación*, 46(7), 1-8.
77. Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
78. Rossi, E.L. (2005). Prospects for exploring the molecular-genomic foundations of therapeutic hypnosis with DNA microarrays. *Am J Clin Hypn*; 48(2-3):165-82. doi: 10.1080/00029157.2005.10401514.
79. Rotenstein, L. S. et al. (2016). Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2589340> JAMA 316, 2214–2236.
80. Salvador Minuchin (1987). *Familias y Terapia Familiar*. Ed. Gedisa. Caps. 3 y 5.
81. Salvador Minuchin, H. Charles Fishman (1983). *Técnicas de Terapia Familiar*. Editorial Paidós. Caps. 1-15.
82. Sandín B., Chorot P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y Validación Preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. Volumen 8, Número 1, pp. 39-54.
83. Satir Virginia (1980). *Psicoterapia Familiar Conjunta*. Ediciones científicas, La prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V., Caps. 1, 10, 14.
84. Schade, Nieves, Beyebach, Mark, Torres, Patricio, & González, Angélica. (2009). *Terapia Familiar Breve y Atención Primaria: Un Caso de Trastorno Somatomorfo*. *Terapia psicológica*, 27(2), 239-246. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000200009>
85. Schmitt, D. P. & Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 623-42.
86. Scott D. Miller, Insoo Kim Berg. (1995). *The Miracle Method. A Radically New Approach to Problem Drinking*. W.W. Borton & Company, New York/London.
87. Servicio Andaluz de Salud, 2010. Anexo 3.1 de la publicación “Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Documento marco”.

88. Sikandar Ortega Aguilar, Ari Ortega Aguilar. (2013). Esquemas Maladaptativos Tempranos Asociados a la Conducta Criminal. *Revista Internacional PEI: Por la Psicología y Educación Integral*. Año 2, Número 4. Enero-Febrero.
89. Sluzki Carlos (1995). Transformaciones: Una Propuesta para Cambios Narrativos en Psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, Vol. VI, No. 22-23, Cottage Hospital, Santa Barbara, CA. publicado en *Family Process*, 1992 (31),217-213 con el título “Transformations: “A Blue print for Narrative Changes in Therapy”.
90. Sluzki Carlos (1998). *La Red Social: Frontera en la práctica sistémica*. Pág. 7: Red, Familia y Narrativa. Ed. Gedisa.
91. Tang, Y. Y., Hölzel, B. K. y Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16, 213–225.
92. Tomm Karl (1988a). Entrevista Circular: Una Herramienta Clínica Multifacética. *Revista FamilyProcess*.
93. Tomm Karl (1988b). La entrevista como intervención. Parte I: El diseño de estrategias como una cuarta directriz para el terapeuta. *Terapia Familiar*, compilado por Beyebach M., J. L. Rodríguez-Arras J.L. Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca.
94. Treanor M., (2011). The potential impact of mindfulness on exposure and extinction learning in anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*. 31, 617–625.
95. Triglia Adrián. *Psicología y mente.com*. El mito de la Caverna de Platón.
96. Urrego Aguinaga, D., Jaramillo Chavarría, G. A., Rodríguez Muñoz, J. C. y Cardona Arbeláez, J. P. (2016). Sentidos de la externalización del problema en la terapia narrativa. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigó*, 3(1), 68-80.
97. Vallejo M. A. et al. (2014). El cuestionario general de salud (GHQ-28) en pacientes con fibromialgia: propiedades psicométricas y adecuación. *Clínica y Salud* 25. p. 105-110.
98. Venegas K., González M. (2015). Manejo de Estrés en Estudiantes Foráneos y de Intercambio Académico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 18, (4), Diciembre.
99. Von Bertalanffy (1968). *Teoría General de los Sistemas*. Fondo de Cultura Económica. México.
100. Watzlawick, P., Nardone, G. (1997). *Terapia Breve Estratégica*. Editorial Paidós, Cap. 6. El Lenguaje que cura: La comunicación como vehículo de cambio terapéutico.
101. Weakland, J., Fish, R., Watzlawic, P., Brodin, A. (1986). *FamilyProcces* 13, 141-168.

102. White, M. (2002). El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas. Barcelona: Gedisa.
103. White, Michael y Epston, D. (1993). Medios narrativos para fines terapéuticos. Paidós, Barcelona.
104. Yusoff MS, Abdul Rahim AF, Yaacob MJ. Prevalence and sources of stress among Universiti Sains Malaysia Medical students. Malays J Med Sci. 2010;17:30-7

Capítulo XI

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

René De Jesús Montemayor Garza

Candidato para el Grado de Subespecialista en psiquiatría Infantil y del adolescente

Tesis: “PREVALENCIA DE BULLYING EN POBLACIÓN INTERNADA EN UNA UNIDAD PSIQUIÁTRICA INFANTIL”

Campo de estudio: Ciencias de la Salud Biografía:

Datos personales: Nacido en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, el 20 de mayo de 1992, hijo de Rene Montemayor Garza y Aurora de Jesús Garza Juárez

Educación: En agosto 2011 inicia la Licenciatura de Médico Cirujano y Partero en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León finalizando en Septiembre del 2017.

En agosto del 2017 inicio su servicio social en el centro de salud Pablo L. Cidar en el municipio de Rayones Nuevo León, por parte de la Secretaria de Salud culminando en Agosto del 2018.

En marzo del 2019 inició sus estudios de posgrado en el programa de Especialización en psiquiatría por parte de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí con sede clínica en

Hospital Psiquiátrico “Dr. Everardo Neumann Peña” culminando en marzo del 2023.

En Marzo del 2023 inicio sus estudios como medico subespecialista en psiquiatría infantil y del adolescente con sede en el departamento de psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José E.

González”, en Monterrey, Nuevo León.