

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”



TESIS:

Caracterización del acoso escolar en niñas
y adolescentes mexicanas de la comunidad

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA PRESENTA:**

Isela Saldaña Turrubiartes

TUTORA:

Dr. Lilia Albores Gallo

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOJA DE DATOS

Nombre del Alumno autor del trabajo de Tesis:

Isela Saldaña Turrubiartes

Correo electrónico: violetas36@hotmail.com

Nombre del Tutor (a):

Dra. Lilia Albores Gallo

Correo electrónico: liliialbores@gmail.com

Institución donde labora: Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

RESUMEN

Antecedentes: En México no hay estudios sobre el efecto del género en el acoso escolar y menos aún la caracterización de las niñas involucradas en él. El conocimiento de estos aspectos es importante para implementar estrategias de prevención y de atención temprana.

Objetivo: Estudiar la relación entre la presencia de psicopatología y los roles desempeñados en el acoso escolar (bullying) en una muestra de niñas y adolescentes de la Ciudad de México.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, transversal y correlacional a partir de una muestra de niñas y adolescentes de escuelas de la ciudad de México que respondieron V.E.A y CBCL.

Resultados: La muestra consistió de 263 niñas y adolescentes con una media de edad de 12.0 (DE 2.2) y rango de 7 a 16 años.

Las categorías de acoso escolar se distribuyeron de la siguiente manera: neutro (n=137, 52.1%), víctima-agresoras (n=59, 22.4 %) solo víctimas (n= 51,19.4 %) y solo agresoras (n=16, 6.1 %). Comparado con el grupo neutro, el grupo víctimas-agresoras obtuvo un riesgo aumentado para quebranto de reglas RM 5.9 (IC 95% 2.8-12.3) y conducta RM 3.4 (IC 95% 1.7-6.8). El grupo de agresoras tuvo un riesgo aumentado para quebranto de reglas RM 7.5 (IC 95% 2.4- 22.9) y conducta RM 7.8 (IC 95% 2.6-23.6).El grupo de víctimas tuvo riesgo aumentado de atención RM (IC 95% 2.3-11) y opositorista RM 3.2 (IC 95% 1.4-7).

Conclusiones: En nuestro estudio el acoso escolar se asoció con trastornos psiquiátricos en todas las implicadas, de las cuales las que ejercían el rol de víctima-agresoras mostraron asociación con un mayor número de trastornos psiquiátricos aunque las agresoras mostraron razones de momio más elevadas. El acoso escolar en niñas se asocia con psicopatología.

Términos MeSH: acoso escolar, niñas y adolescentes, víctimas, víctimas-agresoras.

ÍNDICE GENERAL

Introducción	5
Marco teórico	6
Planteamiento del problema	10
Justificación	11
Hipótesis	11
Objetivos	11
Material y métodos	12
Resultados	17
Discusión	21
Conclusiones	26
Limitaciones y recomendaciones	26
Referencias	27
Anexos	32

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cronograma de actividades	14
Tabla 2. Razones de momio no ajustadas para las sub-escalas del CBCL/6-18 en todos los grupos	19
Tabla 3. Razones de momio no ajustadas para la presencia de marcadores según el DSM-IV en todos los grupos	20

INTRODUCCIÓN

El acoso escolar, llamado “bullying” en inglés, se refiere al uso repetido y deliberado de agresiones verbales, psicológicas o físicas para lastimar y dominar a otro niño, sin haber sido precedidas de provocación y en el conocimiento de que la víctima carece de posibilidades de defenderse. Aunque existen numerosos estudios sobre el acoso escolar en las últimas dos décadas, la mayoría estudia las características de los varones implicados en el acoso escolar sea como agresores o como víctimas. Debido a que las niñas y adolescentes del sexo femenino tienen un menor involucramiento. Existe menos investigación sobre el impacto del acoso escolar en el sexo femenino, los efectos en el largo plazo y la psicopatología asociada etc. En México tampoco hay estudios sobre el efecto del género en el acoso escolar y menos aún la caracterización de las niñas involucradas en el. El conocimiento de estos aspectos es importante para implementar estrategias de prevención y de atención temprana.

MARCO TEÓRICO

El acoso escolar o “bullying” se define como una variedad de agresividad entre pares donde el acosador tiene más poder que la víctima. La intimidación es organizada, sistemática, oculta, oportunista y duradera, aunque también pueden ocurrir incidentes aislados, la víctima puede sufrir daños psicológicos, emocionales o físicos¹.

Prevalencia

Chester y colaboradores describieron la prevalencia de victimización en un estudio transversal con información de 33 países (no incluido México) reportando tasas en un rango de 8.4% - 59.7%. Italia con la cifra mínima y Bélgica con la cifra máxima².

En México Albores y colaboradores en el 2011 estudiaron el acoso escolar en una muestra de estudiantes mexicanos de primaria y reportaron una prevalencia del 24%, posteriormente en 2013 reportó una prevalencia de casi 44% del acoso escolar en alumnos de secundaria³.

Diferencias por sexo

Los estudios de diversos países muestran consistentemente que las niñas y adolescentes del sexo femenino tienen una menor participación en el acoso escolar comparados con los niños ejerciendo menos conductas de agresor en comparación a los varones 34% vs 65% respectivamente⁴.

En Bélgica se reportó una tasa de acoso escolar en niñas 42% y en niños 60%, en Austria: niñas 35% y niños 45%, en Italia niñas 8% y niños 13%. Algunos países que reportaron tasas semejantes entre niñas y niños fueron Estados Unidos: niñas 27% y niños 28%, Lituania en niñas 52% y niños 55%, Canadá niñas 37% y niños 36% y Alemania niñas 28% y niños 31%^{2,5}.

Distribución por sexo en población mexicana

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012 mostró que el 30.4% de las adolescentes del sexo femenino manifestaron estar expuestas a violencia en la escuela (sin precisar el rol que desempeñaron en las conductas de violencia)⁶.

Albores y colaboradores en población mexicana reportaron que el involucramiento en el acoso escolar fue menor en las niñas que en los varones (30% vs, 70%) respectivamente, distribuyéndose las categorías de la siguiente manera: mayor proporción de neutros fueron niñas n=81 (79.4%) comparados con los niños n=94 (39.4%), menos víctimas fueron niñas n=13 (12.7%) que niños n=44 (18.4%), menos agresoras fueron niñas n= 5 (4.9%) comparadas con los niños n=84 (35.2%) y menos víctimas-agresoras fueron niñas n=3 (2.9%) comparadas con niños n=16 (6.7%).

El sexo femenino involucrado en el acoso escolar representó un 13.1 % de la muestra, situándose la mayoría en el grupo de neutros y víctimas³. Sin embargo Albores y colaboradores demostraron que la participación de las niñas en el acoso escolar incrementa con la edad, lo que es consistente con un estudio de alumnos de secundaria (N=839) de la Ciudad de México, encontrando que la cifra de prevalencia de acoso escolar en niñas se elevó a 44% y en varones hasta 56%⁷.

Un estudio en Ciudad Madero, Tamaulipas con estudiantes de secundaria pública (N=688), mostró que comparados con las niñas más varones participaron como víctimas (44% vs 56%), como agresores (48.3% vs. 51.7%) y como víctimas agresores (44.6% vs. 55.4%).

De los 688 alumnos estudiados las víctimas constituyeron un (20.5%), los agresores (13.1%) y víctimas- agresores (27.4%). El 90.9% manifestó que son menos

agresivas las adolescentes y el 79.7% estimó que son menos burlonas en comparación con los varones⁸.

El Acoso escolar “bullying” y su asociación con los trastornos psiquiátricos y variación respecto al sexo

En diversos estudios se encontró asociación a acoso escolar y psicopatología en el sexo femenino, encontrándose más puntajes de ansiedad, depresión e ideación suicida en los estudios longitudinales comparados con el sexo masculino⁹.

Diversos estudios que investigan la asociación de psicopatología y acoso escolar muestran datos interesantes. Kim estudió la asociación entre la violencia escolar, los síntomas depresivos y su variación con respecto al sexo en una muestra representativa de adolescentes en Corea. Las adolescentes del sexo femenino recibieron más insultos verbales que los varones 69.8% frente a 66.3% aunque practicaron más acoso grupal que los varones 41.3% frente 25.6%. La prevalencia de síntomas afectivos en las adolescentes del sexo femenino fue de N=392 (22.8%) comparada con los varones N=390 (20.4 %). La asociación entre violencia escolar y síntomas depresivos en las adolescentes que no buscan ayuda: OR, 8.28, (IC del 95% 3.53 a 19.43) y en las que buscan ayuda: OR, 4,58; IC del 95% 2.73 a 7.69)¹⁰.

Sourander estudió la asociación del acoso escolar en niños de 8 años y el uso de servicios especializados para trastornos psiquiátricos reportando que de 5034 participantes: 2386 (47.4%) contestaron no estar involucrados en el acoso escolar, mientras que el 2.2% de las niñas participaron en el acoso escolar cuyo rol predominante fue como víctimas (1.8%), un porcentaje menor participó como agresoras (0.3%) y víctimas-agresoras (0.1%).

Se encontró que 3.4% de las niñas identificadas como víctimas desarrollaron esquizofrenia o psicosis. Además reportó que el desarrollo de depresión fue semejante en las niñas acosadoras como las víctimas (14.3% vs 13.5%).

El porcentaje de trastornos de ansiedad fue mayor en las niñas víctimas que en las agresoras: 11.2% vs 7.1% respectivamente y 4.5% de las niñas víctimas de acoso escolar presentaron consumo de sustancias.

Se encontró una mayor proporción de diagnósticos psiquiátricos en el grupo de las víctimas (23%) principalmente: trastornos depresivos (13%), trastornos de ansiedad (11%), uso de sustancias (4%), trastornos de la conducta alimentaria (3.4%) y esquizofrenia o psicosis no afectivas (N=3, 3%)¹¹.

Otros estudios muestran que el acoso escolar es muy frecuente en niños y adolescentes de muestras clínicas. Un estudio clínico retrospectivo de adolescentes con una media de 14 años de edad referidos a urgencias psiquiátricas mostró que la prevalencia de victimización fue del 48.5%. Este estudio mostró que el 7.7% tenían historia de abuso sexual y 6.0% tenían historia de abuso físico y emocional. Las adolescentes fueron víctimas de acoso escolar 1,8 veces más que los varones. No se analizaron las conductas suicidas con respecto al sexo. Se encontró que una de las formas de acoso escolar más comunes en adolescentes del sexo femenino es la intimidación cibernética que se asoció 3,6 veces más a ideación suicida que las víctimas de intimidación verbal¹².

Un estudio descriptivo y transversal realizado en Australia analizó el riesgo suicida, los trastornos internalizados (ansiedad y depresión) y externalizados (conducta/trastorno por déficit de atención e hiperactividad) en adolescentes agresores, víctimas y víctimas- agresores. En la muestra de 1588 participantes, 41% de sexo femenino, con una media de edad de 13 años (con un rango de 12 a 15 años). El grupo de víctimas- agresores tuvo un riesgo suicida de OR 9.3 (IC 95 % 5.4–16.2), comparado con el grupo de víctimas OR 4.7 (IC 95% 3.1–7.0) y agresores OR 2.4 (IC 95% 0.8–7.0). El grupo de víctimas – agresores en depresión obtuvo un OR 15.9 (IC 95% 9.5–26.6), comparado con los víctimas OR 6.2 (IC 95% 4.4–8.9) y agresores OR 2.5 (IC 95% 0.9–6.7). En ansiedad el grupo de víctimas agresores

obtuvo un OR 13.0 (IC 95% 7.7–22.0), las víctimas OR 5.4 (IC 95% 3.7–7.7) y agresores OR 2.0 (IC 95% 0.7–5.9).

En trastornos de conducta/ trastorno por déficit de atención e hiperactividad el grupo de víctimas –agresores obtuvo un riesgo incrementado: OR 7.1 (IC 95%4.4–11.4), víctimas OR 2.2 (IC 95% 1.6–3.1) y agresores OR 3.3 (IC 95% 1.6–6.7).

La prevalencia de riesgo suicida, problemas internalizados y externalizados fue más elevada en el grupo de los víctimas- agresores¹³.

Importancia de estudiar el acoso escolar en niñas y adolescentes

En las últimas dos décadas las diferencias de género en el acoso escolar ha recibido creciente atención. Las niñas suelen afectarse más por la agresión relacional que los niños, demostrando niveles mayores de presión arterial sistólica en respuesta a la intimidación relacional¹⁴.

La agresión relacional afecta negativamente la percepción de clima en el salón de clase y la seguridad entre todos los estudiantes de la escuela, no solo a las víctimas y agresores¹⁴.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El acoso escolar en las niñas y adolescentes de México tiene una prevalencia del 30% ³. Existen estudios en varios países que reflejan la problemática del acoso escolar en el sexo femenino reportando mayores niveles de psicopatología en el grupo de las agresoras y víctimas ^{3, 13, 14, 21, 22, 23}.

En diversos estudios las niñas y adolescentes suelen practicar el acoso escolar relacional y como consecuencias trastornos internalizados (ansiedad, depresión y

somatización) así como trastornos externalizados (trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastornos de conducta oposicionista desafiante) ^{13, 23, 24 ,25}.

En México existen estudios sobre la asociación entre acoso escolar y psicopatología pero no se ha estudiado en el sexo femenino, por lo anterior surge el cuestionamiento:

¿Cuál es la relación entre los roles del acoso escolar y la psicopatología en una muestra de niñas y adolescentes del sexo femenino de Ciudad de México?

JUSTIFICACIÓN

La mayor parte de los estudios sobre acoso escolar se ocupan de la caracterización de los varones como agresores, víctimas, víctimas agresores y en menor proporción neutros. Esto se debe en parte a que los instrumentos de detección identifican menos a las niñas y estas participan menos que los varones en el acoso, por lo mismo contamos con menos información sobre ellas y su participación en el acoso así como la psicopatología asociada ^{3,7,8}.

HIPÓTESIS

El grupo de niñas y adolescentes involucradas en el acoso escolar tiene mayor puntaje de psicopatología en el CBCL que el grupo neutro debido a que en los diversos estudios se documenta que existe asociación entre el acoso escolar y psicopatología infantil.

OBJETIVOS

General

Estudiar la relación entre los roles del acoso escolar (bullying) y la presencia de psicopatología y en una muestra de niñas y adolescentes de la Ciudad de México.

Específicos

1. Identificar la distribución de los roles de acoso escolar (bullying) en las niñas y adolescentes del sexo femenino.
2. Determinar la presencia de psicopatología entre las niñas y adolescentes del sexo femenino identificadas dentro de los roles de acoso escolar (bullying).

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de diseño: Estudio observacional, transversal, descriptivo y correlacional.

Población: 584 niñas y adolescentes del sexo femenino de primaria y secundaria.

Muestra: Niñas de 6 a 10 años de segundo a sexto año de primaria y adolescentes de 11 a 17 años, 11 meses de primer año de secundaria.

Tipo de muestreo: no probabilístico por conveniencia.

Criterios de selección: escuelas primarias y secundarias que aceptaron participar después de ser seleccionadas por cercanía con el Hospital.

Criterios de inclusión: todos los alumnos cuyos padres acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

Que el padre, madre o tutor del niño (a) se niegue a participar en el estudio.

Que el niño (a), se niegue a participar en el estudio.

Que la alumna tuviera menos de 3 meses de integrada en el grupo escolar.

Criterios de eliminación

Aplicación incompleta de los instrumentos de evaluación.

Variables:

Variable independiente continúa:

Edad

Definición conceptual: tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.

Definición operacional: Número de años que tiene el niño al momento de la aplicación de la encuesta.

Medidas: 6- 18 años.

VARIABLES DEPENDIENTES:

Categorías de acoso escolar (bullying) se obtienen a través de las preguntas 1-9 V.E.A.

Agresor o (bully): es la alumna que ejecuta el acoso de forma directa e indirecta, a menudo recibe el apoyo de otros miembros del grupo para intimidar a los demás.

Nominada >20%. Se mide por el reporte de agresión física directa, agresión verbal directa e indirecta. No reúne criterios de nominación para víctima.

Víctima: es quien sufre el acoso por el agresor o el grupo y fue Nominada >20% de sus compañeros.

Víctima-agresor: Cumplen criterios de nominación para ambas categorías de víctima y agresor. Alumna nominada >20%.

Neutra: Aquellas alumnas que no fueron reúnen criterios para víctimas o agresores.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

Psicopatología: síntomas de trastornos afectivos, ansiedad y conductuales. Se miden a través de reactivos CBCL/ 6-18, calificados como muy consistentes como categorías diagnósticas del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV) reportados en el momento de la evaluación de los padres de las mujeres adolescentes. Va de 0 (casi nunca) a 2 (casi siempre). La puntuación se puede visualizar en un perfil individual que compara los repertorios de síntomas psiquiátricos del adolescente con los patrones normativos en función de edad y sexo. Se utilizó un punto de corte de 60 o más para determinar en el rango clínico para cada una de los trastornos que investiga el instrumento.

Procedimiento:

El presente estudio se derivó del Macro proyecto titulado "El acoso escolar Bullying y su asociación con la presencia de rasgos de insensibilidad emocional en una muestra de escolares en México. Registro II1/01/0714. Coordinadora responsable del proyecto: Dra. Lilia Albores Gallo (Anexo 1 y 3). El actual trabajo se titula

“Caracterización del acoso escolar en niñas y adolescentes mexicanas de la comunidad”; ambos trabajos fueron aprobados por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico infantil “Dr. Juan N. Navarro” (Anexo 2).

El procedimiento fue el siguiente:

1. Se realizó el vaciado de la información en base de datos elaborada por la investigadora principal.
2. Dichos datos provenían de una fase previa del proyecto general donde se estudiaron a 584 niñas de 6 a 10 años (de segundo a sexto grado de primaria) y adolescentes de 12 a 18 años ubicados en la delegación Tlalpan, Ciudad de México, se aplicaron dos instrumentos de los cuales fueron contestados por los participantes: V.E.A valoración escolar de acoso CBCL 6-18 (Child Behavior Checklist) fue contestado por los padres y después recabado.
3. Se realizó el análisis estadístico.

Cronograma:

Tabla 1. Cronograma de actividades.

Actividad	Mayo 2016	Junio 2016	Agosto 2016	Septiembre 2016	Octubre 2016	Noviembre 2016	Diciembre 2016	Enero 2017	Febrero 2017	Marzo 2017	Abril 2017
Elaboración de Protocolo											
Aprobación por Comités											
Análisis de resultados											
Elaboración de informe final											
Entrega de resultados											

Instrumentos de medición:

V.E.A.

Valoración de Acoso Escolar- es un cuestionario elaborado y validado para población mexicana, consta de 22 ítems y permite clasificar a los participantes en 4 categorías: neutro, víctima, víctima –agresor y agresor. Reconoce las formas de agresión (verbal indirecta, verbal directa y física directa) e identifica los roles de los participantes (líder positivo, líder neutro, líder negativo y alumno rechazado)^{15, 16}.

La consistencia interna del instrumento fue de $\alpha=0.89$ para 13 ítems, la dimensión de victimización alcanzó un alfa de Cronbach $\alpha=0.70$, mientras que la dimensión agresividad tuvo un alfa de Cronbach $\alpha=0.40$, para T1 agresor, T2 víctima $\alpha=0.44$ y T1 víctima T2 agresor de $\alpha=0.49$, (Anexo 5)^{15, 16}.

CBCL/6-18

La Lista de Síntomas del Niño (Child Behavior Checklist, CBCL/6-18) mide la psicopatología más común de los menores de 6 a 18 años de edad. Consta de 118 reactivos; en una escala tipo Lickert tiene una consistencia interna de 0.90 para la escala total, de 0.94 para trastornos externalizados y de 0.97 para trastornos internalizados. Su confiabilidad prueba-reprueba es de 0.84. Consta además de subescalas que contienen los reactivos de la prueba calificados como muy consistentes con categorías diagnósticas del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV). Así se forman las subescalas de síntomas afectivos, de ansiedad, de quejas somáticas, de déficit de atención/ hiperactividad (TDAH), de oposicionismo y de conducta¹⁷.

La versión mexicana validada, al igual que la versión original, tiene datos psicométricos confiables. La consistencia interna para la versión mexicana de la escala total es de 0.90, las dimensiones de problemas externalizados es de 0.94 y

la de internalizados de 0.97; la confiabilidad prueba-reprueba es de 0.84. Por razones de respeto a los derechos de autor no se incluye en los anexos¹⁸.

Análisis Estadístico:

Se utilizaron medidas de tendencia central y se compararon las frecuencias entre las variables nominales y las características demográficas por Chi Cuadrada. Para establecer la relación entre el tipo de acoso y los trastornos psiquiátricos se utilizó un análisis de regresión logística y se calcularon las razones de momio correspondientes. Se utilizó el programa SPSS versión 15.

Consideraciones éticas:

Durante la realización de este estudio se tomaron en cuenta los principios de la bioética:

Beneficencia: ante todo se busca el brindar un beneficio a los participantes, por lo que al realizarles las escalas de acorta el tiempo de distancia entre el diagnóstico y un tratamiento adecuado.

No maleficencia: En ningún momento será perjudicado paciente alguno, ya que no implica ninguna manipulación que le ponga en riesgo.

Autonomía: todos los participantes, así como sus padres son libres de decidir si participan o abandonan el estudio en el momento que lo deseen.

Justicia: Todos los interesados pueden ingresar al estudio, siempre y cuando firmen el consentimiento y el asentamiento informado.

En cuanto al riesgo de la investigación de acuerdo al artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación, este estudio se considera como: II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el

parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes residuales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación.

El proyecto general fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N Navarro” (Anexo 1) (Anexo 2) (Anexo 3) y la autora del presente proyecto firmó Carta Compromiso ante dicho Comité para el resguardo de la información. Asimismo, la autora de esta tesis realizó Curso en línea “Protección de los participantes humanos de la Investigación” del National Institute of Health, NIH de EUA (Anexo 6).

RESULTADOS

La muestra consistió de 263 niñas y adolescentes con una media de edad de 12.0 (DE 2.2) y rango de 7 a 16 años.

Las categorías de acoso escolar se distribuyeron de la siguiente manera: neutras (n=137, 52.1%), víctimas-agresoras (n=59, 22.4 %) solo víctimas (n= 51,19.4 %), solo agresoras (n=16, 6.1 %), (ver tabla1).

Comparado con el grupo neutro, el grupo con mayor psicopatología fue el de víctimas-agresoras que tuvo un riesgo aumentado para: Quejas somáticas RM 2 (IC 95% 1-4), Conducta Agresiva RM 2.3 (IC 95%, 1.1-4.7), Ansiedad-Depresión RM 2.7 (IC 95%, 1.3-5-7), Externalizados RM 3.7 (IC 95%, 1.8-7.5), Problemas de Atención RM 4.1 (IC 95%, 1.8-9.2), Internalizados RM 4.8 (IC 95%, 2.4-9.9), Totales RM 4.9 (IC 95%, 2.5-9.9), Social RM 5.1 (IC 95%, 2.4-10.8), Quebranto de reglas RM 5.9 (IC 95%, 2.8-12.3)(ver tabla1) y riesgo aumentado para los trastornos del DSM de: Afectivos RM 2.2 (IC 95%,1-4), Oposicionista RM 2.8 (IC 95%, 1.3-6.1), Ansiedad RM 2.9 (IC 95%, 1-5.8), Trastorno por déficit de atención e hiperactividad RM 3.3 (IC 95%, 1.5-7) y Conducta RM 3.4 (IC 95%. 1.7-6.8), (ver tabla 2).

El grupo de agresoras tuvo un riesgo aumentado para: Conducta Agresiva RM 2.9 (IC 95%, 0.9-8.9), Problemas Totales RM 3.3 (IC 95%, 1.0-10), Externalizados RM 4.5 (IC 95%, 1.5-13.6), Atención RM 5.7 (IC 95%, 1.7-18), Social RM 5.8 (IC 95%, 1.9-17.9), Quebranto de reglas RM 7.5 (IC 95%, 2.4-22.9)(ver tabla 1) y riesgo aumentado para los trastornos del DSM de: Oposicionismo RM 4.2 (IC 95%, 1.3-13.1), Afectivos RM 4.6 (IC 95%, 1.5-13.7), Trastorno por déficit de atención e hiperactividad RM 7 (IC 95%, 2.3- 21.2) y Conducta RM 7.8 (IC 95%, 2.6-23.6), (ver tabla 2).

El grupo de víctimas tuvo un riesgo aumentado para: Agresividad RM 2.4 (IC 95%, 1.1-5.1), Externalizados RM 2.4 (IC 95%, 1.1-5.2), Totales RM 2.7 (IC 95%, 1.3-5.8), Quebranto de reglas RM 2.8 (IC 95%, 1.2-6), Social RM 4.1 (IC 95%, 1.8-8.9) y Atención RM 5.2 (IC 95%, 2.3-11)(ver tabla 1) y riesgo aumentado para los trastornos del DSM de: Conducta RM 2.1 (IC 95%, 1-4.5), Ansiedad RM 2.4 (IC 95%, 1.1-5.2), Trastorno por déficit de atención e hiperactividad RM 2.6 (IC 95%, 1.2-5.9) y Oposicionista RM3.2 (IC 95%, 1.4-7), (ver tabla 2).

Tabla 2. Razones de momios no ajustadas para las sub-escalas del CBCL/6-18 en todos los grupos.

Psicopatología	Agresor vs neutro			Víctima-agresor vs neutro			Víctima vs neutro					
	RM	IC 95% (Bajo-Alto)		P	RM	IC 95% (Bajo-Alto)		P	RM	IC 95% (Bajo-Alto)		P
Ansiedad depresión	0.83	0.17	3.9	0.58	2.7	1.3	5.7	.005	1.0	0.4	2.6	0.5
Aislamiento depresivo	2.0	0.6	6.0	0.1	1.3	0.6	2.7	0.2	0.9	0.4	2.04	0.5
Quejas Somáticas	0.9	0.2	3.7	0.6	2.0	1.0	4.0	0.03	1.1	0.5	2.5	0.4
Social	5.8	1.9	17.9	0.03	5.1	2.4	10.8	0	4.1	1.8	8.9	0
Pensamiento	1.2	0.2	6.1	0.52	2.0	0.8	4.7	0.08	1.8	0.7	4.6	0.1
Atención	5.7	1.7	18.2	0.001	4.1	1.8	9.2	0	5.2	2.3	11.6	0
Quebranto de reglas	7.5	2.4	22.9	0.001	5.9	2.8	12.3	0	2.8	1.2	6.4	0.01
Agresividad	2.9	0.98	8.9	0.05	2.3	1.1	4.7	0.01	2.4	1.1	5.1	0.01
Internalizados	2.0	0.60	7.0	0.20	4.8	2.4	9.9	0	1.7	0.7	3.8	0.1
Externalizados	4.5	1.5	13.6	0	3.7	1.8	7.5	0	2.4	1.1	5.2	0.02
Totales	3.3	1.08	10.0	0.03	4.9	2.5	9.9	0	2.7	1.3	5.8	0

Tabla 3. Razones de momio no ajustadas para la presencia de marcadores según el DSM-IV en todos los grupos.

Psicopatología	Solo Agresor vs Neutro IC 95%				Víctima-agresor vs Neutro IC 95%				Solo Víctima vs Neutro IC 95%			
	RM	Bajo	Alto	P	RM	Bajo	Alto	P	RM	Bajo	Alto	P
Afectivos	4.6	1.5	13.7	0.005	2.2	1.1	4.1	0.01	1.1	0.57	2.3	0.03
Ansiedad	1.3	0.40	4.5	0.41	2.9	1.5	5.8	0	2.4	1.1	5.2	0.02
Somáticos	0.89	0.23	3.3	0.58	1.5	0.78	3.1	0.13	1.3	0.62	2.8	0.28
TDAH	7.0	2.3	21.2	0.001	3.3	1.5	7.0	0	2.6	1.2	5.9	0.01
Oposicionista	4.2	1.3	13.1	0.01	2.8	1.3	6.1	0.006	3.2	1.4	7.0	0.003
Conducta	7.8	2.6	23.6	0	3.4	1.7	6.8	0	2.1	1.0	4.5	0.03

DISCUSIÓN

En este estudio investigamos el acoso escolar en niñas y adolescentes y su asociación con la psicopatología. Nuestros resultados demuestran que el acoso escolar o bullying es común en las niñas y adolescentes, ya que la frecuencia del involucramiento en el acoso escolar como víctimas, agresoras o víctimas – agresoras fue del 47,9%. Esta cifra se encuentra en el rango reportado por varios países de Europa del 8 al 55% de niñas involucradas en el acoso escolar y un poco mayor que la reportada en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de niñas y adolescentes involucradas (30%) en acoso escolar en México ^{2,6}.

Consistente con otros estudios encontramos que la mayoría de las niñas y adolescentes se clasificó en el grupo neutro, seguido de las víctimas – agresoras, las solo víctimas y solo agresoras. Ha thi Hai Le y colaboradores, en Vietnam reportó que la frecuencia de víctimas 24% y agresoras 6.6% fue similar a nuestro resultado en cambio la frecuencia de víctimas-agresoras (40%) fue mayor que en nuestro estudio¹⁹.

Estas diferencias pueden deberse a que la media de edad del estudio vietnamita fue de 14 años en comparación con el nuestro que fue de 12 años. Al aumentar la edad incrementa el viraje hacia el rol de víctima-agresor explicando la mayor frecuencia de este grupo en alumnas de secundaria comparadas con las de primaria según A M Ilola y colaboradores²⁰.

Otro estudio de cohorte finlandés (N=5,302), siendo las niñas el 46% (2466) del total de la muestra informo que los roles se distribuyeron de la siguiente manera: neutras (44%), víctimas (39.8%), agresoras (24.1%) estas cifras comparadas con el grupo de varones demostró un porcentaje semejante en el rol de neutros (40%), pero muy inferior para el rol de víctimas (3%) y agresores (2.8%). Comparado con nuestro estudio estos resultados demostraron una frecuencia mayor de niñas implicadas como víctimas y como agresoras, estas diferencias podrían explicarse a que el

estudio finlandés uso la técnica de multa informante para categorizar los roles de acoso y se sabe que esto aumenta la detección de participantes en el acoso. Sin embargo no explica la baja participación de los varones comparados con las niñas. La mayoría de los estudios reportan un mayor porcentaje de niñas implicadas como víctimas que como agresoras y semejante a la proporción reportada en varones^{21, 22, 23,24}.

Esto puede deberse a que los participantes fueron niños de 8 años reportando mayor número de víctimas en ambos sexos y al aproximarse la adolescencia se observa un predominio de bully – víctimas consistente con estudios previos^{21,22,23,24}. En relación a la psicopatología encontramos que comparadas con el grupo de neutras, las víctimas- agresoras tuvieron casi 3 veces más síntomas afectivos de depresión, semejante a lo reportado en otros estudios^{25, 26}.

Ha thi Hai Le y colaboradores, en 2016, reportó que comparadas con los varones, las adolescentes del sexo femenino víctimas y víctimas-agresoras expuestas a agresividad constante reportaron más ansiedad, depresión e ideación suicida.

Es importante destacar que las participantes tuvieron una edad promedio de 14 (DE 1.9) y para investigar la depresión se usó el CES-D y el Kessler Psychological Distress Scale (K-10) para evaluar la psicopatología (ansiedad e ideación suicida)¹⁹.

Sin embargo se sabe que los síntomas depresivos en adolescentes mexicanas comparados con los varones son más frecuentes y tienden a continuar después de la adolescencia, como han informado Benjet y colaboradores por lo que este resultado debe interpretarse con cautela²⁷.

Diversos estudios han analizado la asociación entre las víctimas de acoso escolar con el riesgo suicida, intento suicida y suicidio consumado. Klomek y colaboradores

observaron que las niñas victimizadas frecuentemente tuvieron más intentos suicidas y suicidios consumados con respecto al grupo de neutros¹⁹.

Una cohorte prospectiva en Finlandia que estudió la asociación de acoso escolar y psicopatología de los 8 a los 18 años reportó que las niñas víctimas-agresoras tuvieron mayor riesgo de síntomas depresivos OR 4.3 (odds ratio), pero esta asociación disminuye en la adolescencia pasando de RM 2.8 (IC 95%, 2.2-3.6) a RM 0.5 (IC95%, 0.3-0.9)²⁸.

Otra cohorte prospectiva (N=1420) en Estados Unidos donde el 40% fueron niñas de 9 años encontró más depresión y consumo de marihuana y suicidio en la edad adulta de las víctimas (solo sexo femenino) (3.1 (0.9-10) p 0.06)²⁹.

En relación a los síntomas somáticos en nuestro estudio se encontró que comparado con el grupo neutro el grupo de víctimas- agresoras tuvo una RM 2 (IC 95%, 1-4), este resultado es igual que el estudio de cohorte longitudinal con adolescentes de 13 a 15 años escocesas cuyo grupo de víctimas- agresoras reportó más quejas somáticas comparadas con el grupo neutro²⁹.

Este resultado en parte puede deberse a que la expresión de quejas somáticas a lo largo del desarrollo tiende a aumentar en las adolescentes del sexo femenino comparadas con los varones cuya frecuencia tiende a disminuir como lo demuestran algunos estudios donde se utilizó el CBCL como instrumento de detección de síntomas somáticos^{30,31,32,33,34,35,36}.

Cabe mencionar que a diferencia de nuestro estudio en el estudio escocés solo se identificó a los adolescentes víctimas de bullying y no expuestos y no se identificaron grupos de víctimas – agresores, agresores puros y neutros.

Otro estudio transversal en Estados Unidos de 70 participantes donde el 55 % eran mujeres investigó la asociación entre victimización y problemas de salud mental

encontrando que las niñas víctimas de acoso escolar tuvieron más quejas somáticas con un análisis de MANOVAs $\Lambda = .41$, $F(9,65) = 3.20$, $p = .003$.

Las niñas y adolescentes que son víctimas o víctimas-agresoras suelen presentar más síntomas somáticos que los varones y agresores puros³⁷.

En nuestro estudio se encontró que las víctimas agresoras obtuvieron puntajes de RM 4.1 (IC 95% 1.8-9.2) y en trastorno por déficit de atención e hiperactividad (DSM) RM 3.3 (IC 95% 1.5-7). En el grupo de agresoras atención RM 5.7 (IC 95% 1.7-18) y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (DSM) RM 7 (IC 95% 2.3-21.2) y en el grupo de víctimas atención RM 5.2 (IC 95% 2.3-11) y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (DSM) RM 2.6 (IC 95% 1.2-5.9).

Sciberras y colaboradores, estudió el acoso escolar y su asociación con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el trastorno oposicionista desafiante encontrando que las adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad fueron más expuestas a victimización (acoso relacional) que las adolescentes controles obteniendo puntajes en el CBCL por padres- ($X^2 = 13.55$; $P = 0.01$) y auto-reporte ($X^2 = 3.74$; $p = 0.05$). El TDAH estuvo más correlacionado con la victimización relacional reportada por los padres ($\phi = 0.41$, $P = 0.03$), lo que es consistente con nuestro estudio en el sexo femenino para el grupo de víctimas. A pesar de que el estudio de Sciberras se realizó con población exclusivamente del sexo femenino únicamente investigó la psicopatología en las víctimas³⁸.

En nuestro estudio se encontró que el grupo de víctimas agresoras tenían quebranto de reglas RM 2.3 (IC 95% 2.8-12.3), oposicionista RM 2.8 (IC 95% 1.3-6.1) y conducta RM 3.4 (IC 95% 1.7-6.8). En el grupo de agresoras obtuvo puntaje de quebranto de reglas RM 7.5 (IC 95% 2.4-22.9), oposicionista RM 4.2 (IC 95% 1.3-13.1) y conducta RM 7.8 (IC 95% 2.6-23.6). El grupo de víctimas obtuvo puntajes de quebranto de reglas RM 2.8 (IC 95% 1.2-6), oposicionista RM 3.2 (IC 95% 1.4-5) y conducta RM 2.1 (IC 95% 1.4-7). Kelly et al en su estudio australiano reportó

una asociación entre los trastornos de conducta y síntomas de hiperactividad en las víctimas(n=284) RM 2.2 (IC 95%1.6-3.1), agresores(n=39) RM 3.3 (IC 95% 1.6- 6.7) y víctimas- agresores(n=82) RM 7.1 (IC 95% 4.4-11.4), que es similar a las asociaciones en nuestro estudio pero cabe mencionar que en el estudio australiano fue una muestra de ambos sexos. No se encontraron diferencias con respecto a la diferencia de los sexos para la distribución de psicopatología externalizada¹³.

Los resultados de este estudio plantean la necesidad de hacer más investigaciones sobre el acoso escolar en niñas y adolescentes debido a que es un fenómeno frecuente que se asocia a psicopatología en la infancia y adolescencia. La detección oportuna y prevención permitiría introducir estrategias de intervención que mejorarían la calidad de vida de todas las implicadas en el acoso escolar, además permitiría explorar otras formas de acoso escolar asociadas al sexo femenino como es el ciber acoso, que registra un incremento en los últimos años por el fácil acceso que los jóvenes tienen a la tecnología y redes sociales^{39, 40}.

Debido a los efectos deletéreos del acoso escolar sobre la salud mental en el corto y largo plazo se requieren estrategias preventivas de colaboración entre padres, maestros, psicólogos y psiquiatras infantiles. Los casos deben referirse a servicios de salud mental para atender la psicopatología y minimizar los efectos negativos a largo plazo como son la disminución del rendimiento académico, dificultades en la socialización, depresión y suicidio de las víctimas. Los agresores manifiestan comportamientos violentos, consumo de sustancias y conductas delictivas en la edad adulta. El grupo de víctimas-agresores se encontró una fuerte asociación a trastornos internalizados (depresión y ansiedad), así como trastornos externalizados (trastorno por déficit de atención e hiperactividad, agresividad, oposicionismo y problemas de conducta). Las niñas y adolescentes involucradas en el acoso escolar también son vulnerables a desarrollar un trastorno psiquiátrico que disminuya la calidad de vida y funcionalidad, por lo anterior es importante realizar estudios que expongan esta problemática y hacer campañas para detección de acoso escolar en la escuelas con un equipo multidisciplinario.

CONCLUSIONES

1. El acoso escolar se asoció con trastornos psiquiátricos en todas las implicadas, de las cuales las que ejercían el rol víctima-agresoras mostraron mayores puntajes de psicopatología: totales, social y quebranto de reglas; y en los trastornos del DSM: ansiedad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y conducta.
2. El grupo agresor tuvo un riesgo aumentado para: atención, social y quebranto de reglas; y en los trastornos del DSM: afectivos, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y conducta.
3. En el grupo de víctimas tuvo un riesgo aumentado para quebranto de reglas, social y atención; en los trastornos del DSM: ansiedad, trastorno por déficit de atención y oposicionista.
4. La muestra de niñas y adolescentes mexicanas representa una asociación entre el acoso escolar y trastornos internalizados y externalizados.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

No permite establecer relaciones causales entre las variables por el tipo de estudio. No permite calcular incidencia o prevalencia debido a la conformación de la muestra. Es importante realizar estudios con instrumentos que puedan detectar de manera más específica los tipos de acoso escolar que ocurren en el sexo femenino, así como estudiar el rol que juega el ciber acoso en las niñas y adolescentes mexicanas con psicopatología. El acoso escolar requiere de atención y medidas preventivas para el desarrollo de trastornos psiquiátricos por su asociación en niñas y adolescentes a trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastornos de conducta, ansiedad, problemas psicosomáticos, depresión, conductas suicidas y suicidio.

REFERENCIAS

1. Sullivan, K. *The Anti-Bullying Handbook*. 2nd Ed. New York: Oxford University Press. (2000).
2. Chester KL, Callaghan M, Cosma A, Donnelly P, Craig W, Walsh S, Molcho M. Cross-national time trends in bullying victimization in 33 countries among children aged 11, 13 and 15 from 2002 to 2010. *Eur J Public Health*. 2015 Apr; 25 Suppl 2:61-4. doi: 10.1093/eurpub/ckv029. PubMed PMID: 25805790.
3. Albores-Gallo L, Saucedo-García JM, Ruiz-Velasco S, Roque-Santiago E. Bullying and its association with psychiatric disorders in Mexican students sample. *Salud Pública Mex*. 2011 May-Jun; 53(3):220-7. PubMed PMID: 21829887.
4. Vaughn MG, Fu Q, Bender K, DeLisi M, Beaver KM, Perron BE, Howard MO. Psychiatric correlates of bullying in the United States: findings from a national sample. *Psychiatr Q*. 2010 Sep; 81(3):183-95. doi: 10.1007/s11126-010-9128-0. PubMed PMID: 20177967.
5. Craig W, Harel-Fisch Y, Fogel-Grinvald H, Dostaler S, Hetland J, Simons-Morton B, Molcho M, de Mato MG, Overpeck M, Due P, Pickett W; HBSC Violence & Injuries Prevention Focus Group; HBSC Bullying Writing Group.. A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries. *Int J Public Health*. 2009 Sep; 54 Suppl 2:216-24.
6. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 [Internet]. México. Octubre, 2012. <http://ensanut.insp.mx/>.
7. Marín-Martínez, Adriana, & Reidl Martínez, Lucy María. Validación psicométrica del cuestionario "Así nos llevamos en la escuela" para evaluar el hostigamiento escolar (bullying) en primarias. *Revista mexicana de investigación educativa*. 2013. 18 (56), 11-36.
8. Joffre-Velázquez Víctor Manuel, García-Maldonado Gerardo, Saldívar-González Atenógenes H., Martínez-Perales Gerardo, Lin-Ochoa Dolores, Quintanar-Martínez Sandra et al. Bullying en alumnos de secundaria. Características generales y factores asociados al riesgo. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex*. [revista en Internet]. 2011 Jun [citado 2016 Nov 23]; 68(3): 193-202.

9. Salmivalli, C. and Kaukiainen, A. (2004), "Female aggression" revisited: Variable- and person-centered approaches to studying gender differences in different types of aggression. *Aggr. Behav.*, 30: 158–163. doi:10.1002/ab.20012.
10. Kim JH, Kim JY, Kim SS. School Violence, Depressive Symptoms, and Help-seeking Behavior: A Gender-stratified Analysis of Biethnic Adolescents in South Korea. *J Prev Med Public Health*. 2016 Jan; 49(1):61-8.
11. Sourander A, Gyllenberg D, Brunstein Klomek A, Sillanmäki L, Ilola AM, Kumpulainen K. Association of Bullying Behavior at 8 Years of Age and Use of Specialized Services for Psychiatric Disorders by 29 Years of Age. *JAMA Psychiatry*. 2016 Feb; 73(2):159-65.
12. Alavi N, Roberts N, Sutton C, Axas N, Repetti L. Bullying Victimization (Being Bullied) Among Adolescents Referred for Urgent Psychiatric Consultation: Prevalence and Association With Suicidality. *Can J Psychiatry*. 2015 Oct; 60(10):427-31. PubMed PMID: 26720189.
13. Kelly EV, Newton NC, Stapinski LA, Slade T, Barrett EL, Conrod PJ, Teesson M. Suicidality, internalizing problems and externalizing problems among adolescent bullies, victims and bully-victims. *Prev Med*. 2015 Apr;73: 100-5.
14. Hamilton LD, Newman ML, Delville CL, Delville Y. Physiological stress response of young adults exposed to bullying during adolescence. *Physiol Behav*. 2008 Dec15;95(5):617-24. doi: 10.1016/j.physbeh.2008.09.001.
15. Romero C, Benjamín, Validación de la escala V.E.A. para la valoración del acoso escolar en adolescentes. 2017.
16. Sanabria D, Edith, Validación de la escala V.E.A. para la valoración escolar del acoso bullying en niños .Tesis que para obtener el grado de Especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.2011.
17. Achenbach T. Manual for the Child Behavior Checklist 4-18 and 1991 Profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry, 1991.
18. Albores-Gallo L, Lara-Muñoz C, Esperón-Vargas C, Cárdenas Zetina JA, Pérez Soriano AM, Villanueva Colin G. Validity and reability of the CBCL/6-18. Includes DSM scales. *Actas Esp Psiquiatr*. 2007 Nov-Dec; 35(6):393-9. PubMed PMID: 18004676.

19. Le HT, Nguyen HT, Campbell MA, Gattton ML, Tran NT, Dunne MP. Longitudinal associations between bullying and mental health among adolescents in Vietnam. *Int J Public Health*. 2017 Feb; 62(Suppl 1):51-61.
20. Ilola AM, Sourander A. Bullying and victimization among 8-year-old children: a 16-year population-based time-trend study. *Nord J Psychiatry*. 2013 Jun;67(3):171-6.
21. Niemelä S, Brunstein-Klomek A, Sillanmäki L, et al. Childhood bullying behaviors at age eight and substance use at age 18 among males. A nationwide prospective study. *Addict Behav* 2011;36: 256–60.
22. Farrington DP, Ttofi MM. Bullying as a predictor of off ending, violence and later life outcomes. *Crim Behav Ment Health* 2011; 21: 90–98.55.
23. Haavisto A, Sourander A, Multimäki P, et al. Factors associated with depressive symptoms among 18-year-old boys: a prospective 10-year follow-up study. *J Aff ect Disord* 2004; 83: 143–54.
24. Guo L, Hong L, Gao X, Zhou J, Lu C, Zhang WH. Associations between depression risk, bullying and current smoking among Chinese adolescents: Modulated by gender. *Psychiatry Res*. 2016 Mar 30; 237:282-9.
25. Kim JH, Kim JY, Kim SS. School Violence, Depressive Symptoms, and Help-seeking Behavior: A Gender-stratified Analysis of Biethnic Adolescents in South Korea. *J Prev Med Public Health*. 2016 Jan;49(1):61-8.
26. Benjet C, Borges G, Medina-Mora M, Fleiz-Bautista C, Zambra-no-Ruiz J. Early onset depression: prevalence, course, and treat-ment latency. *Salud Pública Mex* 2004;46:417-24.
27. Santalahti P, Sourander A, Aromaa M, Helenius H, Ikäheimo K, Piha J. Victimization and bullying among 8-year-old Finnish children: a 10-year comparison of rates. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008 Dec;17(8):463-72.
28. Copeland WE, Wolke D, Angold A, Costello EJ. Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *JAMA Psychiatry* 2013; 70: 419–26.

29. Cosma A, Whitehead R, Neville F, Currie D, Inchley J. Trends in bullying victimization in Scottish adolescents 1994-2014: changing associations with mental well-being. *Int J Public Health*. 2017 Mar 15.
30. Carter A, Grigorenko E, Pauls D. A Russian Adaptation of the child behavior checklist: psychometric properties and associations with child and maternal affective symptomatology and family functioning. *J Abnorm Child Psychology* 1995;23:661-84.
31. Slobodskaya H. Competence, emotional and behavioral problems in Russian adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1999;8:173-80.
32. Liu X, Kurita H, Guo C, Miyake Y, Ze J, Cao H. Prevalence and Risk factors of behavioral and emotional problems among Chinese children aged 6 through 11 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38;708 15.
33. Yang H, Soong W, Chiangs C, Chen W. Competence and behavioral/emotional problems among Yaiwanese adolescents as reported by parents and teachers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:232-9.
34. Zukauskiene R, Ignataviciene K, Daukantaite D. Subscales scores of the Lithuanian version of CBCL-preliminary data on the emotional and behavioural problems in childhood and adolescence. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2003;12:136-43.
35. Friggerio A, Cattaneo C, Cataldo M, Schiatti A, Molteni M, Battaglia M. Behavioral and Emotional Problems among Italian Children and Adolescents Aged 4 to 18 Years as reported by Parents and Teachers. *Eur J Psycholo Assesst* 2004;20:124-33.
36. Thorley G. Factor study of a psychiatric rating scale: based on rating made by clinicians on child and adolescent clinic attenders. *Br J Psychiatry* 1987;150:49-59.
37. Biebl SJ, Dilalla LF, Davis EK, Lynch KA, Shinn SO. Longitudinal associations among peer victimization and physical and mental health problems. *J Pediatr Psychol*. 2011; 36 (8):868–877.

38. Sciberras E, Ohan J, Anderson V. Bullying and peer victimisation in adolescent girls with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2012 Apr;43(2):254-70.
39. Calvete E, Orue I, Estévez A, Villardón L, Padilla P. Cyberbullying in adolescents: modalities and aggressors' profile. *Comp Hum Behav.* 2010; 26(5):1128–35.
40. Lenhardt A, Purcell K, Smith A, Zickuhr K. Social media & mobile internet use among teens and young adults; 2010.

ANEXOS

Anexo 1. Aprobación por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", para el proyecto general.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales
de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
Servicios de Atención Psiquiátrica
Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"
División de Investigación

Oficio: DI/CI/907/0714
México, DF, a 28 de julio de 2014

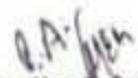
Dra. Lilia Albores Gallo
Investigadora
Presente

Por medio de la presente, me dirijo a usted para informarle que el protocolo: "El acoso escolar bullying y su asociación con la presencia de rasgos de insensibilidad emocional" IT2/18/1211, tendrá a partir del día de hoy, la siguiente clave de registro ante este comité: **RI1/01/0714**, en virtud de que este proyecto inició como la tesis de especialidad de Yariela Delgadillo bajo su supervisión, diseño y elaboración y de la misma se han derivado las siguientes tesis:

- Psicopatología en la subcategorización de roles en el acoso escolar.
Mariela C. Mejía López (IT2/18/1211/Tb)
- Validación del VEA (Valoración escolar de acoso versión adolescentes).
María Guadalupe Niño Díaz (IT2/18/1211/Tc)
- Ciber-bullying y su asociación con psicopatología.
Víctor Manuel Noguera Navas (IT2/18/1211/Td)
- Viraje de bully a víctima y viceversa en T1-T2 y T2-T1.
Luis Arturo Quijano Romero (IT2/18/1211/Te)

Sin más por el momento, envío a usted un cordial saludo

Atentamente


Dra. Alma Gertrudis Mendoza
Presidente del Comité de Investigación
Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"



Anexo 2. Aprobación por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, para el proyecto general y actual.



Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
Servicios de Atención Psiquiátrica
Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro

Oficio: DI/CI/969/1216
Asunto: Registro de tesis derivada
México, D.F., a 5 Diciembre de 2016

Dra. Lilia Albores Gallo
Investigador responsable
Presente

Relacionado con el proyecto a su cargo y que se especifica a continuación:

Proyecto: El acoso escolar Bullying y su asociación con la presencia de rasgos de insensibilidad emocional en una muestra de escolares en México
No. de registro: **II1010714**
Aprobación CI: 5 diciembre 2011

Se informa que el proyecto que se especifica se registró en esta división como proyecto de tesis **DERIVADO**

Título Caracterización del acoso escolar en niñas y adolescentes mexicanas de la comunidad
No. Registro: **II1010714/Tg**
Tesis de: **Especialidad en Psiquiatría infantil y del adolescente.**
Tesista: **Isela Saldaña Turrubiarres**

Se notifican las siguientes obligaciones que adquieren el investigador y el tesista:

- Deberá entregar cada 6 meses (mayo y noviembre) a través del tesista asignado, un informe de los avances del proyecto derivado durante la primera semana del mes de Mayo en la página <https://sites.google.com/site/hpicomisioninvestigacion> del año en curso, así como envío de pdf's de los productos generados (presentaciones en congresos, etc.).
- En este informe deberá identificar el número de expediente clínico del paciente (si es nueva recolección por enmienda o por proyecto nuevo) y asegurarse de la existencia en el expediente del HPI de la copia del consentimiento informado y la nota de investigación respectiva.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente


Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo
Jefa de la División de Investigación

Ccp. Registro de productividad
Archivo

Av. San Buenaventura 80 - Cal Belisario Domínguez - Del. Tlalpan C.P. 14080 México DF
5573-2855 5573-4866 5573-4844 dora.perez@salud.gob.mx www.salud.gob.mx

Anexo 3. Carta de aprobación por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, para el proyecto general.

Comisión Nacional de Institutos de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
Servicios de Atención Psiquiátrica
Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”


SECRETARÍA DE SALUD
SALUD

No. de oficio: CEI/118
Asunto: Dictamen de aprobación.

México, D.F. a 30 de enero de 2012

DRA YARIELA DELGADILLO GONZALEZ
RESIDENTE DE PRIMER AÑO DE LA ESPECIALIDAD
EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA

Comunico a usted que el Comité de Ética en Investigación, ha evaluado el protocolo titulado: *“El acoso escolar y su asociación con la presencia de Rasgos de Insensibilidad Emocional en una muestra de escolares en México”*, proyecto de tesis para obtener el diploma de la Especialidad en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, con clave en el hospital IT2/18/1211, presentado por usted a este Comité, como la investigación de tesis para obtener el diploma en la especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, apareciendo como asesor teórico y metodológico la Dra. Lilia Albores Gallo.

El Comité de Ética en Investigación decide dar al protocolo el carácter de **aprobado**.

Tengo a bien recordarle que debe cumplir con la obligación de notificar a este comité sobre todo evento que reestructure las condiciones éticas del proyecto, de comunicar el inicio del reclutamiento y la finalización del estudio, y de entregar por escrito un informe final. Los compromisos con el hospital incluyen la imprescindible devolución de los resultados a los participantes en el protocolo como sujetos de estudio.

Atentamente



PSIC. VERÓNICA PÉREZ BARRÓN
PRESIDENTE DEL COMITÉ
DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN



Ccp. Dra. Ana María Pérez Soriano - Subdirectora Subdirectora de Consulta Externa y de Admisión del Hospital
L. F. O. Lucía Arciniega Buenrostro - Secretaria de la Comisión de Investigación.
Dra. Lilia Albores Gallo - Asesor Teórico y Metodológico
Archivo del Comité de Ética en Investigación.

Anexo 4. Carta de aprobación por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, para el proyecto derivado.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Comité de Ética en Investigación

29/05/2017
Oficio no. 21

Dra. Isela Saldaña Turrubiarres
Tesisista

Por medio de la presente hago constar que he recibido la carta compromiso para el manejo ético de los datos derivados del proyecto de tesis: **“Caracterización de acoso escolar en niñas y adolescentes mexicanas de la comunidad”**.

Por lo que se extiende una carta de conformidad del cumplimiento de los lineamientos éticos, en el desarrollo de su proyecto de tesis.



Atte.

Dr. Julio César Flores Lázaro
Presidente del Comité de Ética en Investigación

Anexo 5. Test de evaluación del acoso escolar “Bullying” para niños y adolescentes.

TEST DE EVALUACIÓN DEL ACOSO ESCOLAR “BULLYING” PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino

Nº. Lista _____

Escuela: _____ Grado: _____ Fecha de aplicación: ____/____/____

Las siguientes preguntas ayudarán a tu profesor(a) o entender mejor el ambiente social que te rodea, y detectar el acoso escolar “Bullying”, que se define como un tipo específico de agresión que: 1) tiene como objeto la exclusión o el aislamiento social de la víctima y 2) cuya frecuencia es repetitiva en el tiempo y 3) es comin en desequilibrio de poder (cuando una persona o grupo más poderoso ataca u otro(a) menos poderoso).

Responde seleccionando **COMO MAXIMO A TRES COMPAÑEROS /AS** de tu clase que mejor se ajusten a cada pregunta. **ESCRIBE SUS NUMEROS DE LISTA NO ESCRIBAS NOMBRES**. Recuerda que tus respuestas son **CONFIDENCIALES**

I. Acciones	Escribe el número de lista en los cuadros de abajo
1. ¿Selecciona a 3 compañeros (as) para alguna actividad escolar, o de juego?	
2. ¿Selecciona a 3 compañeros (as) que NO elegirías para actividades escolares, o de juego?	
3. ¿Quién te elegirían a ti para actividades escolares o de juego?	
4. ¿Quién NO te elegirían a ti para actividades escolares o de juego?	
5. Si alguno de los compañeros/as que elegiste en las preguntas anteriores (1 a 4) te diera una orden ¿a quien obedecerías MÁS ? <u> </u> (Escribe sólo uno)	
6. ¿Elije a tres compañeros(as) de nombre como que realicen las siguientes acciones:	Escribe el número de lista en los cuadros de abajo
A) Pegarte, pellizcarte, empujarte, jalarte el cabello, pegarte chicles a otros, hacerte objetos, llevarte el pie, dañarte, esconderte o robar el material escolar o las pertenencias de otros.	
B) Insultarte, maltratar, amenazar, poner apodos, se burlan de los demás y/o hacen gestos groseros a otros.	
C) Espiar o contar chismes, inventar mentiras de otros compañeros, hacer notas o dibujos ofensivos acerca de ti, imitarlos al jugar, o fiestas, o a participar en actividades deportivas, los ignoran o les hacen la “ley del hielo”	
7. ¿A ti te han hecho algunas de las siguientes acciones? NO () SI () SUBRAYA LA CONDUCTA . Puedes identificar más de una opción.	
A) Pegarte, pellizcarte, empujarte, jalarte el cabello, tomarte video para mostrárselo a los demás, pegarte chicles, averte objetos, meterte el pie, dañarte, esconderte o robar el material escolar o las pertenencias.	
B) Insultarte, maltratar, amenazar, poner apodos, burlarse de ti y/o hacerle gestos groseros.	
C) Espiar o contar chismes, inventar mentiras, hacer notas o dibujos ofensivos acerca de ti, imitarle no imitándole o jugar, o fiestas, o participar en actividades deportivas, te ignoran o te hacen la “ley del hielo”	
8. ¿Tú has hecho algunas las siguientes acciones? NO () SI () SUBRAYA LA CONDUCTA . Puedes identificar más de una opción.	
A) Pegar, pellizcar, jalar el cabello, tomar video de los compañeros para mostrárselo a los demás, pegar chicles, inventar objetos meter el pie, dañarte, esconderte o robar el material escolar o las pertenencias de otros.	
B) Insultar, maltratar, amenazar, poner apodos, burlarse de los demás y/o hacer gestos groseros a otros.	

C) Esparcir o contar chismes, inventar mentiras, hacer dibujos ofensivos acerca de otros. Aislar a otros no invitándolos a jugar, a fiestas, a participar en actividades deportivas, ignorándolos o haciéndoles "la ley del hielo"

9. Quien de tus compañeros(as) ORDENA A OTROS acciones como:	Escribe el número de lista en los cuadros de abajo	
A) Pegar, pellizcar, jalar el cabello, tomar video de tus compañeros para mostrárselo a los demás, pegar chicles, aventar objetos, meter el pie, dañar, esconder o robar el material escolar o las pertenencias de otros		
B) Insultar, maltratar, amenazar, pinchar apodos, burlarse de los demás y/o hacer gestos groseros a otros.		
C) Esparcir o contar chismes, inventar mentiras, hacer dibujos ofensivos acerca de otros. Aislar a otros no invitándolos a jugar, a fiestas, a participar en actividades deportivas, ignorándolos o haciéndoles "la ley del hielo"		

10. Quien de tus compañeros(as) OBEDICE A OTROS para realizar acciones como:	Escribe el número de lista en los cuadros de abajo	
A) Pegar, pellizcar, jalar el cabello, tomar video de tus compañeros para mostrárselo a los demás, pegar chicles, aventar objetos, meter el pie, dañar, esconder o robar el material escolar o las pertenencias de otros		
B) Insultar, maltratar, amenazar, pinchar apodos, burlarse de los demás y/o hacer gestos groseros a otros.		
C) Esparcir o contar chismes, inventar mentiras, hacer dibujos ofensivos acerca de otros. Aislar a otros no invitándolos a jugar, a fiestas, a participar en actividades deportivas, ignorándolos o haciéndoles "la ley del hielo"		
11. Elige a tres compañeros(as) de ambos sexos que agreden a los demás por internet		
12. Elige a tres compañeros(as) de ambos sexos que fueron agredidos/as por internet		
13. ¿A ti te han agredido por internet? Pon una X para identificar tu respuesta.	si	no
14. ¿Tu has agredido a alguien por internet? Pon una X para identificar tu respuesta	si	no
15. Elige a tres compañeros(as) de ambos sexos que agreden a los demás por teléfono (realizan llamadas, mensajes de texto, distribuyen fotos o videos ofensivos)	Escribe el número de lista en los cuadros de abajo	
16. Elige a tres compañeros(as) de ambos sexos que fueron agredidos/as por teléfono (reciben llamadas, mensajes de texto, sus fotos o videos en línea fueron distribuidos)		
17. ¿A ti te han agredido por teléfono? Pon una X para identificar tu respuesta	si	no
18. ¿Tu has agredido a alguien por teléfono? Pon una X para identificar tu respuesta	si	no
19. ¿Elige 3 compañeros(as) de ambos sexos que fueron agredidos/as inicialmente y después ellos agredieron a otros compañeros(as)?		
20. ¿Elige 3 compañeros(as) de ambos sexos que agredieron primero y después fueron agredidos/as por otros/as compañeros(as)?		

II. Ahora señala la respuesta más adecuada	Descenso o recreo	Salón de clases	Patio	Pasillos	Autos	Clase de deportes	Otros
21. ¿Dónde suelen ocurrir las agresiones?							
III. Ahora señala sólo UNA respuesta para las siguientes preguntas:				Diario	1-2 veces por semana	Rara vez	Nunca
22. ¿Qué tan seguido ocurren las agresiones en las últimas 3 meses?							
IV. Frecuencia y gravedad de las conductas				Poco o nada	Regular	Bastante	Mucha
23. ¿Crees que estas situaciones son graves?							
24. ¿Te asustas alguna/a en la escuela?							

Anexo 6. Certificado de curso de capacitación “Protección de los participantes de la investigación” de los Institutos Nacionales de Salud (NIH).

