



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
Division de Estudios de Posgrado

SECRETARIA DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
Luis Guillermo Ibarra Ibarra

**INCIDENCIA DE ACOSO ESCOLAR EN POBLACIÓN
VULNERABLE: PACIENTES CON DISLEXIA EN EL INSTITUTO
NACIONAL DE REHABILITACIÓN.**

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE MÉDICO ESPECIALISTA EN:
AUDIOLOGÍA, OTONEUROLOGÍA Y FONIATRÍA

P R E S E N T A:

DRA. CAROLINA DANIELA TEJEDA FRANCO

Profesor titular:

DRA. XOCHQUETZAL HERNANDEZ LÓPEZ

Asesores:

DRA. ILEANA DEL SOCORRO GUTIÉRREZ FARFÁN

DR. ALFREDO DURAND RIVERA



Ciudad de México, 2016



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.

DRA. MATILDE L. ENRIQUEZ SANDOVAL
DIRECTORA DE EDUCACION EN SALUD

DRA. XOCHIQUETZAL HERNANDEZ LÓPEZ
SUBDIRECTORA DE EDUCACIÓN MÉDICA
PROFESOR TITULAR

DR. ALBERTO UGALDE REYES RETANA
JEFE DE SERVICIO DE EDUCACIÓN MÉDICA



DRA. ILEANA DEL SOCORRO GUTIÉRREZ FARFÁN
ASESOR CLÍNICO



DR. ALFREDO DURAND RIVERA
ASESOR METODOLÒGICO

Investigador Principal:

Dra. Carolina Daniela Tejada Franco

Médico Residentes de la especialidad en Audiología, Otoneurología y Foniatría.

Asesor clínico:

Dra. Ileana del Socorro Gutiérrez Farfán

Médico especialista, adscrito al servicio de Audiología del Instituto Nacional de Rehabilitación.

Asesor metodológico:

Dr. Alfredo Durand Rivera

Investigador en ciencias médicas en el laboratorio de Neurociencias del Instituto Nacional de Rehabilitación.

SEDE

Servicio de Audiología, Otoneurología y Foniatría del Instituto Nacional de Rehabilitación.

INDICE

I RESUMEN	1
II INTRODUCCION	2
CAPÍTULO 1. BULLYING	4
1.1 DEFINICIÓN DE VIOLENCIA ESCOLAR Y BULLYING	5
1.2 HISTORIA SOBRE EL ACOSO ESCOLAR.	5
1.3 ACERCA DE LA DISCRIMINACIÓN	10
1.4 DISCAPACIDAD Y ACOSO ESCOLAR	11
CAPÍTULO 2. TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE.	13
2.1 CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE	15
2.2 LA DISLEXIA COMO GRUPO VULNERABLE	19
CAPÍTULO 3. CUANTIFICACIÓN DEL ACOSO ESCOLAR O BULLYING	21
III PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
IV JUSTIFICACION	23
V HIPÓTESIS	24
VI OBJETIVO GENERAL	24
VII MATERIAL Y MÉTODOS	25
7.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.	25
7.2 DESCRIPCIÓN DEL UNIVERSO DE TRABAJO	25
7.3 TAMAÑO DE MUESTRA	26
7.4 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO Y SUS ESCALAS DE MEDICIÓN.	27
7.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO PROPUESTO	28
VIII RESULTADOS	29
IX DISCUSIÓN	35
X CONCLUSIONES	38

XI CONSIDERACIONES ÉTICAS	39
XII. ANEXOS.	40
12.1 AUTOTEST CISNEROS	40
12.2 ESCALAS	41
12.3 TABLA DE CALIFICACIÓN	41
12.4 GRÁFICA DE ACOSO ESCOLAR GLOBAL	42
12.5 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	43
12.6 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN	44
XIII ÍNDICE DE TABLAS	46
XIV REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	47

I RESUMEN

Hoy en día el tema del acoso escolar o bulliying es un problema de salud pública ya que ha sometido a gran parte de la población a situaciones de estrés, ansiedad e incluso la muerte. Un grupo poblacional muy afectado es el de los escolares, ya que si bien muchos de ellos son sujeto de maltrato aun sin discapacidades, los pacientes que cuentan con una dificultad cognitiva corren aún más riesgo de sufrir acoso escolar. El objetivo de realizar esta estadística epidemiológica es ver el porcentaje de pacientes con diagnóstico de Dislexia (Trastorno Específico del Aprendizaje DSM-V) que son sometidos a ambientes hostiles escolares secundario al problema de aprendizaje que padecen.

II INTRODUCCION

Actualmente a nivel mundial se vive una situación de violencia constante en todos los ambientes sociales, desde los núcleos familiares hasta los ambientes laborales, dicha situación no es nueva para la sociedad, sin embargo se está viendo dañado un grupo estratégico, el cual es fundamental para la formación de futuras sociedades estables, prósperas y pacíficas.

Para últimas fechas, la situación de la población infantil ha tomado relevancia, en cuanto a la violencia que se vive en las aulas escolares. La convivencia escolar tiene una gran influencia tanto en el aprendizaje académico como en el desarrollo social del alumnado. La buena relación entre los estudiantes, favorece el buen clima de trabajo en aula, fomentando la implicación, participación activa, colaboración y por consiguiente el aprendizaje; así mismo un clima cordial y de ayuda mutua favorece la integración social, el desarrollo de actitudes, habilidades pro-sociales y una adecuada autoestima en el alumnado. Si bien, todas estas situaciones en ocasiones se llegan a ver dañadas por actos de violencia, entendiendo como violencia la conducta intencionada con la que se causa un daño o perjuicio, la cual se puede manifestar de múltiples formas. (1)

En los últimos años en México ha aumentado la difusión de casos de bullying, cifras que alarman a la sociedad, el cual se ha convertido en un problema de salud pública por todas las implicaciones sociales y emocionales que ha traído consigo. (2)

Aunado a esto, en múltiples estudios se han observado poblaciones vulnerables o propensas a sufrir violencia. Una de las más propensas es la población infantil que padece algún tipo de discapacidad o alteración en funciones básicas. Los resultados de la Encuesta Mundial de Salud indica que la prevalencia de la discapacidad es mayor en los países de ingresos bajos que en los países de ingresos más elevados. Las poblaciones con mayor riesgo de presentar discapacidad son personas de estrato socioeconómico y cultural bajo, mujeres, niños y ancianos. Los datos de las encuestas a base de indicadores múltiples en países seleccionados ponen de manifiesto que los niños de las familias más

pobres y los que pertenecen a grupos étnicos minoritarios presentan un riesgo significativamente mayor de discapacidad que los demás niños (3).

La discapacidad condiciona barreras, ya sea de índole funcional o intelectual, dificultando la participación activa en los ambientes sociales, haciendo más difícil su integración plena a la sociedad hostil que se enfrentan.

Un problema que se observa en las aulas escolares son los trastornos del aprendizaje, siendo el más común la dislexia, la cual se define como una dificultad significativa y persistente que afecta las habilidades lingüísticas asociadas a la lectura y a la escritura, especialmente a la discriminación fonológica, la memoria a corto plazo, la decodificación, la secuencia fonológica y la percepción de los rasgos de las letras. Se manifiesta como una dificultad de la automatización de la lectura, problemas con la ortografía y también con el cálculo aritmético, sin embargo los niños poseen una inteligencia y entorno socio-educativo normal. (4)

Al no contar con todas estas habilidades, dicha población adquiere los conocimientos a una velocidad menor que el resto de los niños “normales”, por lo cual corren el riesgo de adjudicarse estereotipos ofensivos o siendo blanco de actos denigrantes viendo perjudicado su desarrollo social.

Existen diversas herramientas para la detección del acoso escolar, con múltiples y diversos resultados, algunas dirigidas hacia estudiantes, profesores o padres de familia.

En nuestro caso utilizamos el test cisneros ya que es una herramienta con ítems compuestos de preguntas y respuestas cerradas.



Ilustración 1. Bullying o acoso escolar

El tema de la violencia escolar se ha tomado en cuenta en el contexto nacional e internacional como uno de los grandes desafíos a los que hay que enfrentarse en el establecimiento de una cultura de la paz. Una investigación realizada por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en 2009, se pudo comprobar que México presenta los niveles más altos de violencia escolar, los factores más representativos son la intimidación verbal o abuso entre estudiantes (61.2%), agresión física (57.1%) y robo (56%). (5)

Smith y Shrap (1994) son los primeros autores que proponen un concepto de << violencia escolar >> denominándola como una relación cotidiana entre varias personas en la que se ejerce un abuso sistemático del poder. (5)

Dan Olweus (1998) define la violencia como el *conjunto de comportamientos físicos y/o verbales que una persona o un grupo, en forma hostil y abusando de un poder real o ficticio, dirigen contra un compañero en forma repetitiva y durandera con la intención de causarle daño.* (5)

Oñate y Piñuel (2005) proponen la definición de violencia escolar como un continuo y deliberado maltrato verbal y de comportamiento que recibe un niño por parte de otro u otros, que se comportan con él cruelmente con el objeto de someterlo, apocarlo, asustarlo, amenazarlo, y que atentan contra la dignidad del niño, siendo el ambiente escolar donde se lleva a cabo. (5)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (2009) define la violencia como el uso intencional de la fuerza o del poder físico de hechos, o con amenaza contra uno mismo, un grupo o comunicad, de manera que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones o muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o provaciones. (5)

1.1 DEFINICIÓN DE VIOLENCIA ESCOLAR Y BULLYING

Es de vital importancia distinguir entre bullying y violencia escolar.

Violencia Escolar: ésta implica la transgresión de normas por medio de comportamientos antisociales dentro y alrededor de las escuelas tales como la disrupción en las aulas, el acoso sexual y las extorsiones. (2)

Bullying (*Bully: matón o agresor*): Interacción social compleja, desequilibrada entre las partes, que se repite y va encauzada a dañar deliberadamente. Se trata de conductas que tienen que ver con la intimidación, tiranización, aislamiento, amenaza, insultos, sobre una víctima o víctimas señaladas. Se puede identificar los participantes del Bullying (el acosador, el acosado y el que contempla la situación del daño y no interviene). Lo más importante no es la acción en sí misma, sino los efectos que produce entre sus víctimas. El bullying es un tipo de violencia escolar con características particulares. (3)

1.2 HISTORIA SOBRE EL ACOSO ESCOLAR.

Dan Olwes (1982), estudio el tema del acoso escolar a raíz del suicidio de tres jóvenes en este año. En el Reino Unido desde 1989 existe una línea directa a la que acuden aquellos que quieran consejos sobre situaciones de bullying. Existen muchos programas de prevención en muchos países de Europa, Estados Unidos y España donde han realizado un programa educativo de prevención desde 1997 (3). La palabra “bullying” se utiliza para describir ciertos tipos de comportamientos no deseados por los niños y adolescentes. Estas situaciones de acoso, intimidación o victimización son aquellas en la que un alumno o alumna está expuesto, de forma repetida y durante un tiempo, a acciones negativas que

llevan a cabo otros compañeros. Se ha observado que el acoso se da fundamentalmente entre personas de edades comprendidas entre 6 y 17 años, pero la edad de mayor riesgo en la aparición de la violencia se sitúa entre los 11 y los 15 años, ya que es cuando más cambios se producen, como sociales, psicológicos y emocionales. (6)

El acoso escolar se ha investigado en Europa desde hace treinta años, se han llevado a cabo investigaciones relacionada con la salud en jóvenes en edad escolar, realizado en 27 países por la Organización Mundial de la Salud (2003). De acuerdo con este estudio, entre el 20 y el 60% de los muchachos de 13 años de edad, de 24 países considerados en el estudio, había llevado a cabo actos de intimidación en contra de sus condiscípulos al menos por un tiempo. (5,7)

Se ha establecido que para considerar un acoso escolar o bullying activo deben cumplirse tres criterios:

1. Frecuencia de las agresiones: deben ser repetidas y ejercidas hacia un mismo alumno o grupo específico.
2. Abuso de poder sistemático entre la víctima y el agresor, ya que las agresiones son reiteradas y el nivel de agresividad va en aumento. El agresor manifiesta superioridad física, psicológica o social sobre las víctimas a fin de que no puedan defenderse.
3. Intención de hacer daño sin justificación. (2)

1.2.1 Participantes e intermediarios.

Agresor: individuo con comportamiento provocador y de intimidación permanente. Posee un modelo agresivo en la resolución de conflictos, presenta dificultad para ponerse en el lugar del otro, posee poca empatía.

Victima: individuos tímidos, inseguros, mantienen una excesiva protección de los padres y generalmente poseen poca fuerza física. Son niños que no disponen de recursos o habilidades para reaccionar, son poco sociables, sensibles y frágiles, se les dificulta defenderse por vergüenza o por conformismo, siendo el blanco de amenazas y agresiones.

Tipos de víctimas

- A) Víctima pasiva: escolares de ambos géneros con aislamiento social. Presentan una capacidad limitada para comunicarse, pueden llegar a presentar trastornos de ansiedad. Suelen mostrar inferioridad física, psicológica o social que le hace percibirse a si mismo como vulnerable. Puede pertenecer a una minoría (étnica o racial, enfermedad física o mental, preferencia sexual). (8)
- B) Víctima activa o víctima-perpetrador: escolar al cual se le considera como provocador, pudiendo evolucionar hacia una actitud o papel de agresor. Recibe mayor rechazo por parte de sus compañeros, puede padecer trastornos conductuales (hiperactividad) con cierta disposición a reaccionar mediante conductas agresivas e irritantes. Se considera que del 3 al 6% de las víctimas suelen convertirse en agresores. (8)

Observadores: grupo de individuos que contemplan el fenómeno y cuya actuación y concientización es vital para prevenir y atajar el problema. Desean ponerse del lado del agresor porque eso las hace sentirse fuertes y parte de un grupo. De otra manera ponerse del lado de la víctima las haría sentirse débiles. (Figura 1) (9)

TRIÁNGULO DEL ACOSO ESCOLAR (BULLYING)

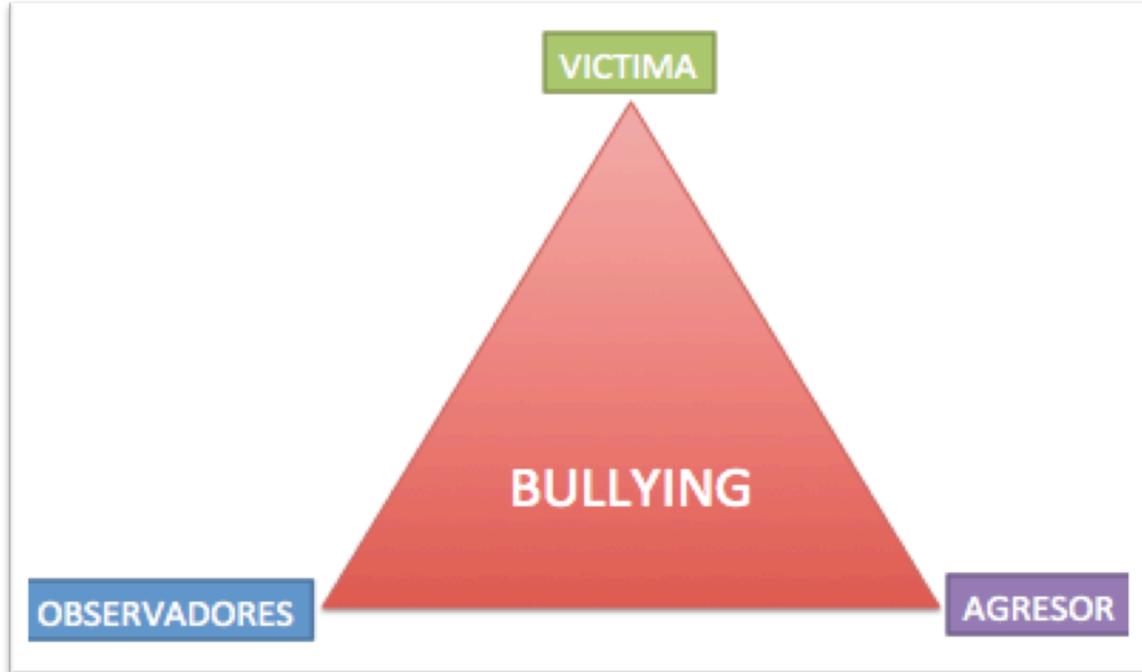


Ilustración 2. Participantes del acoso escolar

Para ejercer un acoso escolar se deben presentar las siguientes características:

Víctima indefensa atacada por un abusón o grupo de matones, presencia de desigualdad de poder (desequilibrio de fuerzas), entre el más fuerte y el más débil; existencia de una acción agresiva repetida, durante un periodo largo de tiempo y de forma recurrente; la agresión crea a la víctima la expectativa de poder ser blanco de ataques en repetidas ocasiones; la intimidación se refiere a sujetos concretos.(6)

1.2.2 Tipos de violencia escolar:

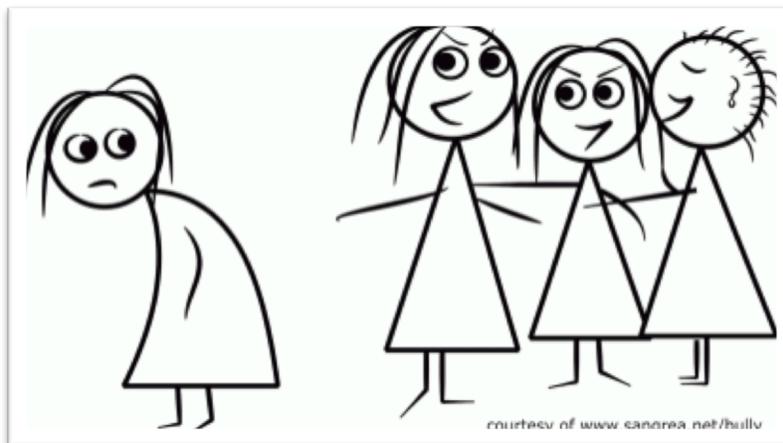


Ilustración 3. Tipos de violencia escolar

- Física: es aquella en la que existe un contacto material para producir el daño.
 - o Violencia Física directa: El contacto es directo sobre la víctima (golpes, aventones, peleas)
 - o Violencia Física indirecta: El contacto es sobre pertenencias o material de trabajo de la víctima (robar, deteriorar o esconder cosas).
- Verbal: El daño se causa mediante la palabra (insultos, rumores)
- Exclusión social: Actos de discriminación y de rechazo, por motivos que pueden ser diversos (nacionalidad, diferencias culturales, raza, rendimiento académico) (10)
- Violencia a través de la tecnología de la información y la comunicación: incluye comportamientos violentos a través de medios electrónicos (1,11)

Directo	Indirecto
<ul style="list-style-type: none">• Físico: golpes, aventones, peleas• Verbal: Groserías, apodos, cantaleas, cartas o notas intimidantes.• Gestos: miradas, hacer ademán de mofa o de humillación.	<ul style="list-style-type: none">• Aislamiento• Exclusión de un grupo social.• Rumores de la víctima

Tabla 1. Tipos de Acoso Escolar

Lo que diferencia lo normal del fenómeno del acoso, es que en el caso del Bullying la conducta es continua y el agresor es más grande, más fuerte y más poderoso que la víctima. Es muy importante distinguir lo episódico de lo habitual. (6)

1.2.3 Factores que contribuyen a que se presente Bullying:

Época violenta, factores estresantes, crisis de valores, falta de sensibilidad a la singularidad del estudiante, su individualidad, su historia familiar, la historia de relación con sus padres, la forma como el niño afronta sus sentimientos y su responsabilidad, así como un ambiente familiar de agresividad. (12)

Se ha visto con mayor frecuencia que los niños de baja estatura son más victimizados así como también, los de bajo peso ponderal o con sobrepeso, aquéllos con alguna discapacidad física, incluso niños que padecen alguna enfermedad estigmatizan como el cáncer, o anomalías; los que usan lentes o aquéllos que tienen problemas de lenguaje y/o aprendizaje.

Teniendo claro lo anterior, si el bullying es un problema social presente en personas físicamente normales, en un discapacitado este problema se incrementa ya que tienden a ser discriminados por el defecto físico o intelectual que padecen.

1.3 ACERCA DE LA DISCRIMINACIÓN

La discriminación que en general significa la acción de separar o distinguir unas cosas de las otras, también sugiere el trato inadecuado y diferente hacia una persona o a un grupo de personas por diferentes razones, entre las que se encuentra la discapacidad.

Se discrimina a alguien cuando debido a sus creencias, preferencias, origen étnico, condición social o económica no se le respeta, se le separa de los demás o es víctima de burlas y humillaciones, equivocadamente se le considera “diferente” y por ello se le maltrata.

Desafortunadamente en las escuelas existe la discriminación. Según la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (Enadis) 2010, el grupo poblacional de

adolescentes entre 12 y 17 años señaló que ha sido objeto de discriminación por cuestiones económicas, de apariencia física, discapacidad o preferencia sexual. En muchas ocasiones la poca atención que se brinda a las personas con discapacidad se debe a que se conoce muy poco de las potencialidades, posibilidades, dificultades y principalmente de todo aquello en lo que somos iguales, ya que compartimos una característica fundamental y es que todos somos personas con la misma dignidad. Acercarnos a una persona con discapacidad nos enseña que no somos tan diferentes como pensamos. (13)

1.4 DISCAPACIDAD Y ACOSO ESCOLAR

La discapacidad afecta de manera desproporcionada a las poblaciones vulnerables. Los resultados de la Encuesta Mundial de Salud indica que la prevalencia de la discapacidad es mayor en los países de ingresos bajos que en los países de ingresos más elevados. Las poblaciones con mayor riesgo de presentar discapacidad son personas de estrato socioeconómico y cultural bajo, mujeres, niños y ancianos. Los datos de las encuestas a base de indicadores múltiples en países seleccionados ponen de manifiesto que los niños de las familias más pobres y los que pertenecen a grupos étnicos minoritarios presentan un riesgo significativamente mayor de discapacidad que los demás niños (6).

El término discapacidad engloba múltiples deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones en la participación. La discapacidad denota los aspectos negativos de la interacción entre personas con un problema de salud, factores sociales y ambientales. (3)

En México el 65% de los niños y niñas en edad escolar manifiestan haber sufrido bullying, pero sólo uno de cada diez ha recibido la atención especializada y menos del 3% comentó lo sucedido ante sus padres o ante las autoridades de la escuela. Las estadísticas norteamericanas han puesto especial énfasis en el bullying sobre los estudiantes con discapacidad. Según los especialistas, esta tendencia estaría estimulada por el propio sistema de educación que etiqueta y separa a los estudiantes sobre la base de la aptitud atlética o académica, ofreciendo un

ambiente propicio para la intimidación, las burlas y el desarrollo de los estudiantes. La revista brasileña Nova Escola, especializada en educación, señala que los niños con discapacidad no tienen desarrolladas habilidades físicas o emocionales para defenderse de los atacantes. Una cifra desalentadora es la publicada por la Fundación Instituto de Pesquisas Económicas (Pipe), donde realizaron una encuesta a 18 mil estudiantes, profesores, funcionarios y padres en 501 escuelas de todo Brasil, que constata que el 96.5% de los entrevistados admiten tener prejuicios contra las personas con discapacidad, principalmente por falta de información (14, 15, 16, 17). En Inglaterra se publicó un estudio que reveló que 8 de cada 10 niños con problemas de aprendizaje han sido intimidados y 6 de cada 10 heridos físicamente dando a conocer que los niños con discapacidad tienen dos veces más posibilidades de ser víctimas de bullying. Los niños con discapacidad tienen menos probabilidades que sus homólogos no discapacitados de ingresar a la escuela, permanecer en ella y superar los cursos sucesivos. El fracaso escolar se observa en todos los grupos de edad y tanto en los países de ingresos altos como bajos, pero con un patrón más acusado en los países más pobres. La diferencia entre el porcentaje de niños con discapacidad y el porcentaje de niños no discapacitados que asisten a la escuela primaria va desde el 10% en la India hasta el 60% en Indonesia. Incluso en países con altos porcentajes de matriculación en la escuela primaria, muchos de los niños con discapacidad no asisten a la escuela (3).

CAPÍTULO 2. TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE.

El prototipo por excelencia de un problema específico en el aprendizaje es la Dislexia, la cual ha sido definida como un trastorno que se manifiesta por dificultades para aprender a leer, a pesar de una instrucción convencional, inteligencia adecuada y oportunidad sociocultural; depende de dificultades cognitivas fundamentales que frecuentemente son de origen constitucional. (4) A fin de entender estos trastornos del aprendizaje unidos al desarrollo, es importante considerar como punto de partida que el nivel de desarrollo de las habilidades cognitivas (lenguaje, memoria, habilidades espaciales, etc.) no es homogéneo al interior de una misma persona y puede presentar una dispersión importante. Cuando al interior de un desarrollo cognoscitivo apropiado existe un área particularmente deficitaria, se trata de un problema específico en el aprendizaje.

Para que el proceso de aprendizaje pueda llevarse a cabo, es indispensable la intervención de un conjunto de actividades neurofisiológicas en los sectores superiores del sistema nervioso central, por lo que es conveniente mencionar los dispositivos básicos del aprendizaje los cuales son definidos por Azcoaga como “aquellas condiciones del organismo necesarias para llevar a cabo un aprendizaje cualquiera, incluido el aprendizaje escolar”. Zenoff (1987) afirma que tanto la memoria, atención, motivación, habituación y sensopercepción, son fenómenos innatos, comunes al hombre y a los animales, indispensables en todo proceso de aprendizaje y sustentado cada uno por una fisiología y un nivel estructural del cerebro. (18)

Los trastornos del aprendizaje se refieren a defectos selectivos para determinados aprendizajes (lectura, escritura y cálculo). Si bien estos problemas en el aprendizaje se asocian con un funcionamiento cerebral inadecuado, el medio ambiente puede favorecer una buena evolución o bien, por el contrario, afectar aún más la expresión de esta problemática. (12)

Actualmente el DSM 5 maneja independientemente el diagnóstico de Trastornos Específicos del Aprendizaje, el cual agrupa los tres trastornos del aprendizaje que existían en el DSM 4 (trastornos de la lectura, expresión escrita y el cálculo). Los

criterios vigentes para realizar el diagnóstico de Trastorno Específico del Aprendizaje según el DSM 5 son (19):

DSM 5 (APA 2013)	
<p>A. Dificultades en el aprendizaje y en las habilidades académicas, como se indica por la presencia de al menos uno de los siguientes síntomas que persisten al menos durante 6 meses, a pesar de haber recibido intervenciones cuyo objetivo son dichas dificultades.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Errores en la lectura de palabras o la lectura es lenta y forzada. 2. Dificultades en la comprensión del significado de lo que lee. 3. Presenta dificultades para deletrear. 4. Dificultades en la expresión escrita. 5. Dificultades para manejar los conceptos numéricos, datos numéricos o el cálculo. 6. Dificultades en el razonamiento matemático.
<p>B. Las habilidades académicas afectadas están sustancial y cuantificablemente por debajo de las esperadas para la edad cronológica del individuo, y causa una significativa interferencia con el rendimiento académico o con las actividades de la vida cotidiana, como se confirma por la administración de medidas de rendimiento estandarizadas y administradas de forma individual y por una evaluación clínica amplia.</p>	
<p>C. Las dificultades del aprendizaje empiezan durante los años escolares pero pueden no ser completamente manifiestos hasta que las demandas para aquellas habilidades académicas afectadas exceden las capacidades individuales limitadas.</p>	
<p>D. Las dificultades del aprendizaje no son mejor explicados por discapacidad intelectual, agudeza visual o auditiva, otros trastornos mentales o neurológicos, adversidad psicosocial, falta de competencia en el lenguaje o inadecuada instrucción educativa.</p>	

Tabla 2. Clasificación de Trastornos del Aprendizaje según el DSM 5 (19)

Los cuatro criterios diagnósticos se fundamentan en una síntesis clínica de la historia del individuo (desarrollo, médico, familiar y educativo), informes escolares y evaluación psicoeducativa.

2.1 CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

Una de las clasificaciones más utilizadas para clasificar las dislexias es la de Boder (1973) quien realiza una clasificación en base al análisis de errores al leer: (4)

Dislexia	Características.	Manifestación
Diseidética o Visual	Incapacidad para percibir simultáneamente un conjunto . Deficiencia en la memoria visual y visoperceptiva.	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta sustitución de letras con grafía semejante. • Aparecen dificultades en tareas de percepción y discriminación visual. • Muestra errores de orientación. • Problemas de discriminación entre tamaños y formas. • Confusiones entre grupos de letras • Dificultades para transformar letras en sonidos. • Rendimiento escolar cercano a lo normal.
Disfonética o Auditiva	Incapacidad para relacionar símbolos y sus sonidos. Deficiencia en el procesamiento fonológico, en la memoria auditiva y en la integración letra-sonido. Es la más frecuente.	<ul style="list-style-type: none"> • Confunde letras de sonoridad semejante. • Menor rendimiento en abstracción de semejanzas. • Deficiente retención de información oral. • Disminución en la comprensión lectora. • Dificultad en el reconocimiento de las grafías en la discriminación y segmentación fonética con los procesos verbales semánticos y las confusiones auditivas. • Fallas en la codificación verbal y fonológica. • Déficit en el procesamiento verbal (no conceptual).
Mixta o Aléxicos	Deficiencia tanto en el procesamiento auditivo como del reconocimiento visual.	

Tabla 3. Clasificación de Dislexia (4)

Azcoaga J. E. (1997) sustituye la denominación de “dislexia” por la de “retardo o secuela” pues estas denominaciones genéricas arrancan de un criterio evolutivo que se utilizan en las funciones cerebrales superiores del niño, permitiendo distinguir sus alteraciones de las que padecen los adultos.

Se utiliza la palabra “retardo” cuando las dificultades aparecen en los primeros años escolares y se superan en el curso del mismo, con o sin ayuda de métodos pedagógicos correctivos especiales. La denominación de “secuela” está reservada para aquellas dificultades que pueden perdurar en la lectoescritura durante todo el ciclo escolar y postescolar, pese a la interposición de métodos pedagógicos correctivos. De estas consideraciones nace la siguiente nomenclatura: (20)

Retardo de la lectoescritura por secuela de retardo afásico	
Alteración	Deficiencia en la actividad analítico-sintética del analizador verbal que corresponde con los aspectos semánticos del lenguaje. Su secuela produce dificultades en la comprensión o de la elocución, abarcando prácticamente todos los aspectos del aprendizaje escolar.
Características	Lectura Aspecto automático es el más comprometido (aspecto sintagmático-gramatical). Lectura disporsódica, silabeada y deletreada: transposición, omisión y sustitución de grafemas. Omisión de signos prosódicos.
	Escritura Espontánea: es el aspecto más perturbado ya que se poseen estereotipos fonemáticos y grafemáticos insuficientes. Presenta anomias, mala utilización de tiempos verbales y concordancias de género y número. No utiliza oraciones subordinantes. Dictado: al omitir signos prosódicos se dificulta su ejecución. Copia: al contar con una representación gráfica la cual resulta como facilitador.
	Cálculo Mayor dificultad para las nociones matemáticas que para el cálculo propiamente dicho. Se afectan las nociones generales de número natural, relaciones matemáticas, operaciones y sus inversas y finalmente la capacidad de comprensión de enunciados de problemas aritméticos o geométricos. Alteraciones en la inclusión de clase y clasificación afectando la noción de unidades a decenas y a agrupaciones superiores. Dificultad para el encolumnamiento ya que no se comprende el valor relativo de la cifra. Sumas y restas con dificultad por fallas en la inclusión. Utilizan apoyo digital.

Tabla 4. Características del Retardo Lectográfico Afásico (20)

Retardo de la lectoescritura por secuela de retardo anártrico	
Alteración	Se caracteriza por una dificultad en la actividad combinatoria relacionada con la elocución del lenguaje (bajo rendimiento del analizador cinestésico-motor verbal). Su secuela implica por esta misma debilidad en la actividad combinatoria de ese analizador, una correspondiente dificultad en todas las síntesis que lo involucren repercutiendo así en el aprendizaje de la lectoescritura.
Características	Lectura Aspecto fonológico afectado en la lectura oral. El agramatismo sintáctico compromete la redacción. Nivel grafemático más afectado: sustitución de grafemas con similar punto de articulación pero de sonoridad diferente. Lectura disporsódica, silabeada con deletreo ocasionales, lenta con sustitución de grafemas y transposición de sílabas. Buena comprensión de lectura.
	Escritura Espontánea y automática: La principal alteración es la disortografía. En el nivel polisilábico se observa omisión de consonante final consonantes líquidas, omisiones y transposiciones silábicas. Copia: mediante el autodictado introducen fallas de la propia lectura.
	Cálculo No presentan alteración en las nociones matemáticas ni el cálculo ya que solo se registran alteraciones en la codificación lectográfica y los procesos del pensamiento son normales.

Tabla 5. Características del Retardo Lectográfico Anártrico (20)

Retardo de la lectoescritura por retardo gnósico-práxico	
Alteración	Habilidades práxicas (actividades constructivas) Alteraciones gnósicas temporoespaciales. Alteración en los dispositivos básicos del aprendizaje (principalmente atención y aspectos selectivos de memoria).
Características	Lectura Déficit en la discriminación de grafemas (confunde letras de similar configuración). Transposición de grafemas e incluso palabras.
	Escritura Dificultades gnósicas: comprometen la escritura copiada, el dictado y escritura espontánea, siendo los errores más predominantes: inversión del trazo, deficiente unión entre grafemas, grafismo excesivamente apretado o extendido, mala diferenciación de espacios, introducción de elementos superfluos, omisión de trazos, irregularidad de los espacios entre palabras. Dificultades páxicas: están alteradas las tres modalidades de escritura, pero la copia se beneficia ya que la presentación del modelo facilita su reproducción. Las alteraciones más frecuentes son: rotación de letras, falta de adecuación al renglón y a los márgenes del espacio gráfico, superposición de letras, escritura en espejo, omisión o agregado de elementos.
	Cálculo Falla en la codificación y decodificación de dígitos y todas las disposiciones gráficas que requieren una adecuada ubicación espacial (encolumnamiento, relaciones arriba-abajo y derecha-izquierda) Falla en la seriación de dígitos. Predominio de componente práxico: manipulación y actividades gráficas lentificadas pero sin alteración de los procesos de cálculo.

Tabla 6. Características del Retardo Lectográfico Gnósico-Práxico (20

2.1.1 Principales características clínicas de la Dislexia

Usualmente la dislexia se reconoce durante los primeros años escolares; sin embargo, es evidente que existen algunos indicadores tempranos que son precursores de este trastorno. Algunos de los niños disléxicos presentan un discreto retraso en la adquisición del lenguaje, fallas articulatorias, dificultades para aprender los nombres de letras o de los colores, defectos en la secuenciación sílabas, algunas dificultades para hallar palabras o nombrar objetos o ilustraciones, y problemas para recordar direcciones, números de telefónicos y otras secuencias verbales. Se ha vinculado a la dislexia con una deficiencia en la habilidad para comprender, analizar y utilizar los sistemas del lenguaje. (4)

Principales dificultades en la lectoescritura en niños con Dislexia	
Lectura	<ul style="list-style-type: none"> • Lectura lenta • Falta de fluidez con vacilaciones en palabras polisilábicas o de uso poco frecuente. • Errores de equivalencia fonológica • Dificultad en el reconocimiento espacial de direccionalidad • Omisiones o adiciones de palabras • Sustituciones no corregidas de palabras de diferentes tipos: visuales o derivacionales. • Sustituciones de letras que conllevan a una palabra inexistente • Identificación de la primera letra o segmento con cambio de la palabra. • Dificultad en la comprensión de textos • La lectura silenciosa es superior.
Escritura	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades para expresarse por escrito • Omisiones de letras o segmentos al interior de una palabra • Sustituciones de letras • Frecuencia elevada de errores ortográficos • Manejo inadecuado de la separación entre palabras.
Deletreo inadecuado de palabras no familiares	

Tabla 7. Principales dificultades en la lectoescritura en niños con Dislexia (4)

En la formación de la lectura y la escritura participan múltiples sectores del cerebro humano, cada uno de los cuales realizan su propia aportación, a esta constelación funcional de diferentes sectores cerebrales, se le denomina sistema funcional complejo, mientras que al trabajo que realiza cada uno de estos sectores particulares del cerebro, se le denomina factor neuropsicológico. Iniciar la actividad de la lectoescritura de forma sistemática sin la adecuada seguridad

madurativa podría constituir un grave contratiempo, fácilmente traducible en confusiones, retrasos, inhibiciones, etc, con repercusión en todo el proceso del aprendizaje escolar. (17, 21)

En general, la dislexia tiene un relativo buen pronóstico si es atendida a tiempo, lo usual es hallar que el nivel de lectura de un niño con dislexia se encuentra desfasado con respecto a su grupo escolar y de edad en uno o varios años pero que, con apoyo planeado y con fundamentos adecuados, la mayoría de los niños que la presentan pueden aprender a leer, escribir y a utilizar el lenguaje lo suficientemente bien, de modo que consigan cubrir sus expectativas escolares y sociales. (4)

2.2 LA DISLEXIA COMO GRUPO VULNERABLE

Es evidente que los pacientes con Dislexia pueden ser sometidos a todos los aspectos de acoso escolar ya antes mencionados; si bien la dislexia no es una discapacidad física, si lo es funcional, pues estos pacientes no van a la par de la mayoría de la población, por lo que se convierten en un grupo vulnerable, siendo un blanco de burlas, desgraciadamente no solo de iguales, también del personal docente y de sus propios familiares. Actualmente las escuelas integradoras se encuentran con este desafío que puede obstaculizar e incluso frenar la inclusión de los estudiantes con discapacidad.

Los principales objetivos que se llevan a cabo en las escuelas son el aprendizaje por medio de la adquisición de nuevos conocimientos y la socialización pacífica entre seres humanos, inculcando el respeto hacia el otro y el trabajo en equipo, sin embargo en el momento en que uno de los integrantes es considerado “diferente” por no contar con todas las habilidades necesarias para llevar a cabo estos objetivos, corre el riesgo de ser aislado o incluso maltratado por sus compañeros.

La falta de comunicación en las familias, falta de empatía, relaciones interpersonales pobres y basadas en prejuicios, violencia social, rechazo y/o temor a la diferencia, así como la ausencia de una autoridad amorosa en la infancia, son signos claros a los cuales nos enfrentamos en la sociedad actual. Igualmente son los principales motivos de que hoy en día seamos testigos de este fenómeno que este causando severas consecuencias, como la deserción escolar, el déficit en

habilidades sociales y en la atención, ansiedad, depresión, trauma psicológico y físico e incluso suicidios en poblaciones menores a 16 años. Hasta hace relativamente poco tiempo se le consideraba al acoso escolar como algo inevitable y como un problema de carácter estrictamente privado que debía ser resuelto en el seno de las relaciones entre iguales, sin intervención de la justicia o las autoridades competentes. Entre las víctimas del acoso escolar, los niños con discapacidad que asisten a las escuelas integradas representan un gran porcentaje de los estudiantes hostigados. Esta situación, si bien preocupa, no está siendo considerada por las autoridades escolares con el debido compromiso. Con el ingreso de niños discapacitados a las aulas integradoras se encuentran atravesando una grave situación que puede poner en riesgo no sólo su escolaridad, sino su propia integridad.

En el presente estudio si bien se tomarán en cuenta a todos los pacientes con diagnóstico de trastorno de aprendizaje, ya que el objetivo es conocer si esta población es mas propensa a padecer acoso escolar que el resto de la población escolar sana.

CAPÍTULO 3. CUANTIFICACIÓN DEL ACOSO ESCOLAR O BULLYING

Los métodos e instrumentos que se pueden utilizar para obtener información de manera sistemática sobre el acoso escolar son variados:

1. Entrevistas o grupos de discusión
2. Registros de observación en el aula, con el propio docente como observador participante o con un evaluador externo
3. Test psicométricos (BULL-S) permitiendo analizar la estructura social de los grupos en términos de aceptación o rechazo entre iguales.
4. Autoinformes de victimización
5. Heteroinformes dirigidos al docente o familiares.

Cada uno de los métodos de evaluación tiene una finalidad y presenta ventajas e inconvenientes. El uso de cuestionarios, frente a otros métodos, permite obtener de forma sistemática una gran cantidad de información, con unos plazos y recursos asumibles por el centro que lo aplica. Los cuestionarios son fácilmente aplicables, requieren menos entrenamiento que otras técnicas como la observación, la entrevista o los grupos de discusión. Permite evaluar una gran cantidad de informantes en poco tiempo.

Los cuestionarios aplicados en concreto al alumnado ofrecen algunas ventajas adicionales. Permiten obtener información que en ocasiones escapa a la percepción de profesores o familiares, favoreciendo una respuesta más sincera por parte de los estudiantes, así como la obtención de un panorama general de las situaciones que se viven en las aulas.

En esta investigación se utilizó el cuestionario llamado Autotest Cisneros, el cual es un cuestionario español de preguntas objetivas, dividido en 10 escalas, de utilización libre, de los autores Oñate y Piñuel (2011), que recibe su nombre por los informes que realiza el Instituto de Innovación Educativa y Desarrollo Directivo sobre temáticas diversas relacionadas con el acoso y la violencia, “los informes Cisneros”. Dicha prueba evalúa el índice de Acoso Escolar a través de 50 reactivos, los cuales estudian 8 conductas específicas de violencia escolar: Desprecio-Ridiculización, coacción, restricción de la comunicación, agresiones, intimidación-amenazas, exclusión-bloqueo social, hostigamiento verbal, robos. (22, 23)

Ha sido utilizada en estudios sobre violencia y acoso en población española e iberoamericana. (23)

III PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a que el acoso escolar es considerado un problema de salud pública y que las consecuencias de ser víctima pueden ser graves principalmente en aquellos que pueden tener un riesgo mayor de padecerlo como lo son pacientes con discapacidad o alteraciones en funciones básicas, se cree necesario conocer la incidencia de acoso escolar en pacientes con trastorno de aprendizaje y si la incidencia es mayor que en la población general.

IV JUSTIFICACION

El Bullying es un problema que se vive actualmente en el ambiente escolar a nivel mundial, lo cual afecta el desarrollo de los niños, tanto en el ámbito emocional como psicológico, mermando el desempeño escolar. Este problema también existe en población con discapacidad (como en pacientes con dislexia); por lo que es de suma importancia que este problema sea identificado en este grupo poblacional. En el Instituto Nacional de Rehabilitación se brinda consulta médica así como terapia de rehabilitación a pacientes con diversas discapacidades como dislexia; sin embargo no se ha realizado una valoración respecto al ambiente afectivo escolar en el cual se desarrollan, por lo que consideramos que esto es un factor fundamental para lograr una rehabilitación completa.

V HIPÓTESIS

¿La población del Instituto Nacional de Rehabilitación con diagnóstico de Trastorno de Aprendizaje (Dislexia) esta más afectada por acoso escolar que la población general?

VI OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia que tiene el bullying en pacientes que presentan Dislexia (Trastorno Específico del Aprendizaje) en el Instituto Nacional de Rehabilitación.

VII MATERIAL Y MÉTODOS

7.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.

Estudio longitudinal, descriptivo y prospectivo.

En el Instituto Nacional de Rehabilitación los problemas de aprendizaje y de lenguaje se clasifican de acuerdo a la clasificación de Azcoaga (Retardo Lectográfico Gnósico - Práxico, Retardo Lectográfico Gnósico - Práxico Afásico, Retardo Lectográfico Gnósico - Práxico Afásico, retardo Lectográfico Afásico, retardo Lectográfico afásico Gnósico - Práxico, retardo Lectográfico Afásico anártrico, retardo Lectográfico Anártrico, retardo Lectográfico Anártrico Gnósico - Práxico, retardo Lectográfico Anártrico Afásico) por lo que se tomará en consideración ésta para nuestro protocolo.

7.2 DESCRIPCIÓN DEL UNIVERSO DE TRABAJO

A. Grupo control constó de una N = 79 escolares de 6 a 10 años de 1° a 6° de primaria que se obtuvo en el periodo de tiempo del junio del 2015 a junio del 2016.

B. Grupo de estudio constó de una N= 200 pacientes entre 6 y 10 años atendidos en el servicio de Patología de Lenguaje en el periodo de tiempo de junio del 2015 a junio del 2016, con diagnóstico de Trastorno de Aprendizaje en todas sus variantes enlistadas.

A ambas poblaciones se les aplicó el auto-test Cisneros el cual se considera una prueba confiable y se puede acoplar a las características de la población que se pretende estudiar; consta de 50 ítems en los que los escolares marcan la frecuencia con la que son objeto de distintas modalidades de maltrato. El cuestionario presenta 10 escalas de las que 8 corresponden a diferentes tipos de acoso, y 2, que se refieren respectivamente al "Índice Global de Acoso Escolar (M)" y a la "Intensidad (I)" del maltrato.

7.2.1. Criterios de inclusión

- a. Diagnóstico de cualquier trastorno lectográfico que en el Instituto Nacional de Rehabilitación al diagnóstico de Retardo Lectográfico gnóstico-práxico. (Trastorno Específico del Aprendizaje DSM V) por el Servicio de Patología del Lenguaje.
- b. Que cuenten con valoración psicológica del servicio de Psicología por medio de las pruebas WISC-II y Bender para determinar una capacidad de aprendizaje normal.
- c. Estar asistiendo de forma regular a Terapia de Aprendizaje en el Instituto Nacional de Rehabilitación. / Que acudan a consulta en el año del 2015.
- d. Edad de los 6 a los 10 años.
- e. Aceptar participar en el protocolo de investigación y que los padres firmen la carta de consentimiento informado.

7.2.2 Criterios de eliminación

- a. Detección de algún problema emocional ajeno al Bullying que interfiera con la rehabilitación. Especificar prueba.

7.2.3 Criterios de exclusión

- a. Diagnóstico de alguna enfermedad psiquiátrica
- b. Presencia de alguna malformación congénita visible.
- c. Descartar otra malformación congénita.

7.3 TAMAÑO DE MUESTRA

Grupo poblacional que ingrese al Instituto Nacional de Rehabilitación al Servicio de Patología de Lenguaje que acuda a Terapia de Aprendizaje en el periodo de 2015 a 2016.

7.4 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO Y SUS ESCALAS DE MEDICIÓN.

En esta investigación se utilizó el cuestionario llamado Autotest Cisneros, el cual es un cuestionario español de preguntas objetivas, dividido en 10 escalas, de utilización libre, de los autores Oñate y Piñuel (24, 25). Dicha prueba evalúa el índice de Acoso Escolar a través de 50 reactivos, los cuales estudian 8 variables independientes cuantitativas de violencia escolar: Desprecio-Ridiculización, coacción, restricción de la comunicación, agresiones, intimidación-amenazas, exclusión-bloqueo social, hostigamiento verbal, robos.

Las respuestas obtenidas para cada ítem es de acuerdo a la característica e intensidad de la conducta, obteniendo como respuestas (Nunca = 1, Pocas veces = 2, Muchas veces = 3).

Variables Independientes

- a. **Desprecio-ridiculización:** Agrupa todos los ítems de acoso escolar que pretenden distorsionar la imagen social del niño y la relación de los otros con él.
- b. **Coacción:** Agrupa las conductas de acoso escolar que pretenden que el niño realice acciones contra su voluntad.
- c. **Restricción de comunicación:** Acciones de acoso escolar que pretenden bloquear socialmente al niño.
- d. **Agresiones:** Conductas directas de agresión ya sea física o psicológica. Valora la violencia más directa contra el niño, aunque no siempre ésta es más lesiva psicológicamente.
- e. **Intimidación-amenazas:** Conductas de acoso escolar que persiguen, amilanar, amedrentar, apocar o consumir emocionalmente al niño mediante una acción intimidatoria.
- f. **Exclusión-bloqueo social:** Conductas que buscan excluir de la participación al niño acosado.
- g. **Hostigamiento verbal:** Acciones de hostigamiento y acoso psicológico que manifiestan desprecio y falta de respeto y de consideración por la dignidad del niño.

- h. **Robos:** Acciones de apropiación de las pertenencias de la víctima ya sea de forma directa o por chantajes (24, 25)

7.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO PROPUESTO

Se construyó una base de datos considerando las variables: género y el total numérico de las variables valoradas por el Autotes Cisneros (10 escalas)

Se realizaron pruebas de estadística descriptiva para analizar el comportamiento de los datos con respecto a la población estudiada y determinar a través de gráficas de análisis por rangos, el comportamiento de las variables con respecto a los intervalos de normalidad establecidos en la tabla de escalas del Autotest Cisneros, analizando así las dos poblaciones con base en los rangos que excedieron los valores aceptables.

Se aplicó estadística cuantitativa, específicamente T de Student para muestras independientes.

Se aplicó estadística cuantitativa, específicamente ANOVA de un factor, para realizar la comparación entre los grupos por sexo.

VIII RESULTADOS

Con la aplicación del Autotes Cisneros (Anexo 1) a 200 pacientes con diagnóstico de Trastorno de aprendizaje, atendidos en servicio de Terapia de Aprendizaje del Instituto Nacional de Rehabilitación; 139 (69.5%) fueron del género masculino y 61 (30.5%) del género femenino con edad de 6 a 12 años cumplidos, promedio de edad de 7.9.

Edad	Masculinos	Femeninos	Total
6 años	13	9	22
7 años	37	22	59
8 años	52	12	64
9 años	17	11	28
10 años	19	6	25
11 años	1	0	1
12 años	0	1	1

Tabla 8. Total de participantes por género y edad con diagnóstico de Trastorno de Aprendizaje

Se aplicó el mismo cuestionario a un grupo control con el mismo rango de edad, proveniente de una primaria particular de la zona urbana de la Ciudad de México, la población total fue de 79 controles de los cuales 39 (49.36%) fueron del género masculino y 41 (51.89%) fueron del género femenino con un promedio de edad de 10.5 años.

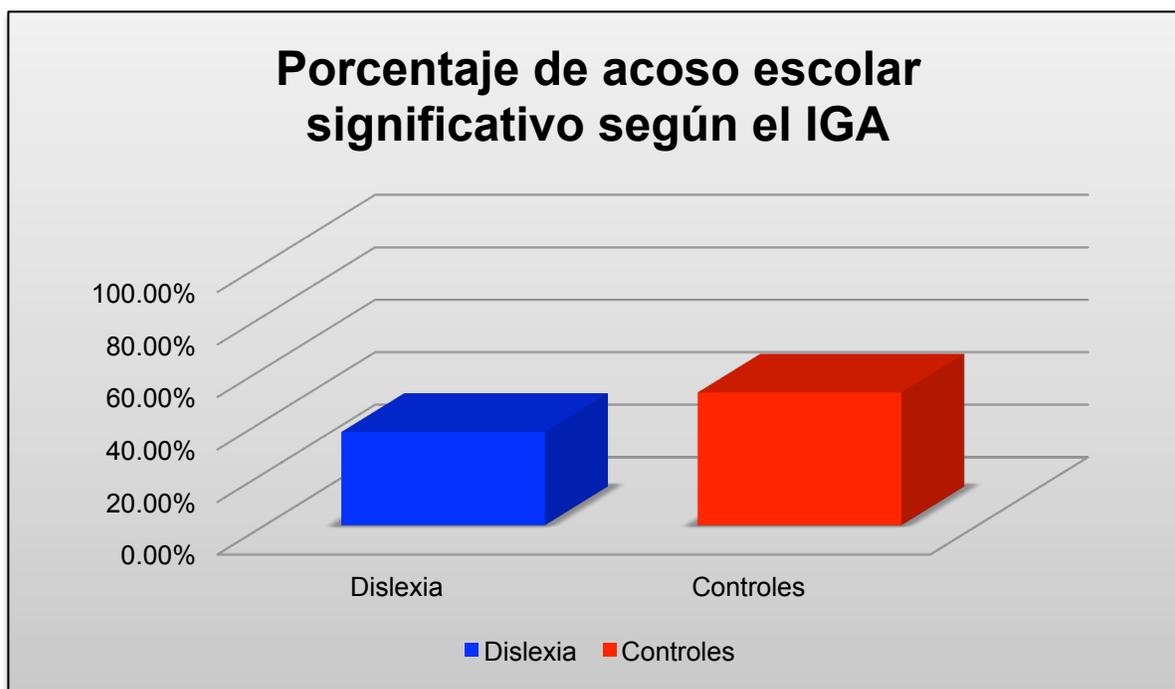
Edad	Masculinos	Femeninos	Total
7 años	4	2	6
8 años	4	4	8
9 años	3	10	13
10 años	10	5	15
11 años	9	13	22
12 años	8	7	15

Tabla 9. Total de pacientes por género y edad del grupo control

En la siguiente tabla se muestra el porcentaje de pacientes que presentan acoso escolar según el Índice Global de Acoso (M) obtenido de cada grupo.

Trastorno de Aprendizaje			Controles	
Intensidad	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Muy Bajo	62	31%	3	3.7%
Bajo	40	20%	19	24.05%
Casi Bajo	27	13.5%	17	21.51%
Medio	33	16.5%	21	26.58%
Casi alto	26	13%	14	17.7%
Alto	7	3.5%	5	6.3%
Muy alto	5	2.5%		

Tabla 10. Porcentaje de pacientes con acoso escolar por grupo patológico y control según la clasificación del Índice Global de Acoso



Gráfica 1. Porcentaje de acoso escolar según el IGA (índice general de acoso)

Se observó que el grupo de pacientes con Trastorno de aprendizaje percibe de forma similar o incluso inferior el acoso escolar respecto al grupo de escolares sanos. De las 10 escalas valoradas por el Autotest Cisneros los más significativos fueron: índice global de acoso (M), desprecio y ridiculización (A), restricción de la comunicación (C) y hostigamiento verbal (G). El índice global de acoso (M) mide la puntuación general del autotest por lo cual es comprensible que sea significativo a favor del grupo control. En la tabla No. 10 se muestra el porcentaje general por grupo que padece acoso escolar, siendo de un 35.5% en el grupo con trastorno de aprendizaje y del 50% en el grupo control. (Gráfica No. 1)

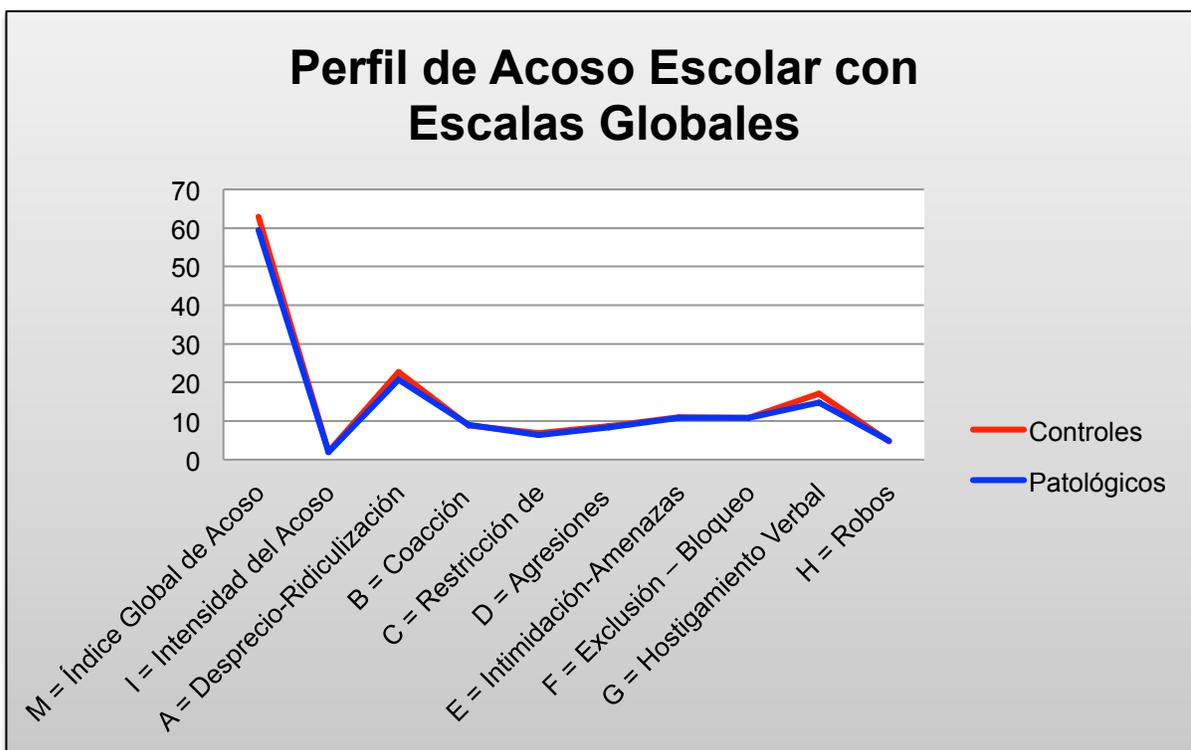
Los resultados obtenidos del Autotest Cisneros se muestran en la tabla No. 11 y gráfica No.1. Se realiza un analisis de resultados mediante t de student por cada escala que toma en cuenta el autotest.

Escalas	Control N = 79	Trastorno de Aprendizaje N = 200	Significancia
M = Índice Global de Acoso	62.94	59.47	0.047
I = Intensidad del Acoso	2.05	1.94	0.853
A = Desprecio-Ridiculización	22.68	20.70	0.009
B = Coacción	8.85	9.06	0.432
C = Restricción de Comunicación	6.87	6.30	0.028
D = Agresiones	8.71	8.43	0.384
E = Intimidación-Amenazas	10.94	10.77	0.492
F = Exclusión – Bloqueo Social	10.76	10.87	0.773
G = Hostigamiento Verbal	17.08	14.74	0.000
H = Robos	4.81	4.91	0.569

Tabla 11. Media y significancia de cada escala del Autotes Cisneros para el total de la muestra.

Se tomaron en cuenta 10 escalas de las cuales se sacaron medias y significancia estadística de cada uno de los items, siendo las medias mas elevadas para los

ítems: M (índice global de acoso), A (desprecio-ridiculización), C (restricción de comunicación) y G (hostigamiento verbal), la escala de hostigamiento verbal fue el que obtuvo mayor significancia a favor del grupo control. Cumpliéndose así una hipótesis nula en el resto de los ítems, pues no existe una diferencia estadísticamente significativa entre las respuestas del grupo patológico y el grupo control. La significancia de estos ítems se encuentra a favor del grupo control. Dichos resultados se representan en la gráfico No. 2.



Gráfica 2. Medias de los dos grupos estudiados para obtener el perfil de acoso escolar con escalas globales del Autotes Cisneros

En la siguiente tabla se describe la comparación entre ambos grupos por género utilizando un análisis estadístico con ANOVA, donde encontramos diversos resultados. Sin duda alguna predomina el grupo de los varones controles quienes perciben un mayor índice global de acoso respecto al grupo de varones patológicos, específicamente en los escalas: A (desprecio-ridiculización), C (restricción de la comunicación) y G (hostigamiento verbal).

En el grupo femenino, observamos que la significancia es mayor al comparar los controles contra los patológicos en el rubro de coacción (B), dicha significancia es mayor a favor de las mujeres patológicas. Otra escala significativo en el rubro femenino es el hostigamiento verbal (G), al ser comparadas las mujeres control contra los hombres patológicos este es significativo a favor de ellas, sin embargo no se encuentra significancia contra el resto de los grupos.

Escala	Mujer Control	Hombre Control	p	Mujer Control	Mujer Patológica	p	Mujer Control	Hombre Patológico	p	Hombre Control	Mujer Patológica	p	Hombre Control	Hombre Patológico	p	Hombre Patológico	Mujer Patológica	p
	Medias			Medias			Medias			Medias			Medias			Medias		
M Índice Global	61.2	64.82	0.718	61.2	61.38	0.944	61.2	58.63	0.713	64.82	61.38	0.819	64.82	58.63	0.008	58.63	61.38	0.2
I Intensidad	1.34	2.82	0.33	1.34	2.82	0.524	1.34	1.55	1	2.82	2.82	1	2.82	1.55	0.438			
A Desprecio-Ridiculización	22.02	23.39	0.878	22.02	21.77	0.841	22.02	20.23	0.305	23.39	21.77	0.78	23.39	20.23	0.006	20.23	21.77	0.1
B Coacción	8.63	9.08	0.735	8.63	9.36	0.055	8.63	8.92	0.852	9.08	9.36	0.985	9.08	8.92	0.652	8.92	9.36	0.1
C Restricción Comunicación	6.66	7.11	0.835	6.66	6.61	0.897	6.66	6.17	0.522	7.11	6.61	0.794	7.11	6.17	0.006	6.17	6.61	0.1
D Agresiones	8.59	8.84	0.994	8.59	8.74	0.736	8.59	8.29	0.941	8.84	8.74	1	8.84	8.29	0.21	8.29	8.74	0.2
E Intimidación-Amenazas	10.71	11.18	0.752	10.71	11.03	0.349	10.71	10.65	1	11.18	11.03	1	11.18	10.65	0.144	10.65	11.03	0.1
F Exclusión-Bloqueo Social	10.44	11.11	0.762	10.44	11.18	0.155	10.44	10.73	0.955	11.11	11.18	1	11.11	10.73	0.438	10.73	11.18	0.3
G Hostigamiento Verbal	16.61	17.58	0.925	16.61	15.02	0.066	16.61	14.61	0.041	17.58	15.02	0.069	17.58	14.61	0.001	14.61	15.02	0.4
H Robos	4.78	4.84	1	4.78	5.25	0.155	4.78	4.76	1	4.84	5.25	0.809	4.84	4.76	0.789	4.76	5.25	0.1

Tabla 12. Comparación de los 2 grupos estudiados por género para cada escala con significancia mediante ANOVA

IX DISCUSIÓN

Según la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) en México el número de menores afectados por la violencia escolar aumentó en los últimos dos años 10%, al grado de que 7 de cada 10 alumnos han sido víctimas de violencia, actualmente México ocupa el primer lugar a nivel internacional de casos de bullying en educación básica. En el presente estudio observamos que del 100% (N=200) de los pacientes estudiados con trastorno de aprendizaje, el 35.5% presentan acoso escolar en alguna de sus modalidades, mientras que el grupo control (N=79) llega a ser perceptible en un 50%.

En cuanto a los ítems A (desprecio-ridiculización), C (restricción de la comunicación) y G (hostigamiento verbal), los resultados coinciden con los estudios elaborados por Álvarez et al. (España 2006) y Orozco Ramírez et al. (México 2012) pues en ambos estudios se observaron que las medias más elevadas corresponden a los ítems de agresiones verbales (insultos, amenazas); mismos resultados que respalda las cifras otorgadas por la CNDH en su último reporte respecto al acoso escolar en alumnos de educación primaria y secundaria (18 millones 781 mil 875 alumnos): 25.35% de esta población reporto haber recibido en algún momento insultos y amenazas por parte de sus compañeros. Si bien todos estas encuestas se han realizado en población aparentemente sana, sin tomar en cuenta si alguno de los participantes contaban con algún diagnóstico de trastorno de aprendizaje.

Una limitación del presente estudio es que no se tomó en cuenta la capacidad de aprendizaje del grupo control, sería interesante para futuras investigaciones tomarla en cuenta, así como la realización de una prueba psicométrica completa, ya que esto también podría explicar por que este grupo de pacientes perciben de el acoso escolar de una forma mas intensa y violenta.

Una explicación convincente y fundamentada en la literatura respecto a los resultados obtenidos, es que los pacientes con trastorno de aprendizaje presentan un retraso en la maduración de los circuitos neuronales de los lóbulos frontales, los cuales se encargan de procesos que permiten controlar, regular y planificar la conducta, modulando el comportamiento del individuo para lograr una adaptación completa a situaciones nuevas, complejas e incluso hostiles; en estos pacientes

dicha mielinización se concreta alrededor de los 19-20 años de edad, mientras que en población sana esta se lleva alrededor de los 14 años (26, 27). Esto podría explicar por que el grupo control percibe las diversas formas de acoso escolar en mayor magnitud que el grupo patológico, pues al contar con todas las habilidades íntegras son mas perceptivos ante los cambios o agresiones a las cuales se encuentran sujetos y por tanto, cuentan con mayores recursos para sobrellevar las situaciones y adaptarse más rápidamente a los cambios que se encuentran expuestos. En tanto, los pacientes con trastorno de aprendizaje cuentan con habilidades limitadas para este momento de su desarrollo cognitivo, por lo cual son mas vulnerables o menos perceptibles al ambiente hostil que puede estarlos rodeando.

En la tabla No. 12 podemos observar la comparación entre ambas poblaciones por género. Esta cifra sólo refleja la percepción del acoso en su variedad más directa y agresiva que se expresa mayormente entre varones aparentemente sanos, los cuales mostraron mayor puntaje ante las ítems de desprecio-ridiculización (A), restricción de la comunicación (C) y hostigamiento verbal (G). Este resultado coincide con el análisis elaborado por Ucañán et al (2015), donde no se encontró diferencia significativa entre sexos, mismo resultado encontrado por Piñuel y Oñate (2005) en la versión original del Autotest Cisneros. Del mismo modo Mombusho (1994) afirma que el papel de víctima se comparte de igual manera en ambos sexos. En el caso de las mujeres controles se observó una significancia estadística considerable en cuanto a la escala de hostigamiento verbal (G), resultado compatible con las observaciones de Olweus (1998) y Ortega (1994) quienes señalan que las mujeres agresoras utilizan más elementos psicológicos en sus intimidaciones las cuales suelen ser sutiles y poco evidentes. (28)

En un estudio elaborado por el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juna N. Navarro en el 2011 (9) se constató que el acoso escolar esta altamente relacionado con trastornos psiquiátricos, de los cuales la mayor población que los padece son varones, quienes recurren fácilmente a la violencia física (28). Los trastornos más relacionados con acoso escolar son el TDAH, trastornos de conducta y trastornos de ansiedad (9).

En la presente investigación no se valoraron los papeles implicados para ejercer el acoso escolar, sólo se dio a la tarea de buscar a las víctimas que podrían llegar a padecerlo secundariamente al trastorno de aprendizaje.

El niño con trastorno de aprendizaje no padece una discapacidad en sí, para fines prácticos padece una alteración en la adquisición de los mecanismos de aprendizaje (aspectos básicos del aprendizaje: memoria, motivación, atención y habituación) los cuales por medio de terapia o exposición a un ambiente con retroalimentación y estimulación constante logrará consolidar y ejecutarlos de forma adecuada, sin embargo en muchos casos si encontrará una limitante social la cual será juzgada por sus iguales e incluso por los adultos que lo rodean.

¿En verdad los niños “sanos” padecen mas acoso escolar que los niños con trastorno de aprendizaje?, esta es una pregunta que estamos obligados a responder, quizás el enfocarnos tanto en un niño “diferente” nos haga cambiar de opinion respecto a la forma de educación e incluso al trato que se les otorga, tanto por su familia, sus maestros o incluso sus compañeros, dejando de lado a la población de niños sanos, con los cuales asumimos que por no poseer ninguna deficiencia son perfectamente funcionales en la sociedad que los rodea.

Para últimas fechas el tema del acoso escolar ha desplegado un “Bum” en la sociedad, a pesar de ser un tema bastante antiguo, sin embargo la formación de escuelas integradas, la apertura hacia la aceptación de las diferencias físicas o intelectuales e incluso la promulgación de la tolerancia, han hecho que estas poblaciones vulnerables sean acogidas en muchos aspectos, sin embargo aún quedan muchas incognitas por resolver, pues efectivamente la mayoría de los estudios realizados bajo este tema solo estan aplicados en poblaciones aparentemente “normales”, en las cuales efectivamente se reportan cifras estratosféricas de acoso escolar en todas sus modalidades.

X CONCLUSIONES

El acoso escolar entre iguales es un problema de salud pública en México, problema que se ha venido estudiando desde hace 2 décadas, sin embargo hasta la fecha no se cuentan con estudios en población vulnerable. La presente investigación concluyo que dicho grupo etareo percibe de forma normal o indiferente el acoso escolar respecto al grupo control. Si bien dicho trabajo carece de investigación respecto a otros parámetros (coeficiente intelectual, problema emocional) que podrían estar involucrados en la percepción de cada niño. Aun falta un gran camino por recorrer en cuanto a las poblaciones vulnerables, al poseer una deficiencia/discapacidad/alteración, es interesante saber si el acoso escolar o maltrato realmente se da entre iguales o necesariamente se requiere de un defecto físico o intelectual que los marque como “diferentes” para ser blanco de burlas, alterando el desarrollo psicosocial de la población escolar.

XI CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se considera ésta es una investigación clínica sin riesgo para el paciente debido a que únicamente se tendrá que aceptar ingresar al estudio y contestar el cuestionario correspondiente. Sigue toda la normatividad de la Declaración de Helsinki. Se explicará a los pacientes la naturaleza del estudio y se les invitará a participar, de aceptar, los padres tendrán que firmar la carta de consentimiento informado.

XII. ANEXOS.

12.1 AUTOTEST CISNEROS

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 ESCOLARIDAD: _____

Texto

	SEÑALA CON QUE FRECUENCIA SE PRODUCEN ESTOS COMPORTAMIENTOS EN EL COLEGIO:	Nunca 1	Pocas veces 2	Muchas veces 3	A	B	C	D	E	F	G	H
1	No me hablan	1	2	3								
2	Me ignoran	1	2	3								
3	Me ponen en ridículo ante los demás	1	2	3								
4	No me dejan hablar	1	2	3								
5	No me dejan jugar con ellos	1	2	3								
6	Me llaman por apodos	1	2	3								
7	Me amenazan para que haga cosas que no quiero	1	2	3								
8	Me obligan a hacer cosas que están mal	1	2	3								
9	Me tienen coraje	1	2	3								
10	No me dejan que participe, me excluyen	1	2	3								
11	Me obligan a hacer cosas peligrosas para mí	1	2	3								
12	Me obligan a hacer cosas que no quiero	1	2	3								
13	Me obligan a darles mis cosas o dinero	1	2	3								
14	Rompen mis cosas a propósito	1	2	3								
15	Me esconden las cosas	1	2	3								
16	Roban mis cosas	1	2	3								
17	Les dicen a otros que no estén o que no hablen conmigo	1	2	3								
18	Les prohíben a otros que jueguen conmigo	1	2	3								
19	Me insultan	1	2	3								
20	Hacen gestos de burla o desprecio hacia mí	1	2	3								
21	No me dejan que hable o me relacione con otros	1	2	3								
22	Me impiden que juegue con otros	1	2	3								
23	Me dan pellizcos, puñetazos, patadas....	1	2	3								
24	Me gritan	1	2	3								
25	Me acusan de cosas que no he dicho o hecho	1	2	3								
26	Me critican por todo lo que hago	1	2	3								
27	Se rien de mí cuando me equivoco	1	2	3								
28	Me amenazan con pegarme	1	2	3								
29	Me pegan con objetos	1	2	3								
30	Cambian el significado de lo que digo	1	2	3								
31	Se meten conmigo para hacerme llorar	1	2	3								
32	Me imitan para burlarse de mí	1	2	3								
33	Se meten conmigo por mi forma de ser	1	2	3								
34	Se meten conmigo por mi forma de hablar	1	2	3								
35	Se meten conmigo por ser diferente	1	2	3								
36	Se burlan de mi apariencia física	1	2	3								
37	Van contando por ahí mentiras acerca de mí	1	2	3								
38	Procuran que les caiga mal a otros	1	2	3								
39	Me amenazan	1	2	3								
40	Me esperan a la salida para meterse conmigo	1	2	3								
41	Me hacen gestos para darme miedo	1	2	3								
42	Me envían mensajes para amenazarme	1	2	3								
43	Me zarandean o empujan para intimidarme	1	2	3								
44	Se portan cruelmente conmigo	1	2	3								
45	Intentan que me castiguen	1	2	3								
46	Me desprecian	1	2	3								
47	Me amenazan con armas	1	2	3								
48	Amenazan con dañar a mi familia	1	2	3								
49	Intentan perjudicarme en todo	1	2	3								
50	Me odian sin razón	1	2	3								
				I =	A =	B =	C =	D =	E =	F =	G =	H =

12.2 ESCALAS

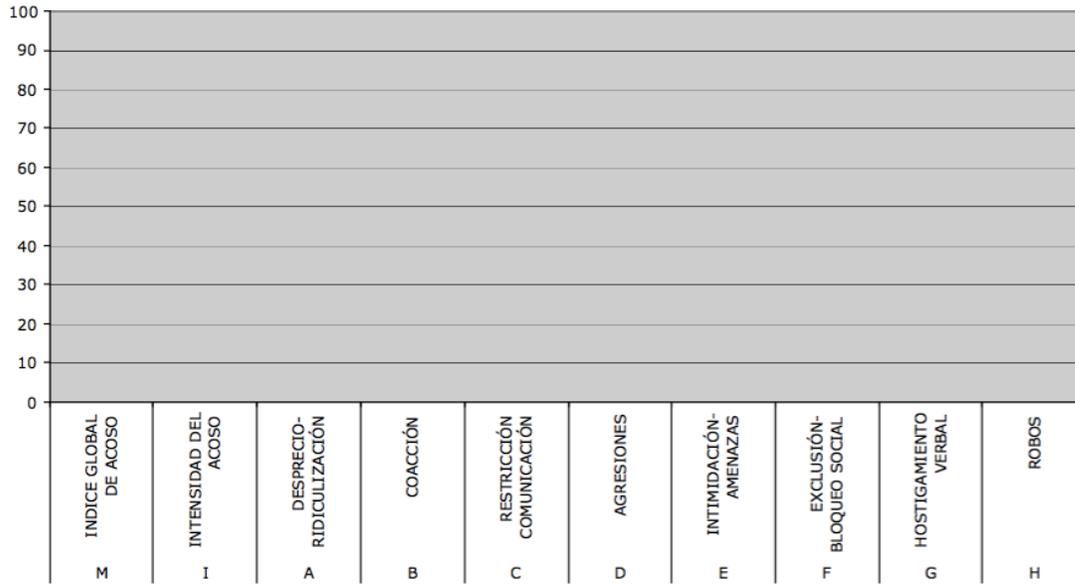
ESCALAS	ITEMS
DESPRECIO-RIDICULIZACIÓN	2, 3, 6, 9, 19, 20, 26, 27, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 44, 46, 50
COACCIÓN	7, 8, 11, 12, 13, 14, 47, 48
RESTRICCIÓN- COMUNICACIÓN	1, 2, 4, 5, 10
AGRESIONES	15, 19, 23, 24, 28, 29, 39
INTIMIDACIÓN- AMENAZAS	28, 29, 39, 40, 41, 42, 43, 47, 48, 49
EXCLUSIÓN- BLOQUEO SOCIAL	10, 17, 18, 21, 22, 31, 38, 41, 45
HOSTIGAMIENTO VERTBAL	3, 6, 17, 19, 20, 24, 25, 26, 27, 30, 37, 38
ROBOS	13, 14, 15, 16

12.3 TABLA DE CALIFICACIÓN

DIMENSIONES	CENTILES	1 a 5	6 a 20	21 a 40	41 a 60	61 a 80	81 a 95	96 a 99
	CALIFICACIÓN	MUY BAJO	BAJO	CASI BAJO	MEDIO	CASI ALTO	ALTO	MUY ALTO
M	INDICE GLOBAL DE ACOSO	0 - 50	51 - 54	55 - 58	59 - 67	68 - 88	89 - 150	
I	INTENSIDAD DEL ACOSO	0 - 1		2	3 - 10	11 - 26	27 - 50	
A	DESPRECIO-RIDICULIZACION	1 - 19		20 - 22	23 - 26	27 - 35	36 - 51	
B	COACCIÓN	1 - 7		8	9 a 11	12 - 18	19 - 24	
C	RESTRICCIÓN de COMUNICACIÓN	1 - 5		6 7	8	9 - 11	12 - 15	
D	AGRESIONES	1 - 7		8 - 10	11	12 - 14	15 - 21	
E	INTIMIDACIÓN-AMENAZAS	1 - 8		9 - 10	11 - 14	15	16 - 30	
F	EXCLUSIÓN-BLOQUEO SOCIAL	1 - 7		8 - 9	10 11	12 - 16	17 - 27	
G	HOSTIGAMIENTO VERBAL	1 - 15		18 - 20	21 - 26	16 - 17	27 - 36	
H	ROBOS	1 - 3		4 - 5	6	7	8 - 12	

12.4 GRÁFICA DE ACOSO ESCOLAR GLOBAL

PERFIL DE ACOSO ESCOLAR



12.5 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

Incidencia de Acoso Escolar en población vulnerable:

Pacientes con Trastorno de Aprendizaje.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El que suscribe Sr.(a) _____ tutor del
niño _____

He sido informado del objetivo del Proyecto de Investigación “**Incidencia de Bullying en población vulnerable: Pacientes con Dislexia.**” el cual consiste en demostrar que los pacientes con este diagnóstico son susceptibles a sufrir bullying, por medio del Test Cisneros. Estoy consiente en base a la explicación que se me ha dado, que las pruebas y estudios que se le realizarán a mi hijo no ocasionarán ningún riesgo para la salud de mi niño y que no se le realizará ningún estudio y tratamiento en contra de mi voluntad, comprometiéndome a traer al niño puntualmente a la realización de dichos exámenes, de la manera que se me indique.

También estoy consiente de que la participación de mi niño es voluntaria y soy libre para abandonar el estudio en cualquier momento, sin que haya ningún cambio en la atención medica institucional y sin incurrir en ningún tipo de penalidad. Así como también si no cumplo con mi parte, el médico responsable podrá decidir interrumpir mi participación.

Por lo tanto estoy de acuerdo en que mi niño participe en esta experiencia.

Firma

México D.F. a ____ de _____ del 2016

12.6 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

Fecha: _____

1. ¿Sabe usted que está participando en el estudio de investigación denominado _____? (para ser llenado por el encuestador)
Número de protocolo _____ (para ser llenado por el encuestador)

SI () NO ()

2. ¿Le invitaron a participar de manera amable, voluntaria y sin presión?

SI () NO ()

Comentarios:

3. ¿Le fue explicado por el médico en que consiste su participación en el estudio?

SI () NO ()

Comentarios:

4. ¿Sabe que tiene que hacer usted durante su participación en este estudio?

SI () NO ()

Comentarios:

5. ¿Comprendió Usted las palabras utilizadas por el médico cuándo le explico lo que le iba a hacer? SI () NO ()

En caso de no haber comprendido ¿sintió Ud. la confianza con el médico de preguntarle sus dudas, preocupaciones y temores?

SI () NO ()

Comentarios:

6. ¿Conoce al médico responsable del estudio, y dónde localizarlo en caso de emergencia?

SI () NO ()

Comentarios:

7. ¿Volvería Usted a participar en otro estudio de investigación en el INR?

SI () NO ()

Comentarios:

8. ¿Percibe algún beneficio por su participación en el estudio de investigación?

SI () NO ()

Comentarios:

9. ¿Se siente usted contento de estar participando en este estudio?

SI () NO ()

Comentarios:

10. ¿Tiene usted alguna queja o sugerencia con respecto a su participación en este estudio?

SI () NO ()

Comentarios:

XIII ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. TIPOS DE ACOSO ESCOLAR	9
TABLA 2. CLASIFICACIÓN DE TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE SEGÚN EL DSM 5.....	14
TABLA 3. CLASIFICACIÓN DE DISLEXIA	15
TABLA 4. CARACTERÍSTICAS DEL RETARDO LECTOGRÁFICO AFÁSICO	16
TABLA 5. CARACTERÍSTICAS DEL RETARDO LECTOGRÁFICO ANÁRTRICO	16
TABLA 6. CARACTERÍSTICAS DEL RETARDO LECTOGRÁFICO GNOSICO-PRÁXICO	17
TABLA 7. PRINCIPALES DIFICULTADES EN LA LECTOESCRITURA EN NIÑOS CON DISLEXIA	18
TABLA 8. TOTAL DE PARTICIPANTES POR GÉNERO Y EDAD CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE APRENDIZAJE.....	29
TABLA 9. TOTAL DE PACIENTTES POR GÉNERO Y EDAD DEL GRUPO CONTROL	29
TABLA 10. PORCENTAJE DE PACIENTES CON ACOSO ESCOLAR POR GRUPO PATOLÓGICO Y CONTROL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DEL ÍNDICE GLOBAL DE ACOSO.	30
TABLA 11. MEDIA Y SIGNIFICANCIA DE CADA ESCALA DEL AUTOTES CISNEROS PARA EL TOTAL DE LA MUESTRA.....	31
TABLA 12. COMPARACIÓN DE LOS 2 GRUPOS ESTUDIADOS POR GÉNERO PARA CADA ESCALA CON SIGNIFICANCIA MEDIANTE ANOVA.....	34

XIV REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Alvarez-García D, Núñez-Pérez J. Et al. Cuestionarios para evaluar la violencia escolar en Educación Primaria y en Educación Secundaria: CUVE-EP y CUVE-ESO. *Apuntes de Psicología*, 2013, (31) 2.
2. Marín-Martínez A, Reidl-Martínez L. Validación Psicométrica del cuestionario “Así nos llevamos en la escuela” para evaluar el hostigamiento escolar (Bullying) en primarias. *RMIE*, 2013 (18) 56.
3. Resumen Informe Mundial sobre la discapacidad. Organización Mundial de la Salud. 2011.
4. Ardila A, Roselli M. Matute-Villaseñor E. Neuropsicología de los trastornos del aprendizaje. Ed Manual Moderno. México 2005
5. Orozco-Ramírez L, Ybarra-Sagardy JL et al. Adaptación del Cuestionario de Violencia escolar en estudiantes de educación secundaria en México. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*. Vol 4 (1), 2012
6. Rodríguez MG. Bullying (acoso escolar). 2011.
7. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003
8. García L, Cerda B. Bullying o acoso escolar. “Proyecto Igualdad entre Mujeres y Hombres 2011”. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De la Fuente Muñiz.
9. Albores-Gallo L, Saucedo-García JM et al. El acoso escolar (bullying) y su asociación con trastornos psiquiátricos en una muestra de escolares en México. *Salud pública de México*. Vol 53 (3) 2011
10. Brixval, C.S., Rayce, S.L.B., Rasmussen, M., Holstein, B.E., & Due, P. (2012). Overweight, body image and bullying. An epidemiological study of 11- to 15-years olds. *European Journal of Public Health*, 22 (1), 126-130.
11. Ortega, R., Elipe, P., Mora-Merchán, J.A., Genta. M.L., Brighi, A., Guarini, A., Smith, P.K., Thompson, F., & Tippet, N. (2012). The emotional impact of bullying and cyberbullying on victims: a European cross-national study. *Aggressive Behavior*, 38 (5), 342-356.)

12. Olweus D. Acoso escolar "bullying" en las escuelas: hechos e intervenciones. Centro de investigación para la promoción de la Salud. Universidad de Bergen Noruega. 2003.
13. López-Lozano G, García-Maldonado V. Tu puedes combatir la violencia bullying. Guía para adolescentes. México, Trillas 2014
14. Martínez L. Bullying y el acoso escolar. El Cisne. 2011; 12 (251).
15. Garaigordobil M, Oñederra JA. Un análisis del acoso escolar desde una perspectiva de género y grupo. Ansiedad y Estrés. 2009, 15(2-3), 193-205.
16. K. Rigby. Consecuencias de la intimidación en las escuelas. Escuela de educación de la Universidad de Australia del Sur, Campus Underdale, Australia Underdale.
17. Mucchielli R, Bou A. La Dislexia: característica, diagnóstico y reeducación. Kapelusz.
18. Ferreyra, M. D. Dispositivos básicos de aprendizaje y su alteración en adolescentes en situación de calle. 2012
19. American Psychiatric Association. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5º Edición. 2014
20. (Azcoaga J.E., Derman B, Iglesias P.A. Alteraciones del aprendizaje escolar. Diagnóstico, fisiopatología, tratamiento. Ed. Paidós Ibérica. 1997)
21. Quintanar-Rojas L, Solovieva Y. Análisis neuropsicológico de las dificultades en la lecto-escritura.
22. Chades, M. Et al. La violencia y la escuela. Prevención, diagnóstico e intervenciones terapéuticas en algunas instituciones educativas seleccionadas de la ciudad de San Luisa
23. Merlyn S, Díaz-Mosquera E. Maltrato entre pares: incidencia y características generales en segundo a décimo grado de la educación básica particular, Quito, Ecuador. Revista Intercontinental de Psicología y Educación. Vol 14. 2012.)
24. Piñuel & Oñate, (2005) Informe Cisneros VII: violencia y acoso escolar en alumnos de primario. Eso y Bachiller. España IEEDD.

25. Piñuel I, & Oñate A. (2006). AVE "Acoso y violencia Escolar". Madrid: TEA Ediciones, S.A.
26. García-Molina A, Enseñat-Cantallops A. (2009). Maduración de la corteza prefrontal y desarrollo de las funciones ejecutivas durante los primeros cinco años de vida. Rev Neurol 2009; 48 (8): 435-440.
27. Karen L. Bierman et al. Executive functions and school readiness intervention: Impact, moderation, and mediation in the Head Start REDI program. Development and psychopathology, Volume 20 / Issue 03, 2009, pp 821-843. Cambridge University
28. Robles, J. D. U. (2015). Propiedades psicométricas del autotest cisneros de acoso escolar en adolescentes del valle chicama. Revista de investigación de estudiantes de psicología "JANG", 3(1), 58-84.