



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

Luis Guillermo Ibarra Ibarra

**INCIDENCIA DE ACOSO ESCOLAR EN POBLACION VULNERABLE:
PACIENTES CON MALFORMACION DE OIDOS**

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. MONIKA CELIS SANCHEZ

Profesor titular:

DRA. XOCHIQUETZAL HERNANDEZ LÓPEZ

Asesores:

DRA. ILEANA GUTIERREZ FARFAN

DR. ALFREDO DURAND RIVERA



Ciudad de México, 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 GUTIERREZ FARFAN
ASESOR CLÍNICO

DR. ALFREDO DURAND RIVERA
ASESOR METODOLÒGICO

Investigador Principal:

Dra. Monika Celis Sánchez

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

Asesor clínico:

Dra. Ileana Gutiérrez Farfán

Médico especialista, adscrito al servicio de Audiología Pediátrica 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

RESUMEN	1
I. INTRODUCCION	2
II. MARCO TEORICO	4
CAPITULO 1. ACOSO ESCOLAR.	4
HISTORIA DEL ACOSO ESCOLAR.	5
TIPOS DE ACOSO ESCOLAR.	6
DISCAPACIDAD Y ACOSO ESCOLAR.	8
CAPITULO 2. MICROTIA.	11
GRADOS DE HIPOACUSIA.	13
CLASIFICACIÓN DE MICROTIA.	15
CAPITULO 3. CUANTIFICACION DEL ACOSO ESCOLAR: AUTOTEST CISNEROS	21
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
III JUSTIFICACION	23
IV HIPOTESIS	24
V OBJETIVO GENERAL	24
VI MATERIAL Y MÉTODOS	25
DISEÑO DEL ESTUDIO	25
DEFINICIÓN DEL UNIVERSO	25
TAMAÑO DE MUESTRA.	26
DEFINICIÓN DE LAS UNIDADES DE OBSERVACIÓN	26
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.	26
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.	27
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	27

DEFINICIÓN DE VARIABLES Y UNIDADES DE MEDIDA	27
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	28
VII RESULTADOS	29
VIII DISCUSIÓN	34
IX CONCLUSIONES	38
X CONSIDERACIONES ÉTICAS.	39
XI ANEXOS	40
ANEXO 12.1: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	40
ANEXO 12.2: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN	41
ANEXO 12.3: CUESTIONARIO APLICADO: AUTOTEST CISNEROS	43
ANEXO 12.4: ESCALAS DE AUTOTEST CISNEROS	44
XII INDICE DE TABLAS	45
XIII BIBLIOGRAFIA	46

RESUMEN

El acoso escolar es un grave problema de salud pública no solo en México sino en todo el mundo, tiene efectos importantes en la población general pero influye de forma importante en pacientes con alguna discapacidad ya que es un grupo vulnerable dentro de la sociedad, más aún cuando la discapacidad va de la mano con una malformación como lo es el caso de Malformación de oídos. Por lo anterior se busca conocer la estadística de acoso escolar en estos pacientes.

I. INTRODUCCION

El acoso escolar es una forma de violencia mediante la intimidación de un agresor a una víctima dentro del contexto escolar, ha tomado gran importancia en los últimos años ya que se ha hecho conciencia de las consecuencias y graves efectos que puede causar. Éste fenómeno de violencia escolar sucede internacionalmente por lo que hoy en día se ha hecho énfasis en la identificación del mismo y se ha tratado de crear intervenciones y estrategias para combatirlo.

Para la Organización Mundial de la Salud el acoso escolar o bullying es un problema de salud mayor que requiere de tiempo y atención coordinada y concentrada por el personal salud, los creadores de políticas y familias; la creciente conciencia acerca de la morbilidad y mortalidad asociada con el acoso escolar ha ayudado a darle a éste obstáculo psicosocial un nivel modesto de atención a nivel mundial¹. Por todo esto es de suma importancia identificar a aquellos individuos que tienen mayor riesgo de ser víctimas de acoso escolar. Dentro de la población afectada por el acoso escolar, existen grupos con mayor propensión a ser víctimas como lo es la población con discapacidad, dentro de las que se incluyen las malformaciones. La malformación de oídos engloba una discapacidad física asociada, esto hace que estos pacientes sean un blanco fácil de víctimas de acoso escolar por lo que se quiere conocer la estadística en la que esta población está afectada.

Para poder detectar y cuantificar no solo el acoso escolar sino la intensidad y los distintos tipos del mismo, se requiere una herramienta que permita dar esta información. En 1996, Olweus creó un cuestionario inicial con la finalidad de acotar las conductas que componen el acoso escolar. Años más tarde, en 1999, Avilés elabora un cuestionario sobre intimidación y maltrato entre iguales. Es aplicable a alumnos de Educación Secundaria, aunque también tiene una aplicación para los padres y otra para el profesorado. Otras pruebas de evaluación son también las elaboradas por Cerezo (2006) o la elaborada por Piñuel y Oñate (2005)². Para

nuestro estudio se eligió el Autotest Cisneros elaborada por Piñuel y Oñate la cual valora de forma global el acoso escolar así como la intensidad y los distintos tipos del mismo; está validada en idioma español y ha sido utilizado no solamente en España donde se creó, sino en varios países de América Latina.

II. MARCO TEORICO

CAPITULO 1. ACOSO ESCOLAR.

El acoso escolar también conocido como bullying (intimidación), se ha utilizado para referirse a la violencia en las escuelas ejercida de diferentes formas por uno/a o varios/as escolares hacia otro/a y otros/as escolares y que implica cuatro aspectos principales: a) existe un desbalance y abuso de poder (se ejerce hacia la persona más débil), b) es intencional y elegida, c) causa daño a las y los participantes directos y a quienes les rodean y, d) se repite a lo largo del tiempo (meses o años)³.

Definición de acoso escolar.

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 víctimas⁴.

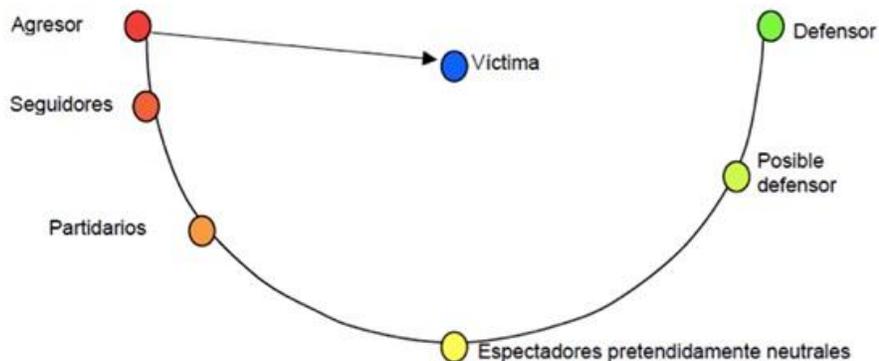


Figura 1: El círculo del bullying (Olweus, 2001) Disponible en: (Collell J, Escudé C. (2004), Rol de les emocions en els processos de maltractament entre alumnes. 2004. Àmbits de Psicopedagogia 12: 21-26.)

Historia del acoso escolar.

Dan Olweus (1982) en Noruega fue el primero en estudiar el tema a raíz del suicidio de tres jóvenes en ese año. En el Reino Unido desde 1989 existe una línea telefónica directa a la que llaman aquellos que buscan consejos sobre situaciones de bullying. Existen muchos programas de prevención en muchos países de Europa, Estados Unidos y España donde han realizado planes educativos de prevención desde 1997⁵.

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, tales como sociales, psicológicos y emocionales.

Para hablar de acoso escolar se deben presentar las siguientes características:

- Víctima indefensa atacada por un agresor o grupo de agresores.
- Presencia de desigualdad de poder (desequilibrio de fuerzas), entre el agresor y la víctima.
- 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 específicos, nunca al grupo.
La intimidación se puede ejercer en solitario o en grupo ⁶ .

Tabla 1

Tipos de acoso escolar.

DIRECTO	INDIRECTO
Físico: contacto físico hacia la víctima como golpes o empujones.	Aislamiento
Verbal: agresión mediante groserías, apodos, cartas o notas intimidantes.	No se le permite la integración grupal.
No verbal: mediante lenguaje expresivo corporal como miradas, gesticulaciones, señas, sacar la lengua etc.	Rumores de la víctima.

Tabla 2

Lo que diferencia una situación cotidiana con el fenómeno del acoso, es que en el caso del acoso escolar la conexión 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.

Factores que contribuyen a que se presente acoso escolar:

- Época violenta
- Factores estresantes
- Crisis de valores
- Falta de sensibilidad a la singularidad de la víctima, su individualidad, su historia familiar, la historia de relación con sus padres, la forma en cómo afronta sus sentimientos y su responsabilidad.
- Ambiente familiar de agresividad⁷.

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 sobrepeso⁸. Aquellos con alguna discapacidad física, intelectual, o anomalías como malformaciones son víctimas comunes.

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.

Discapacidad y acoso escolar.

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 estudiantes¹⁰. 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^{11,12}. 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 escuela⁴.

Actualmente el movimiento de escuelas inclusivas se ha caracterizado por su búsqueda incesante de respuestas educativas efectivas a la diversidad del alumnado¹³. El desafío a enfrentar para lograr la inclusión de los estudiantes con discapacidad, es el acoso escolar. Como se ha mencionado anteriormente los grupos vulnerables son un blanco que debe de ser vigilado y los pacientes con discapacidades forman parte de ellos. Las discapacidades pueden ser distintas ya sean visuales, auditivas, físicas o mentales. Los pacientes con malformaciones visibles de oído presentan además discapacidad auditiva por lo que son un grupo importantemente vulnerable ante el acoso escolar.

Hoy en día, se han intentado tomar medidas extraescolares para minimizar dicho problema, sin embargo los grupos vulnerables siguen siendo un foco rojo en esta población de niños acosados, ya que al contar con una discapacidad evidente son más propensos a ser blanco de burlas, no solo de iguales, sino también del personal docente y de sus propias familias.

La falta de comunicación en las familias, falta de empatía, relaciones interpersonales pobres y basadas en prejuicios, violencia social, rechazó 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 actual¹⁴. 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 poco, el acoso escolar se consideraba algo inevitable y en cierta como un problema de carácter estrictamente privado que debía ser solventado en el seno de las relaciones entre iguales, o cuando más en el ámbito de la disciplina escolar, sin intervención por parte de la jurisdicción de menores. Incluso las manifestaciones más sutiles de estos comportamientos antisociales tales como el aislamiento deliberado de un menor y/o exclusión han sido tradicionalmente

toleradas¹⁵. 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 compromiso¹⁴. Con el ingreso de niños discapacitados a las aulas integradoras se encuentra una grave situación que puede poner en riesgo no sólo su escolaridad, sino su propia integridad.

CAPITULO 2. MICROTIA.



Figura 3: Anatomía del oído normal. Disponible en: <http://www.centroauditivo-valencia.es/2015/10/27/fisiolog%C3%ADa-de-la-audici%C3%B3n-o%C3%ADdo-externo/>.

El oído se puede dividir anatómicamente en 3 partes: el oído interno, medio y externo. La porción externa del oído comprende el pabellón auricular, el conducto auditivo externo (CAE) hasta la membrana timpánica¹⁶. El pabellón auricular consta principalmente del hélix, antihélix, concha, lóbulo, trago y antitrago (Figura 3). Deriva embriológicamente del primer y segundo arco branquial y la patología se produce entre la quinta y sexta semana de gestación debido a múltiples factores tanto genéticos, teratógenos y anomalías vasculares que influyen en el normal desarrollo normal del oído¹⁷.

El término microtia se refiere a una malformación del oído externo, caracterizado por un pabellón auricular pequeño y con alteración en su forma¹⁸. La microtia engloba un espectro de anomalías congénitas del pabellón auricular que varían en un rango de severidad desde una ligera anomalía estructural hasta una ausencia completa del pabellón auricular o anotia¹⁹. Pueden haber anomalías estructurales adicionales que involucren el CAE, la membrana timpánica, los huesos de oído medio o una combinación de estos²⁰.

La prevalencia en México es de 7.37/10,000 nacidos vivos y muertos durante el periodo 1978-2010, esto reportado por el Registro y Vigilancia Epidemiológica de Malformaciones Congénitas Externas²¹. Otras publicaciones reportan de 1 por cada 6000 a 12000 nacidos. En estudios epidemiológicos, principalmente realizados en Estados Unidos se ha reportado una prevalencia entre 0.83 y 4.34 por 10, 000 nacimientos¹⁸.

Se han encontrado variaciones en la prevalencia con respecto a la raza teniendo un mayor riesgo los Asiáticos (3:1), Latinoamericanos (7:1) y Nativos Americanos (Indios Navajo) con 1 en 1, 200, comparados con los Afroamericanos y Caucásicos^{18, 19}.

Se presenta con más frecuencia en hombres con un riesgo estimado de 20 a 40% en comparación con las mujeres. En más del 75% de los casos son unilaterales, en un 60% el oído derecho el más afectado^{18, 20}.

La microtia puede presentarse como una condición aislada, parte de un espectro de anomalías o asociada a un síndrome, siendo la forma bilateral la que se asocia con mayor proporción a otras anomalías. Las anomalías más comunes asociadas a microtia incluyen: anomalías vertebrales, labio y/o paladar hendido, asimetría facial, malformaciones renales, defectos cardiacos, microftalmia, holoprosencefalia y polidactilia. La mayoría de estas anomalías se asocia al espectro Facio-auriculo-vertebral^{22, 23}. Debido a ésto los pacientes deben de ser examinados para otras dismorfias.

Más del 80% de pacientes con microtia presentan adicionalmente una hipoacusia o pérdida auditiva de tipo conductiva en el lado afectado, dependiendo del tipo de defecto se puede realizar cirugía funcional para recuperar audición además de la reconstructiva para fines estéticos^{18, 19}.

La etiología es variable ya que la causa es heterogénea, pueden tener un origen genético o ser adquiridos por lo que existe evidencia acerca del rol de factores ambientales, genéticos teratógenos, y anomalías vasculares durante la morfogénesis embrionaria^{24, 25}.

En cuanto al origen genético en la microtia, varios estudios indican que la herencia Mendeliana se presenta en mayor proporción en casos asociados a otros síndromes y casos familiares, mientras que causas multifactoriales y herencia poligénica es más probable en casos esporádicos además se ha reportado variedad de anomalías cromosómicas como trisomías (13, 18, 22), deleciones y traslocaciones cromosómicas así como mutaciones en genes específicos como TCOF1, HOXA2, HOXA1, TBX1 y BAPX1. Numerosos factores no genéticos se han asociado a microtia. Existen hipótesis actuales que favorecen que un defecto en la migración de las células de la cresta neural es probablemente una de las causas aunque el mecanismo exacto no se conoce. Sin embargo, debido a la heterogeneidad clínica, es posible que distintos procesos patogénicos den como resultado a los distintos tipos de microtia. Se han identificado factores de riesgo ambientales, tales como peso al nacer edad materna o paterna avanzada, multiparidad, enfermedad materna o uso de medicamentos durante el embarazo, Diabetes Mellitus gestacional, infecciones prenatales y madre de procedencia latinoamericana. Evidencia importante ha demostrado la asociación entre exposición durante la gestación a medicamentos y microtia, incluyendo teratógenos conocidos como retinoides, talidomida y el inmunosupresor micofenolato de mofetilo^{26, 22, 19, 18}.

Grados de hipoacusia.

La malformación de oídos, como se ha mencionado por lo general se acompaña de una pérdida auditiva, en el caso de la microtia unilateral casi siempre encontramos audición normal contralateral pero en microtia bilateral la pérdida auditiva será en ambos oídos. El grado de hipoacusia puede ser variable en el

oído con la malformación, presentándose desde una hipoacusia superficial, media o severa hasta una profunda siendo por lo general de tipo conductivo. En cuanto a las clasificaciones de la hipoacusia, existen varias, de las más utilizadas son las de la American Speech-Language Hearing Association (ASHA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

CLASIFICACION DE HIPOACUSIA POR LA OMS

Grado de Audición	Medida en dB HL
Audición normal	0-25dB
Hipoacusia leve	26-40dB
Hipoacusia moderada	41-60dB
Hipoacusia severa	61-80dB
Hipoacusia profunda	81 o >

Tabla 3: OMS 2016 en: http://www.who.int/pbcd/deafness/hearing_impairment_grades/e.

La clasificación utilizada en el Instituto Nacional de Rehabilitación se mide mediante el estudio de audiometría tonal evaluando las frecuencias de 125 a 8000 Hertz (Hz) con las intensidades de 0 a 120 decibeles (dB) hearing level (HL):

Grado de Audición	Medida en dB HL
Audición normal	0-20dB
Hipoacusia leve	20-40dB
Hipoacusia moderada	40-60dB
Hipoacusia severa	60-80dB
Hipoacusia profunda	80 o >

Tabla 4

Para conocer el tipo de la pérdida auditiva, puede ser de tipo conductivo como lo es generalmente en la microtia o de tipo sensorneural o mixta. La American Speech-Language Hearing Association (ASHA) lo define como en su serie de información del 2015²⁷.

Tipo de Hipoacusia	Características
Conductiva	Cuando el sonido no se transmite fácilmente por el oído externo hacia la membrana timpánica y la cadena osicular del oído medio. Puede ser por alteración en el oído externo o medio en cualquiera de sus porciones.
Sensorineural	Ocurre cuando hay daño al oído interno (cóclea) o al nervio auditivo así como el trayecto del oído interno hacia el cerebro (vía auditiva).
Mixta	Cuando una hipoacusia conductiva ocurre en combinación con una pérdida sensorineural. Por lo tanto puede haber daño en el oído externo, medio, interno (cóclea) o en el nervio auditivo.

Tabla 5: ASHA Audiology Information Series 2015.

La pérdida auditiva puede variar también dependiendo del grado de malformación y si además de la afección del oído externo también se encuentre involucrada una malformación de oído medio. En algunos casos puede ser una hipoacusia neurosensorial cuando se afecta además el oído interno o el nervio auditivo²⁸.

Clasificación de Microtia.

Existen múltiples clasificaciones para determinar el grado de microtia entre ellas encontramos la de Marx (1926), quien fue el primero en publicar un sistema de clasificación¹⁷. Existen otras por los autores Ogino et al (1976) y Fukuda (1988)²⁹. Una de las más completas que regularmente se utiliza en el servicio de Audiología del Instituto Nacional de Rehabilitación es la de Altmann (1955) la cual presenta 3 grados de microtia³⁰ que se describen a continuación:

Grado de Microtia	Características auriculares
Grado I	<ul style="list-style-type: none"> - La oreja puede ser normal o presentar algún indicio de malformación. - El CAE puede ser normal, o hipoplásico en toda su extensión. - La membrana timpánica normal en presencia de un conducto regular, pero frecuentemente es gruesa y opaca. - El mango del martillo muchas veces es deforme y está en posición anómala.
Grado II	<ul style="list-style-type: none"> - Comprende la mayoría de las deformidades del oído. - Las malformaciones de la oreja se clasifican en microtia tipo I, II, III. - El CAE es hipoplásico o aplásico, o puede terminar en fondo de saco con uno o, a veces dos trayectos fistulosos que conducen a una membrana timpánica rudimentaria. - Las malformaciones osciculares son comunes. - El nervio facial puede estar hipoplásico o en casos raros llegar a faltar, pueden faltar los nervios petrosos superficiales mayor y menor y la cuerda del tímpano.
Grado III	<ul style="list-style-type: none"> - La oreja suele estar deformada o puede faltar por completo (anotia, en otras clasificaciones se presenta como grado IV). - El CAE es aplásico. En ocasiones se observa un CAE rudimentario el cual consiste de tejido conectivo y epidermis o puede tener un trayecto fistuloso. - La apófisis mastoides es fistulosa y no se ha neumatizado. - El oído medio y el antro pueden estar representados por una luz. - Son muy frecuentes las malformaciones del oído interno.

Tabla 6

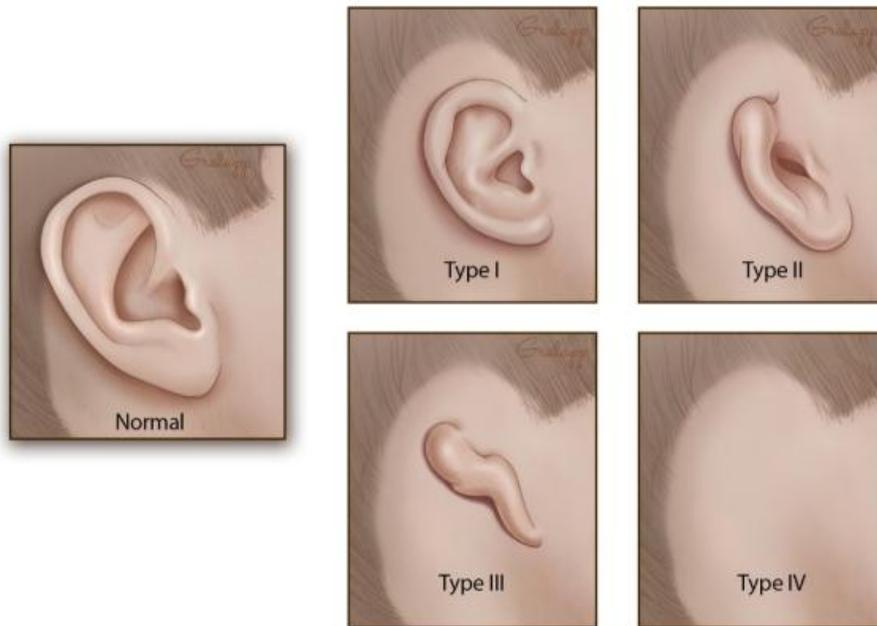


Figura 4: Grados de Microtia. Stanford Ear Institute. Disponible en:

<http://med.stanford.edu/ohns/healthcare/earinstitute/health-info/conditions/microtia.html>

Al ser una malformación visible, la microtia generalmente es detectada en la exploración física del recién nacido, es de suma importancia que sea evaluada correctamente.

Para la valoración audiológica, el primer paso es determinar el grado de hipoacusia con el que cursa el paciente principalmente en los casos de microtia bilateral. En el caso de microtia unilateral confirmar la audición normal del oído sano. Dentro de la batería de estudios se debe realizar audiometría, impedanciometría, emisiones otoacústicas y potenciales evocados auditivos de tallo cerebral así como una evaluación radiológica de las estructuras anatómicas del oído: CAE, oído medio, Trompa de Eustaquio y oído interno en todos los casos de microtia previo a cualquier intervención quirúrgica²⁸.

El estudio de elección para la valoración radiológica es la Tomografía computada de oídos y mastoides. Algunos autores, como Jahrsdoerfer, propusieron una clasificación preoperatoria de los casos de atresia, de acuerdo con los hallazgos

tomográficos en cortes coronal y sagital para seleccionar los casos quirúrgicos, con un buen pronóstico funcional³¹. Mediante esta clasificación preoperatoria se seleccionan los casos quirúrgicos, se le proporciona un valor a cada estructura anatómica, de tal manera que 10 puntos es un caso excelente, donde se puede esperar muy buen resultado; de ocho o nueve, un pronóstico bueno; de seis a siete, regular, y cinco o menos habla de un mal candidato para cirugía:

HALLAZGO ANATOMICO	VALOR
Estribo intacto	2
Ventana oval normal	1
Buen espacio del oído medio presente	1
Trayecto del facial normal	1
Yunque-martillo presente	1
Buena neumatización mastoidea	1
Articulación yunque-estribo	1
Buen aspecto del pabellón	1
Estenosis CAE con barra maleolar	1

Tabla 7

Existe una modificación de la Escala de Jahrsdoerfer por Martin y Soda la cual se utiliza regularmente en el Instituto Nacional de Rehabilitación:

HALLAZGO ANATOMICO	VALOR
Neumatización mastoidea completa	1
Permeabilidad del CAE	1
Buen espacio del oído medio presente	1
Cadena osicular presente:	
a) Complejo martillo-yunque	1
b) Estribo	1
Ventana oval	1
Nervio Facial:	
a) Porción timpánica	1
b) Porción mastoidea	1

Tabla 8

Al sumar los valores, un total de 8 puntos es un caso excelente, donde se puede esperar muy buen resultado; 7 puntos daría un pronóstico muy bueno; 6 sería bueno, 5 regular, y 4 o menos habla de un mal candidato para cirugía³².

Una vez detectada la microtia, es esencial que sean valorados por un equipo multidisciplinario para proporcionar un enfoque e intervención individualizada, englobando el aspecto funcional, estético, audiológico y psicológico³³.

La valoración y seguimiento audiológico es fundamental, en el caso de microtia unilateral al contar con audición normal en el oído contralateral a la microtia, el paciente tendrá generalmente conducta de normoyente y se dan recomendaciones y medidas generales principalmente mantener el oído sano en óptimas condiciones. En el caso de que el paciente tenga microtia bilateral se debe de indicar el tratamiento adecuado para la hipoacusia, dependiendo de la edad y recursos existen distintas posibilidades, en pacientes menores de 5 años se puede adaptar un auxiliar auditivo mediante una caja adaptada a una diadema y vibrador óseo. Otra posibilidad es adquirir un implante osteointegrado. La utilidad de los implantes auditivos osteointegrados para el tratamiento de pacientes con hipoacusia de conducción pura o mixta, uni o bilateral, está más que demostrada, convirtiéndose en una de las cirugías que mayores avances ha experimentado en los últimos años³⁴ y finalmente se cuenta con la cirugía funcional.

Es necesario descartar otras anomalías congénitas o dismórficas para determinar si se asocia a algún síndrome²⁰.

La corrección quirúrgica y cuando sea posible funcional en caso de que estén conservadas suficientes estructuras anatómicas y la estética, la cirugía se recomienda según cada autor a distintas edades, algunos mencionan a partir de los 6 años cuando haya buen desarrollo cartílago costal para injerto, Nagata recomienda de 10 a 16 años. Se han descrito variadas técnicas de reconstrucción. Las más utilizadas son: la reconstrucción con implantes, reconstrucción protésica

y la reconstrucción autóloga mediante cartílago costal, siendo esta última la más ampliamente aceptada. Cada una de estas técnicas tiene ciertas indicaciones, así como ventajas y desventajas¹⁷. En algunos casos cuando no es posible la cirugía funcional y el paciente no desee cirugía estética, se puede ofrecer como alternativa una prótesis auricular.

Es de suma importancia vigilar el adecuado desarrollo de lenguaje y aprendizaje, en los casos en que el paciente presenta alteraciones se debe indicar apoyo pedagógico, lugar preferencial en el salón de clases con lateralización del oído sano hacia la fuente sonora. Finalmente un aspecto muy importante que es el manejo psicosocial y emocional que permita al paciente aceptar la malformación²⁸.

La presentación de microtia tiene un gran impacto psicológico ya que deja secuelas psicosociales incluyendo el estigma asociado con las malformaciones del oído externo así como la carga emocional que lleva a las cirugías tanto funcionales como estéticas¹⁹.

Los pacientes con microtia son población vulnerable y además del impacto psicológico y carga emocional que conlleva la malformación el acoso escolar en estos pacientes tiene consecuencias importantes en el desarrollo que deben atenderse por lo que es importante conocer si existe acoso escolar y el grado de éste en esta población.

CAPITULO 3. CUANTIFICACION DEL ACOSO ESCOLAR: AUTOTEST CISNEROS

Para conocer la existencia del bullying o acoso escolar, es necesario establecer el grado de gravedad de acoso escolar así como el perfil específico de los comportamientos de acoso individuales, para obtener indicadores confiables sobre ésto se requiere de una prueba objetiva como un cuestionario. El Autotest Cisneros fue seleccionado porque está validado en población de habla hispana, es un cuestionario en español de preguntas objetivas, con una escala de conductas dentro del acoso escolar, de utilización libre y ofertado para descarga gratuita, permite establecer de una forma rápida y sencilla el grado de afectación de un niño por comportamientos de acoso, al ser autoaplicable evita el sesgo del entrevistador. 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 ha sido utilizada por este instituto en España, en estudios sobre violencia y acoso. A través de 50 reactivos se recaba información sobre ocho conductas específicas, ya que el acoso escolar se manifiesta por un comportamiento de persecución persistente, se materializa en los siguientes 8 tipos de conductas:

- 1) Comportamientos de Desprecio y Ridiculización
- 2) Coacciones
- 3) Restricción de la Comunicación y Ninguneo
- 4) Agresiones físicas
- 5) Comportamientos de Intimidación y Amenaza
- 6) Comportamientos de Exclusión y de Bloqueo Social
- 7) Comportamientos de Maltrato y Hostigamiento Verbal
- 8) Robos, Extorsiones, Chantajes y Deterioro de pertenencias³⁵

Utilidad del Autotest Cisneros.

El Autotest Cisneros ha sido utilizado en otros países en numerosos estudios relacionados con el acoso escolar. En el Informe Cisneros VII desarrollado desde el Instituto de Innovación Educativa y Desarrollo Directivo (IEDI) entre el 15 de

Mayo de 2005 y el 15 de Junio de 2005, el estudio reveló que la escala para evaluar el Índice Global de Acoso (Cisneros) presenta un índice de Fiabilidad (alfa de Cronbach) de 0.9621^{35, 36, 37}. Las respuestas dadas por los participantes permiten obtener un índice global de maltrato en una escala entre 50 y 150 puntos, así como un índice de intensidad del maltrato que, dependiendo de la gravedad, se ubica entre 1 y 50 puntos³⁷. Dicho lo anterior consideramos que se trata de una prueba confiable, la cual se puede acoplar a las características de la población que se pretende estudiar.

I. 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, se cree necesario conocer la incidencia de acoso escolar en pacientes con malformación de oídos y si la incidencia es mayor que en la población general.

III JUSTIFICACION

El acoso escolar está presente y es un gran problema que se vive actualmente en el ambiente escolar a nivel mundial lo cual perjudica el desarrollo de los niños tanto en el ámbito emocional, psicológico, social y en algunos casos físico, afectando todo esto el desempeño escolar. Este problema también existe en población con discapacidad como en pacientes con malformación de oído; es de suma importancia que este problema sea identificado en este grupo poblacional.

En el Instituto Nacional de Rehabilitación se brinda consulta médica y terapia de rehabilitación a paciente con diversas discapacidades como en pacientes con microtia; sin embargo no se ha realizado una valoración respecto al ambiente afectivo escolar en el cual se desarrollan, por lo que se considera que es un factor fundamental para lograr un manejo completo del paciente.

IV HIPOTESIS

La incidencia de acoso escolar en pacientes con Malformación de oídos de 6 a 18 años de edad atendidos por el servicio de Audiología del Instituto Nacional de Rehabilitación es mayor que en la población general.

V OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia que tiene el acoso escolar en los pacientes con Malformación de oído(s) en el Instituto Nacional de Rehabilitación.

VI MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Estudio longitudinal, descriptivo y prospectivo.

En el Instituto Nacional de Rehabilitación la Malformación de oído(s) se clasificó de acuerdo a Altmann.

Definición del universo

- a. Grupo control consistió de una N=79 escolares de 6 a 18 años de edad que se obtuvo en el periodo de tiempo del 01 de junio del 2015 al 01 de junio del 2016.

- b. Grupo de estudio constó de un N= 151 pacientes de 6 a 18 años de edad atendidos en el servicio de Audiología del Instituto Nacional de Rehabilitación en el periodo de tiempo de 01 de junio del 2015 al 01 de junio del 2016 con diagnóstico de Malformación de oído(s), se incluyeron a pacientes con microtia unilateral, bilateral, sindrómica y no sindrómica con hipoacusia de superficial a severa.

A ambas poblaciones se les aplicó el Autotest Cisneros, el cual es una prueba confiable, ajustándose a las características de la población estudiada; consta de 50 ítems en los que los sujetos de estudio 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 (M)" de riesgo, y a la "Intensidad (I)" del maltrato.

Tamaño de muestra.

151 pacientes con diagnóstico de Malformación de oído(s) entre las edades de 6 y 18 años de edad.

Definición de las unidades de observación

Pacientes entre las edades de 6 y 18 años de edad con diagnóstico de Malformación de oído(s) que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de inclusión.

- a. Pacientes con diagnóstico de Malformación de oído(s) atendidos en el Servicio de Audiología del Instituto Nacional de Rehabilitación.
- b. Pacientes con hipoacusia superficial, media o severa que les permita tener un lenguaje y comprensión del mismo para poder contestar el Autotest Cisneros. Que tengan malformación de oído(s) visible, unilateral, bilateral, sindrómica y no sindrómica (Espectro FAV, Síndrome Oculo-aurículo-vertebral, Síndrome de primer y segundo arco).
- c. Edad de los 6 a los 18 años de edad en ambos grupos.
- d. Aceptar participar en el protocolo de investigación con autorización y firma de los padres del consentimiento informado.

Criterios de exclusión.

- Diagnóstico de alguna enfermedad psiquiátrica.
- Descartar otros síndromes que cursen con hipoacusia pero no estén asociados a Malformación de oído(s).

Criterios de eliminación

- Pacientes con Malformación de oídos bilateral con hipoacusia profunda y/o sin lenguaje o comprensión del mismo.

Definición de variables y unidades de medida

En la presente investigación se utilizó el cuestionario Autotest Cisneros (Anexo 12.3), el cual es un cuestionario de origen español que consta de 50 ítems con posibilidad de respuesta (Nunca =1, Pocas veces=2, Muchas veces =3) según la frecuencia en que se presente cada reactivo al parecer del encuestado. Algunos reactivos fueron modificados acorde al vocabulario mexicano. Se obtiene un índice global de acoso (IGA) sumando el puntaje total de los reactivos obteniendo una calificación acorde a la tabla para calificar el cuestionario (Anexo tabla 12.2), se mide la intensidad del acoso (IA) según la cantidad de respuestas de “muchas veces” obteniendo un puntaje del 1 al 50. Los reactivos de la prueba valoran 8 componentes (Anexo tabla 12.1) los cuales nos dan las variables independientes de tipo cuantitativo que se describen a continuación:

- 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, 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 chantajes³⁸.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

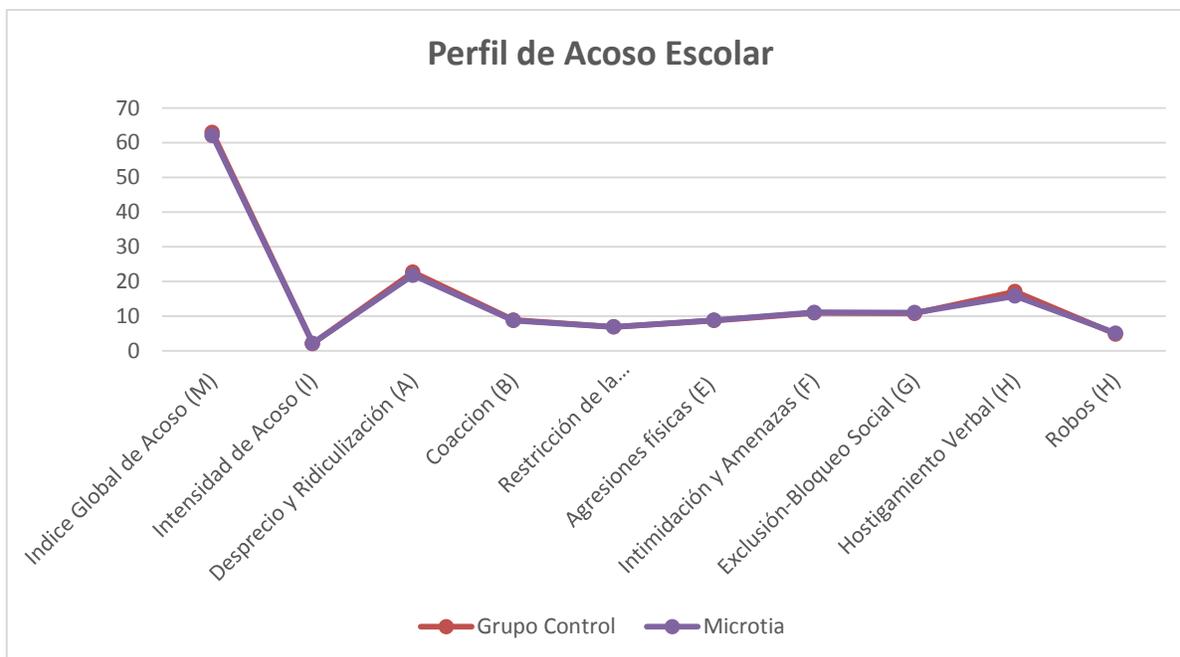
- Se aplicó estadística descriptiva y se contrastaron porcentajes con χ^2 .
- Se aplicó estadística cuantitativa, específicamente T de student para comparar el grupo control contra el grupo estudiado y ANOVAs para comparar los distintos diagnósticos y el género.

VII RESULTADOS

Se obtuvo un total de 151 pacientes con diagnóstico de Malformación de oídos y 79 controles que contestaron el Autotest Cisneros, se analizó de forma comparativa cada uno de los elementos obtenidos estadísticamente con T de student. Mediante el análisis no se obtuvo una diferencia significativa entre el índice global de acoso (IGA) del grupo control y el grupo con Microtia. La intensidad del acoso (IA) fue muy parecida entre los 2 grupos. Se analizaron los 8 componentes de los reactivos del cuestionario, encontrando diferencia significativa en 1 de los 8 componentes que corresponde a hostigamiento verbal (G), como se observa en la tabla 9.

ESCALAS ó BAREMOS	CONTROLES (N=79)	MICROTIA (N=151)	P
IGA(M)	62.94	62.11	0.670
IA(I)	2.05	2.13	0.903
(A)	22.68	21.81	0.322
(B)	8.85	8.73	0.569
(C)	6.87	6.90	0.928
(D)	8.71	8.79	0.797
(E)	10.94	11.05	0.687
(F)	10.76	11.00	0.533
(G)	17.08	15.77	0.049
(H)	4.81	5.08	0.110

Tabla 9 con T de student: IGA (M): Índice Global de Acoso, IA (I): Intensidad de Acoso, (A): Desprecio y Ridiculización, (B): Coacciones, (C): Restricción de la Comunicación, (D): Agresiones físicas, (E): Intimidación y Amenazas, (F): Exclusión y de Bloqueo Social, (G): Hostigamiento Verbal, (H): Robos.

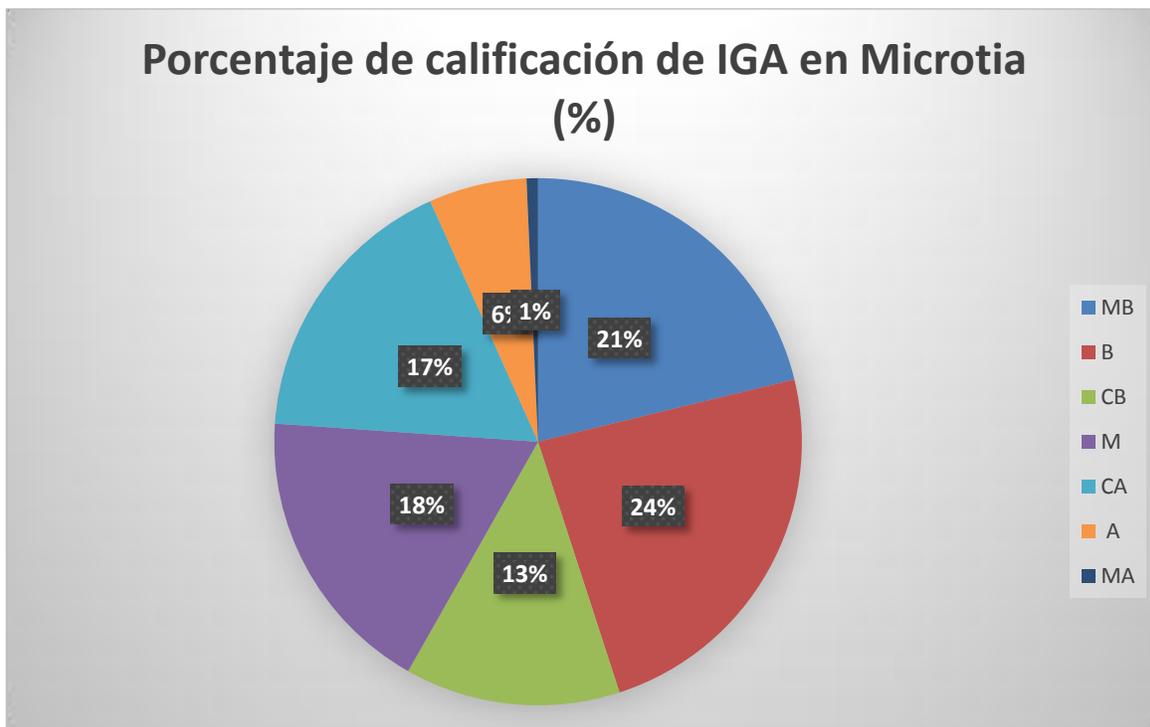


Gráfica 1: Perfil de acoso escolar con las medias de T de student de los baremos.

Se realizó el porcentaje de acoso escolar en el grupo estudiado según la calificación del IGA, el mayor número de casos se presentó con una calificación correspondiente a Bajo con un porcentaje de 23.8%. El menor número de casos fue con la calificación de Muy Alto con un porcentaje de 0.7% (Tabla 10).

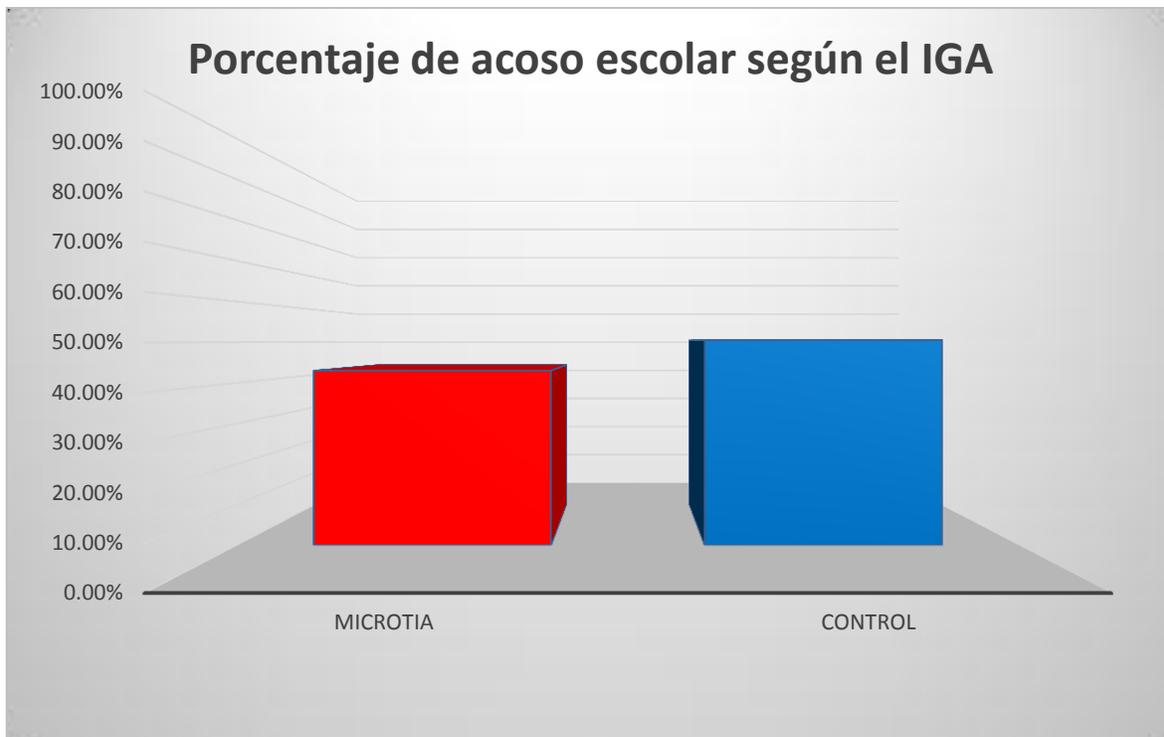
CALIFICACION IGA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
MB	32	21.2
B	36	23.8
CB	20	13.2
M	27	17.9
CA	26	17.2
A	9	6.0
MA	1	0.7
TOTAL	151	100

Tabla 10: Calificación del IGA: (MB): muy bajo, (B): bajo, (CB): casi bajo, (M): medio, (CA): casi alto, (A): alto, (MA): muy alto.



Gráfica 2: Calificación del IGA: (MB): muy bajo, (B): bajo, (CB): casi bajo, (M): medio, (CA): casi alto, (A): alto, (MA): muy alto.

En el total de la muestra existieron 230 pacientes (151 sujetos y 79 controles) el 41.8% de los sujetos presentaron acoso escolar contra el 50.6% de los controles, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estos 2 grupos ($\chi^2=1.203$, $gl=1$, $p=.169$).



Gráfica 3: Perfil de acoso escolar con las medias de T de student de los baremos.

Para comparar los distintos diagnósticos asociados al acoso escolar, se aplicó ANOVA para las 4 posibilidades diagnósticas (microtia unilateral, bilateral, anotia y microtia asociada a un síndrome) y los controles, no se encontraron diferencias significativas excepto en las áreas de hostigamiento verbal (G) y robos (H), siendo el puntaje más alto para los pacientes con el diagnóstico de microtia bilateral (Tabla 11).

ESCALAS ó BAREMOS	CONTROL (N=79)	MICROTIA UNILATERAL (N=108)	MICROTIA BILATERAL (N=25)	ANOTIA (N=2)	MICROTIA SINDROMICA (N=16)	F	P
IGA(M)	62.94	60.52	68.48	60	63.13	1.74	0.142
(A)	22.68	21.15	24.72	22.50	21.63	1.88	0.114
(B)	8.85	8.64	9.04	10	8.69	0.79	0.527
(C)	6.87	6.65	7.76	5.50	7.44	1.85	0.119
(D)	8.71	8.54	9.84	8.50	8.94	1.55	0.186
(E)	10.94	10.94	11.60	10	11.06	0.67	0.608
(F)	10.76	10.76	11.92	9.50	11.38	1.21	0.306
(G)	17.08	15.11	18.44	16.50	15.94	3.60	0.007
(H)	4.81	4.83	5.80	6.0	5.50	3.75	0.006

Tabla 11 con ANOVA: IGA (M): Índice Global de Acoso, (A): Desprecio y Ridiculización, (B): Coacciones, (C): Restricción de la Comunicación, (D): Agresiones físicas, (E): Intimidación y Amenazas, (F): Exclusión y de Bloqueo Social, (G): Hostigamiento Verbal, (H): Robos.

Para comparar los distintos diagnósticos divididos por género, se realizaron ANOVAs valorando el IGA y los 8 componentes del cuestionario, sin encontrarse diferencias significativas.

VIII DISCUSIÓN

En los últimos años se ha creado mayor conciencia acerca del acoso escolar y las implicaciones que tiene, al identificar las poblaciones más vulnerables es más fácil aplicar estrategias de intervención pero primero se debe conocer la incidencia. Los resultados obtenidos en esta investigación revelan que fue más alto el porcentaje de acoso escolar en el grupo control que en el grupo estudiado con microtia aunque la diferencia entre ambos no fue significativa, sin embargo en comparación a lo esperado, nos confirma que un grupo vulnerable no tiene menor tendencia a presentar acoso escolar que la población en general. Siendo México el país con mayor índice de acoso escolar como fue reportado mediante un estudio por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en el 2015³⁹, es inminente centrar la atención en este tema ya que es alarmante. En el presente estudio se obtuvo una frecuencia de 41.8% de acoso escolar, se tomó a partir de calificación de medio el límite para hablar de acoso escolar, en comparación con un estudio realizado por Cassiani (2011) en Colombia en el que por igual se utilizó el Autotest Cisneros en 198 estudiantes de bachillerato encontrando una prevalencia de 20.3% de bullying⁴⁰. En otro estudio realizado en el 2009 por el Instituto Juan N. Navarro se obtuvo una frecuencia de 24% de acoso escolar en estudiantes de cinco escuelas primarias oficiales de las delegaciones de Iztapalapa y Tlalpan del Distrito Federal⁴¹.

Mediante este estudio se pudo obtener una media de IGA de 62.11 (Tabla 9) en el grupo de microtia correspondiente a una calificación de IGA de medio, muy parecido al grupo control equivalente a 62.94 que igualmente se encuentra en el mismo grado. En la intensidad de acoso no se encontró una significancia estadística con una media de 2.13 del grupo de microtia contra 2.05 del grupo control lo que nos habla que es muy similar la intensidad de acoso entre los grupos. Se ha reportado que los estudiantes con discapacidades tienen más tendencia a ser blancos de bullying que sus compañeros sin discapacidades a diferencia de lo encontrado en este estudio; en Inglaterra los estudiantes con discapacidad son más vulnerables al acoso escolar en el estudio realizado por

Chatzitheochari en 2014⁴². Otro estudio realizado en Estados Unidos mostró que la tasa de acoso escolar de pacientes con discapacidad en primaria, secundaria y bachillerato es de 1 a 1.5 veces mayor que lo estimado para estudiantes sin discapacidad⁴³.

El instrumento utilizado, el Autotest Cisneros creado por Oñate y Piñuel (2005) valora 8 tipos de conductas previamente mencionadas que hacen referencia a los distintas formas de acoso escolar, como lo menciona el INNE, (Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación) hay distintos tipos de violencia y diversas tipologías para clasificarlos, los especialistas coinciden en que no es fácil su definición, entre otras cosas por las variaciones culturales en torno a lo que se considera un acto violento y a los distintos matices e interpretaciones que adquieren las acciones de las personas en la compleja interacción humana⁴⁴. Con el Autotest Cisneros fue posible valorar las distintas conductas que se presentan en el acoso escolar, dentro de los componentes o áreas que valora el cuestionario según la calificación que se otorga sacado de la media de los componentes con la tabla para calificar, (Anexo 12.2) las áreas que se encontraron más altas fueron coacción, intimidación /amenazas y exclusión/bloqueo social. Las conductas de desprecio y ridiculización así como la restricción de la comunicación, agresiones y robos siguieron con un nivel medio y finalmente en un nivel bajo se encontró a hostigamiento verbal. En comparación con otros estudios internacionales como reporta Mendoza (2011) que la exclusión es el tipo de acoso que se presenta con más frecuencia, escalando a agresión verbal, a la física, y en algunos casos puede llegar a niveles extremos, como abuso sexual, y uso de armas⁴⁵. En otro estudio realizado en Quito, Ecuador en 57 colegios particulares en el que se utilizó por igual el Autotest Cisneros, la restricción de la comunicación, las agresiones y los robos se encontraron en un nivel bajo, mientras que las conductas de desprecio y ridiculización, coacción, intimidación/amenazas y hostigamiento verbal en un nivel de alerta, ya que se dieron de manera casi frecuente o frecuente en alrededor de la mitad de la muestra. Finalmente, los comportamientos de exclusión y bloqueo social resultaron en nivel grave, pues se dieron de manera frecuente o muy frecuente en más de un tercio de la muestra³⁷.

Comparando el grupo control con el de microtia, no fue estadísticamente significativa la diferencia entre ambos grupos en 7 de las 8 áreas valoradas por el cuestionario y solamente en el área (G) de hostigamiento verbal se encontró diferencia. Esta falta de diferencia entre ambos grupos quizás sea porque se recibe el acoso escolar de igual manera, en el estudio previamente mencionado realizado en el 2009 por el Instituto Juan N. Navarro se reportó que 2 de cada 10 menores que asisten a primaria han participado en peleas donde han golpeado a uno de sus pares, y 10.9% reconocen haber robado o amenazado a un compañero. En secundaria, 6.8% de los jóvenes integraron grupos de estudiantes para intimidar a otros alumnos de su escuela. En cuanto a quienes han sido víctimas de violencia, en primaria 24.2 % afirmaron que sus compañeros se burlaban de ellos constantemente; 17% dijeron haber sido lastimados físicamente por otro estudiante o grupo de compañeros, mientras que 2.5% tienen miedo de ir a la escuela. En secundaria, 13.6% señalaron que reciben burlas constantes; 14.1% fueron lastimados por otro menor, y 13.1% han sido hostigados⁴¹. Lo que nos habla de que en esos aspectos específicos el acoso escolar afecta de forma similar a una población regular que a una con discapacidad.

La microtia puede presentarse de forma aislada o acompañada de un síndrome, lo más frecuente es que sea unilateral y predominantemente en el sexo masculino, aquellas que se presentan de forma bilateral es más común que presenten anomalías asociadas, se agrupó a los pacientes por diagnóstico para comparar el acoso escolar, se utilizó a los controles, microtia unilateral, microtia bilateral, anotia y microtia asociada a un síndrome, el índice global de acoso fue muy similar entre los grupos diagnósticos (Tabla 11), en las conductas dentro del acoso escolar se encontró una diferencia importante en hostigamiento verbal (0.007) y robos (0.006), siendo el grupo de microtia bilateral el más afectado en ambas conductas, lo que habla que al presentar una malformación bilateral, siendo más visible, expone a los pacientes a ser agredidos en las formas mencionadas.

En general en los estudios realizados sobre el tema de acoso escolar, los resultados arrojan que el género masculino tiene mayor porcentaje de acoso escolar, especialmente en las agresiones físicas y el género femenino es más propenso a participar en situaciones de acoso escolar mediante hostigamiento verbal y creando rumores sobre las víctimas^{46, 47}. En este estudio no hubo una diferencia significativa en el índice global de acoso entre género lo que es similar a lo encontrado por otros estudios como el realizado en España a 1884 adolescentes españoles de 9 centros educativos de Andalucía y Valencia, los datos de ese estudio muestran que en el grupo de los agresores/víctimas no existen diferencias de género dentro del perfil en ninguno de los indicadores analizados⁴⁸. En los aspectos de acoso escolar tampoco se encontró una diferencia al analizar los distintos diagnósticos relacionados al género lo que habla de una igualdad en el acoso escolar en ambos sexos.

Ante toda esta problemática es necesario tomar acciones y evitar las consecuencias que pueden sufrir las víctimas, como enfatiza Mendoza (2011) que tradicionalmente en las investigaciones de acoso escolar, los escolares se han clasificado como agresores, víctimas y espectadores⁴⁵. Por lo tanto, identificar el papel que juega cada estudiante es fundamental para abordar el problema. Debido a las altas cifras reveladas del acoso escolar en México, la Secretaría de Educación Pública mediante la Dirección de Educación Especial creó dos estrategias de intervención para la atención en la diversidad en el marco para la convivencia escolar, éstas se fundamentan en enfoques diversos y sin embargo tienen puntos de encuentro, lo cual permite que puedan coexistir y hasta complementarse. Estas son: la “Intervención en Casos de Acoso Escolar (Bullying)” y “La Práctica entre Varios”. Ambas estrategias ya han sido aplicadas en algunos grupos de los Centros de Atención Múltiple (CAM), por personal de la Dirección de Educación Especial y en grupos de escuelas regulares, por sus propios maestros y maestras, acompañados técnicamente por personal de USAER⁴⁹.

IX CONCLUSIONES

Es necesario contar con una herramienta adecuada para cuantificar el acoso escolar siendo éste un problema de salud global, se han utilizado distintos instrumentos para valorar el acoso escolar, los resultados indican que el Autotest Cisneros fue un instrumento útil para población mexicana ya que permitió encontrar el índice de acoso escolar además del grado de este, teniendo como ventaja identificar las áreas específicas de conductas violentas de una forma más detallada.

Sería adecuado realizar periódicamente valoraciones de acoso escolar en los centros educativos así como a los pacientes que se atienden para lograr un manejo más completo del paciente ya que las consecuencias que puede crear el acoso escolar pueden limitar el desarrollo de los pacientes. En este estudio no se encontró mayor incidencia de acoso escolar en los pacientes vulnerables como lo son aquellos con microtía, quizás las estrategias que se han implementado en los centros escolares y la integración de los pacientes con discapacidad en los salones de clases han contribuido a la conciencia de los alumnos. Sin embargo se encontró que la población regular tiene un índice alto de acoso, lo que debe de impulsar a crear mayores intervenciones para evitar estas conductas. En futuras investigaciones sería conveniente contar con una muestra más grande y sería de gran ayuda realizarlo en otro tipo de población vulnerable para comparar el acoso escolar en distintos tipos de discapacidades, todo esto nos dará herramientas para atacar de forma más dirigida el problema, crear mayor conciencia y atención al acoso escolar.

X 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.

XI ANEXOS

Anexo 12.1: Carta de consentimiento informado

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

Proyecto de Investigación

Incidencia de Acoso Escolar en Población Vulnerable del INR.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El (La) que suscribe, Sr(a) _____, tutor(a) del niño(a):

declara: que he sido informado(a) del objetivo del proyecto de investigación médica "Incidencia de Bullying en población infantil vulnerable del INR", a realizarse en el Instituto Nacional de Rehabilitación LGII, el cual tiene como justificación y objetivo la demostración de que los pacientes con este diagnóstico son susceptibles de sufrir bullying, haciendo uso del Test Cisneros. La participación del niño(a) durará el tiempo necesario para completar el test, sin que haya ningún beneficio, compensación económica, riesgo, complicación, procedimiento o modificación adicional por la aplicación de dicho test.

Estoy consciente, en base a la explicación que se me ha dado, que las pruebas que se le realizarán a mi hijo(a) no implicarán ningún riesgo para la salud del niño(a), y que no se le realizará ningún estudio o tratamiento en contra de mi voluntad, siendo innecesario algún tratamiento o indemnización por efectos colaterales debidos a la investigación. En caso de solicitarlo, recibiré la información necesaria para aclarar cualquier duda posterior con respecto a este estudio, de parte del personal cuyos datos se refieren al final de esta carta, comprometiéndome por mi parte al compromiso de traer puntualmente al niño(a) para la aplicación de dichos estudios y/o pruebas, de la manera en que se me indique. También declaro estar consciente de que la participación del niño(a) es voluntaria, confidencial, respetando su privacidad, con la libertad para abandonar el estudio en cualquier momento, sin que esto implique que se modifique o demerite la calidad de la atención médica institucional que se proporciona y sin que haya algún tipo de penalización. Asimismo, entiendo que si no cumpliera con mi parte del compromiso, acudiendo puntualmente a los estudios programados, el médico responsable podrá decidir la interrupción de mi participación.

Por consiguiente, estoy de acuerdo con la participación de mi niño(a) en esta experiencia.

Esta carta se expide por duplicado, recibiendo una copia como tutor(a) del niño(a).

Firma del tutor(a): _____

Nombre, firma y dirección, Testigo 1:

Nombre, firma y dirección, Testigo 2:

Investigador Principal: Dr. Alfredo Durand Rivera; teléfono 5999-1000, ext. 19305.

Contacto 1: Dra. Celia Reyes Legorreta; teléfono 5999-1000, ext. 19305.

Contacto 2: Ing. Efrén Alatorre Miguel; teléfono 5999-1000, ext. 19305.

México, D.F., a ____ de _____ del 2015.

Anexo 12.2: 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:

Anexo 12.3: Cuestionario aplicado: Autotest Cisneros

AUTOTEST CISNEROS

Instituto de Innovación Educativa y Desarrollo Directivo
 www.acosoescolar.com
 Profesores Iñaki Piñuel y Araceli Oñate (2005)

		Texto			A	B	C	D	E	F	G	H
SEÑALA CON QUE FRECUENCIA SE PRODUCEN ESTOS COMPORTAMIENTOS EN EL COLEGIO		Nunca 1	Pocas veces 2	Muchas veces 3								
1	No me hablan	1	2	3								
2	Me ignoran, me hacen el vacío	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 motes	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 manía	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 me ponen malo	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 pegan collejas, puñetazos, patadas....	1	2	3								
24	Me chillan o 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 ríen 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
=	=	=	=	=	=	=	=	=

Anexo 12.4: Escalas de Autotest Cisneros

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 VERBAL	3, 6, 17, 19, 20, 24, 25, 26, 27, 30, 37, 38
ROBOS	13, 14, 15, 16

Tabla 12.1 Reactivos del Autotest Cisneros equivalentes a las áreas evaluadas.

TABLA PARA CALIFICAR AUTOTEST CISNEROS

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 - 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	INTIMIDACION- 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		16 - 17	18 - 20	21 - 26	27 - 36	
H	ROBOS	1 - 3		4 - 5	6	7	8 - 12	

Tabla 12.2 Tabla para calificar Autotest Cisneros.

XII INDICE DE TABLAS

Tabla 1	5
Tabla 2	6
Tabla 3	14
Tabla 4	14
Tabla 5	15
Tabla 6	16
Tabla 7	18
Tabla 8	18
Tabla 9	29
Tabla 10	30
Tabla 11	33

XIII BIBLIOGRAFIA

1. Strabstein J. Prevention of bullying-related morbidity and mortality: a call for public health policies. *Bulletin of the World Health Organization*. 2010; 88:403-403.
2. Muñoz M, Prieto Fragueiro M. Sobre el maltrato entre iguales. Algunas propuestas de intervención. *Escuela Abierta*. 2013; 16: 35-49.
3. García L, Cerda B. Bullying o acoso escolar. "Proyecto Igualdad entre Mujeres y Hombres 2011". Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De la Fuente Muñiz.
4. Resumen Informe Mundial sobre la discapacidad. Organización Mundial de la Salud. [Internet] 2011. [citado 19 febrero 2015]. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf.
5. Rodríguez MG. Bullying (acoso escolar). 2011.
6. Menéndez I. Bullying: acoso escolar. *Psico Pedagogía*. [Internet]. 2006. [citado 19 feb 2015]. Disponible en: <http://www.psicopedagogia.com/bullying>.
7. 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.
8. Wolf C, Estefan K. Bullying: una mirada desde la Salud Pública. *Rev Chil Salud Pública* 2008; 12 (3): 181-187.
9. Hoover J, Stenhjem P. Bullying and Teasing of Youth With Disabilities: Creating Positive School Environments for Effective Inclusion. *NCSET*. 2003; 2(3):1-6.
10. 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.
11. Rigby K. Consecuencias de la intimidación en las escuelas. Escuela de educación de la Universidad de Australia del Sur, Campus Underdale, Australia Underdale.

12. Duk C, Murillo J. La colaboración como elemento definitorio de las escuelas inclusivas. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva* 2013; 6(2): 11-13.
13. Colman A. Bullying y acoso escolar en niños con discapacidad. *Salud y Educación Integral*. [Internet] 2015. [citado 19 febrero 2015]. Disponible en: <http://saludyeducacionintegral.com/un-nuevo-desafio-para-la-integracion/>.
14. Alonso N, Gómez R, Córcoles M, Sáiz J, García. Acoso escolar: desde la sensibilización social a una propuesta de intervención. *Reflexiones desde la legislación española. Letras jurídicas: revista electrónica de derecho*. [Internet] 2007. [citado 19 febrero 2015]; 4. Disponible en: <http://cuci.udg.mx/letras/sitio/index.php/component/search/Acoso%2Bescolar%253A%2Bdesde?ordering=&searchphrase=all>.
15. Paput L, Bánhidly F, Czeizel AE. Prevalence at birth of congenital abnormalities of external ears in Hungary. *Cent Eur J Med*. 2011; 6:341-8.
16. Del Rio R. Microtia: definición, clasificación y tratamiento. Revisión de la literatura. *Rev. Ped. Elec*. [Internet] 2015. [citado 23 julio 2016]; 12(3). Disponible: http://www.revistapediatria.cl/vol12num3/pdf/3_MICROTIA.pdf.
17. Aguinaga M., Frías S, Arenas D, Morán F. Microtia-atresia: aspectos clínicos, genéticos y genómicos. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2014; 71(6):387-395.
18. Luquetti D et al. Microtia: Epidemiology & Genetics. *Am J Med Genet A*. 2012; 8(1): 124-139.
19. Cox T et al. The genetics of auricular development and malformation: New findings in model systems driving future directions for microtia research. *European Journal of Medical Genetics*. 2014; 57(8): 394-401.
20. Llano-Rivas I, González-del Ángel A, del Castillo V, Reyes R, Carnevale A. Microtia: a clinical and genetic study at the National Institute of Pediatrics in Mexico City. *Arch Med Res*. 1999; 30:120-4.
21. El-Saiid et al. Microtia: A Combined Approach by Genetics and Audiology. *Egypt J Otolaryngol*. 2016; 32:178–186.

22. Viñallonga X, Florensa S, Roger M, Bonjoch C. Microtia unilateral congénita aislada: protocolo de actuación. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2010; 12(19):79-80.
23. Bartel-Friedrich et al.: Classification and diagnosis of ear malformations. *GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg*. 2007; 6(5): 1-21.
24. Pérez GA, Pérez DMR, Isaak GJ, González MM. Prótesis auricular externa e implantes osteointegrados: una opción quirúrgica para el tratamiento de deformidades auriculares. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex*. 2006; 63(5): 307-313
25. Lee K et al. Association of congenital microtia with environmental risk factors in South Korea. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2012; 76(3) 357-361.
26. ASHA. Type degree and configuration of hearing loss. ASHA Audiology Information Series. [Internet] 2015. [citado 26 de octubre 2015]. Disponible: <http://www.asha.org/uploadedFiles/AIS-Hearing-Loss-Types-DegreeConfiguration.pdf>.
27. Luna A. Guía clínica de malformaciones de oído externo, medio e interno. Manual de Guías Clínicas de la Subdirección de Audiología, Foniatría y Patología de Lenguaje del Instituto Nacional de Rehabilitación. [Internet] 2015. [citado 26 de octubre 2015]:1-20. Disponible en: <http://iso9001.inr.gob.mx/Descargas/iso/doc/MG-SAF-04.pdf>.
28. Kaga K, Asato H: Microtia and Atresia – Combined Approach by Plastic and Otolologic Surgery. *Adv Otorhinolaryngol*. 2014; 75: 10–12.
29. Altmann F. Congenital aural atresia of the ear in men and animals. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1955; 64:824-58.
30. Delgadillo C et al. Formación del conducto auditivo externo en la microtia. *Cir Plast* 2000; 10(2):74-78.
31. Martin F, Soda A. Tomografía computada del oído con malformaciones congénitas: evaluación prequirúrgica. *An Otorrinolaringol Mex*. 1995; 40(2):85-92.

32. Henderson R, Moffat C, Stewart K, Clapperton K. UK Care Standards for the Management of Patients with Microtia and Atresia. BAPRAS. 2015.
33. Escorihuela V et al. Experiencia inicial con el implante osteointegrado Alpha 1 de Sophono. Acta Otorrinolaringol Esp. 2014; 65(6):361-364.
34. Piñuel I, Oñate A. Informe Cisneros VII "Violencia y Acoso Escolar" en alumnos de primaria, eso y bachiller. Instituto de Innovación Educativa y Desarrollo Directivo. [Internet]. 2005. Disponible en: <http://www.internen.es/acoso/docs/ICAM.pdf>.
35. Hernández. M, Gutiérrez MA. Factores de riesgo asociados a la intimidación escolar en instituciones educativas públicas de cuatro municipios del departamento del Valle del Cauca. 2009. Rev Colomb Psiquiat. 2013; 42(3):238-247.
36. Melryn MF, Díaz. E. Maltrato entre pares: incidencia y características generales en segundo a décimo grados de la educación básica particular, Quito, Ecuador. Revista Intercontinental de Psicología y Educación. [Internet] 2012; 14(1): 91-118. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/802/80224034006.pdf>.
37. Piñuel I, Oñate A. Autotest Cisneros de Acoso Escolar. ACP-Edición. 2011.
38. OCDE. Taking fear out of schools: A report of an International Policy and Research Conference on School bullying and violence. [Internet] 2004. Disponible en: <http://www.oecd.org/dataoecd/26/51/33868117.pdf>.
39. Cassiani C. et al. Prevalencia de bullying y factores relacionados en estudiantes de bachillerato de una institución educativa de Cali, Colombia, 2011. Rev. Salud Pública. 2014; 16 (1): 14-26.
40. Albores-Gallo L, Saucedo-García JM, Ruiz-Velasco S, Roque-Santiago E. El acoso escolar (bullying) y su asociación con trastornos psiquiátricos en una muestra de escolares en México. Salud Publica Mex 2011; 53:220-227.
41. Chatzitheochari S, Parsons S, Platt L. Bullying experiences among disabled children and young people in England: Evidence from two longitudinal studies. IOE London. [Internet]. 2014. [citado 9 julio 2016]; 14(11). Disponible en: <http://repec.ioe.ac.uk/REPEc/pdf/qsswp1411.pdf>.

42. Blake J, et al. National Prevalence Rates of Bully Victimization Among Students With Disabilities in the United States. *American Psychological Association*. 2012; 27(4): 210 –222.
43. Muñoz G. Violencia escolar en México y en otros países. Comparaciones a partir de los resultados del Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*. 2008; 13(39):1195-1228.
44. Mendoza B. Bullying entre Pares y el Escalamiento de Agresión en la Relación Profesor-Alumno. *Psicología Iberoamericana*. 2011; 19(1): 58-71.
45. Félix, E.; Alamillo, R.; Ruiz, R. Prevalencia y aspectos diferenciales relativos al género del fenómeno bullying en países pobres. *Psicothema*. 2011; 23: 624–629.
46. Carbone K.; Esbensen, F.; Brick, B. Correlates and consequences of peer victimization: Gender differences in direct and indirect forms of bullying. *Youth Violence Juvenile Justice*. 2010; 8: 332–350.
47. Povedano A, Estévez E, Martínez B, Monreal M. Un perfil psicosocial de adolescentes agresores y víctimas en la escuela: análisis de las diferencias de género. *Rev. Psicol. Soc*. 2012; 27(2):169– 82.
48. Sánchez N. et al. Dirección de Educación especial. Estrategias de intervención para la atención a la diversidad en el marco para la convivencia escolar. [Internet]. 2011. [citado 1 de julio 2016]. Disponible en: <http://educacionespecial.sepdf.gob.mx/documentos/marco-convivencia-escolar.pdf>.