



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No. 1
DR. ALFONSO MEJIA SHOEDREN**

T E S I S

***“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES QUE SUFREN BULLYING QUE
ACUDEN A LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL HGZMF No. 1 PACHUCA,
HIDALGO”***

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA EL MÉDICO CIRUJANO

LUIS ALBERTO VIDALS TORRES

BAJO LA DIRECCIÓN DE:

**DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNANDEZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO**

NOMBRE DEL MEDICO ASESOR DE LA TESIS

**DR. MARIO JOAQUÍN LÓPEZ CARBAJAL
ASESOR METODOLÓGICO**

**DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ
ASESOR CLINICO**

PERÍODO DE LA ESPECIALIDAD

2014-2017

PACHUCA DE SOTO, HIDALGO

(No. De registro CLIEIS R-2016-1201-18)

DEDICATORIA

A Dios primero que todo y que todos, gracias por permitir alcanzar la meta planeada, por tu incansable amor hacía mí.

A mi madre por haberme dado la vida, que siempre ha estado al pendiente y lo estará. Te amo mami.

A mi esposa que en las buenas y malas ha sabido aguantarme, y tolerarme en días difíciles. Te amo mi vida.

A mis hijas que son mi estímulo más fuerte y son la razón de mi existir, las amo hijas mías. Están siempre en mi corazón.

A mi familia y la familia de mi esposa que siempre estoy en sus oraciones, gracias.

A mis amigos y compañeros de la residencia, nos volveremos a encontrar.

A la Dra. Rosy Guerrero, Dr. López Carbajal y Dra. Georgina Arteaga por apoyarme en la construcción y conclusión de este proyecto, infinitas gracias.

A todos mis maestros de la residencia por haber contribuido en mi formación, en especial a mi **Dra. Norma Reyes Brito**, que linda amistad Dra., gracias.

A mi residente favorita **Dra. Dianita Méndez**, gracias por ser luz en tiempos de oscuridad.

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

ASESOR METODOLÓGICO:

MARIO JOAQUÍN LÓPEZ CARBAJAL

Especialista en Medicina Familiar

Asesor externo al IMSS

Teléfono: 771 129 4614

Correo electrónico: epiblasto@yahoo.com.mx

ASESOR CLÍNICO:

ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ

Médico Especialista en Medicina Familiar

Profesor Titular del curso de especialización en Medicina Familiar

Adscripción: H.G.Z. y M.F. No. 1; Pachuca, Hidalgo.

Domicilio: Prolongación Avenida Madero No.405, Colonia Nueva Francisco I. Madero;

Pachuca de Soto Hidalgo

Teléfono: 771 192 9485

Correo electrónico: dra.rosa_elvia@yahoo.com.mx

TESISTA

LUIS ALBERTO VIDALS TORRES

Médico Cirujano. Residente de Medicina Familiar

Adscripción: H.G.Z. y M.F. No. 1; Pachuca, Hidalgo.

Domicilio: Prolongación Avenida Madero No.405, Colonia Nueva Francisco I. Madero;

Pachuca de Soto Hidalgo

Teléfono: 7711763281

Correo electrónico: luishicetnunc@hotmail.com

ÍNDICE:

I.	RESUMEN	8
II.	MARCO TEÓRICO	9
III.	JUSTIFICACIÓN	18
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
V.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	20
VI.	OBJETIVOS DEL ESTUDIO	20
VII.	HIPÓTESIS	20
VIII.	MATERIAL Y MÉTODOS	21
	A. DISEÑO	21
	B. UNIVERSO	21
	C. CRITERIOS DE SELECCIÓN	21
	D. VARIABLES	22
	E. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	23
	F. ANALISIS ESTADÍSTICO	24
	G. ASPECTOS ÉTICOS	25
IX.	RESULTADOS	28
X.	DISCUSIÓN	43
XI.	CONCLUSIÓN	47
XII.	BIBLIOGRAFÍA	48
XIII.	ANEXOS	53

I. RESUMEN

Título: “FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES QUE SUFREN BULLYING QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL HGZMF No. 1”

Antecedentes: El bullying se conceptualiza, como una forma de conducta agresiva, intencionada y perjudicial, cuyos protagonistas son niños o jóvenes escolares. Algunas estadísticas en México indican que un 25 a 50% de la población escolar de secundaria se enfrenta a este problema; todo esto vendría a resultar en que el adolescente víctima de bullying sufra diversos grados de alteración del estado de salud, principalmente en la esfera mental, que incluye la depresión.

Objetivo. Determinar la frecuencia de depresión en adolescentes que sufren bullying que acuden a la consulta de Medicina Familiar en el HGZMF No.1.

Material y métodos. Se realizó un estudio transversal observacional comparativo aplicando el cuestionario PRECONCIMEI sobre bullying que distingue los diferentes roles y el test de Zung para conocer el grado de depresión; en adolescentes de 10 a 19 años de edad que acudieron a la consulta de medicina familiar en ambos turnos del HGZMF No. 1 en el periodo de estudio, previa firma de consentimiento informado por los padres y los menores de edad; el cálculo el tamaño de muestra por muestreo no probabilístico.

Recursos e infraestructura: Salas de espera de consultorios de Medicina Familiar, encuestas a aplicar a adolescentes, material de oficina, equipo de cómputo, impresora, recursos humanos personal de salud, tesista y asesores, clínico y metodológico

Experiencia de grupo: Se contó con un Médico Especialista en Medicina Familiar como asesor metodológico y una Médica Especialista en Medicina Familiar como asesor clínico, con amplia experiencia en investigación y en el tema a tratar.

Tiempo a desarrollarse: El estudio se realizó en un periodo de 2 meses posteriores a su aprobación por el CLIEIS 1201.

Resultados: se determinó la frecuencia de depresión en adolescentes que sufren bullying, la cual correspondió a 18 de los 288 encuestados total de 6.3%. Para validar estos resultados aplicamos Ji cuadrada, se puede comentar que hubo una significación de 0.545 para Ji cuadrada de Pearson, por lo que concluimos que fue éste mayor a 0.05 y que los resultados que obtuvimos no se debieron al azar.

II. MARCO TEÓRICO

El fenómeno de Bullying o acoso escolar ha incrementado considerablemente en los últimos años, lo que ha obligado a realizar estudios para conocer el origen de este fenómeno, sus consecuencias y erradicarlo, por lo que han surgido diversos investigadores a nivel mundial, pues este problema genera diversos y serios problemas de salud, principalmente en el área mental.

En la Guía básica de prevención de la violencia en el ámbito escolar, se cita como pioneros en el estudio de este fenómeno fueron los escandinavos Heinemann, (1972) y Olweus (1973) y posteriormente los británicos Smith y Sharp (1994). El tema no ha dejado de ser objeto de interés en los últimos treinta años. A partir del año 2000 encontramos un sinnúmero de investigaciones y aportaciones al respecto. ⁽¹⁾.

En la década de 1970, Dan Olweus, dio por primera vez la alerta de este problema, al denunciar el maltrato y los abusos como una práctica común y sistemática entre compañeros en escuelas noruegas, estas prácticas son denominadas bullying. ⁽²⁾

A pesar de que el fenómeno empezó a estudiarse desde los setentas, un logro cualitativo importante se produce hasta 1989, cuando en la Convención para los Derechos del Niño - CDN- en Nueva York, se emite el siguiente postulado: *“los estados partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra todo tipo de prejuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o cualquier otra persona que le tenga a su cargo”*. ⁽³⁾

A nivel mundial, la investigación más extensa sobre *bullying*, fue realizada recientemente en la Gran Bretaña, la investigación reveló que el 37 por ciento de los alumnos de colegios de nivel primario y el 10 por ciento del secundario admiten haber sufrido *bullying*, por lo menos 1 vez por semana. Este estudio reveló que los varones sufren con mayor frecuencia el acoso en comparación con las mujeres, en las que el acoso se ejerció en forma de exclusión y difamación ⁽⁴⁾.

A nivel nacional encontramos investigaciones que arrojan datos relevantes, Guevara en el 2000, inicia investigaciones sobre este aspecto y menciona que las escuelas no están preparadas para el manejo de este fenómeno ⁽⁵⁾.

Por su lado, Archundia en 2008, encontró que la incidencia del bullying en México se presenta en un 77%, de los estudiantes de primaria y secundaria. En 2010, la CNDH (citada por Sosa), refiere que el bullying se presenta en la población escolar de primaria y secundaria tanto en escuelas públicas como privadas ⁽⁵⁾.

En la Ciudad de México (antes Distrito Federal), se realizó un estudio el cual reveló que el 92% de los niños, niñas y adolescentes encuestados reportaron haber sufrido algún tipo de violencia entre sus compañeros dentro del contexto escolar, o bien ha jugado uno o más de los tres roles principales involucrados (agresor, víctima, testigo), es decir, 9 de cada 10 alumnos o alumnas se consideran a sí mismo jugando algún rol en las situaciones de bullying que se dan en el salón. Cifra que rebasa significativamente el rango reportado a nivel mundial ⁽⁶⁾.

Estadísticas del estado de Hidalgo, no son alentadoras, reportan que el fenómeno se encuentra presente; el 97% de las niñas y el 92% de los niños señalaron que han visto situaciones de violencia y maltrato entre sus compañeros. Predominan con mayor frecuencia los insultos por la apariencia, las burlas, los golpes, el ignorar al otro, robar o romper las cosas; estas agresiones se han observado en el salón de clases, patio, canchas; a la hora de la salida las peleas y golpes es el tipo de violencia frecuentemente observada ⁽⁷⁾.

DEFINICION DE BULLYING: El “Bullying” o acoso escolar es un fenómeno multicausal a nivel internacional en el ámbito escolar y constituye un problema de salud pública. Ocurre cuando un estudiante está expuesto repetidamente a acciones negativas que provienen de un compañero o de un grupo de personas en la escuela. Estas acciones negativas se pueden manifestar por medio del contacto físico, abuso verbal, gestos, rumores y exclusión de la víctima; implica un desbalance entre la fuerza del agresor o bullies y la víctima ⁽⁸⁾.

El bullying es un tipo de violencia presente en el ámbito escolar; tiene como actores a los propios alumnos, implica la presencia de conductas de intimidación, acoso, burla, amenaza, descalificación o insultos de unos alumnos (agresores, acosadores) contra otros (víctimas). Sin embargo, en algunas ocasiones un mismo alumno puede ser la víctima y el agresor. Dan Olweus, citado por diversos autores, definió este fenómeno como un conjunto de comportamientos físicos y/o verbales que un alumno, de forma hostil y abusando de un poder real o ficticio, dirige contra otro de forma repetida con la intención de causar daño ⁽⁹⁾.

Según Avilés (2002) existen una serie de aspectos que caracterizan al *bullying*, las cuales se exponen a continuación:

- a) Debe de existir una víctima (indefensa) atacada por un grupo de agresores.
- b) Existe una desigualdad de poder, *desequilibrio de fuerzas* entre el más fuerte y el más débil. No hay equilibrio en cuanto a posibilidades de defensa, ni equilibrio físico, social o psicológico; es una situación desigual; de indefensión de la víctima.
- c) La acción agresiva tiene que ser repetitiva, durante una etapa larga de tiempo y en forma recurrente. La agresión supone un dolor sostenido y no sólo al momento del ataque, crea la expectativa en la víctima, de poder, es decir, ser blanco de futuros ataques. El objetivo de la intimidación se da con mucha frecuencia hacia un solo alumno, aunque también puede ser hacia varios. ⁽¹⁰⁾.

Se han encontrado aspectos de la cultura escolar que han contribuido a esta reducción del fenómeno del acoso escolar como:

- a) la mejora de la calidad en las relaciones de la comunidad educativa, que es además importante para el fomento de un entorno de aprendizaje escolar seguro;
- b) el apoyo organizacional a la implementación de estrategias para prevenir las conductas de acoso;
- c) la puesta en marcha de políticas claras y coherentes en los centros que incluyan mecanismos y recursos para que la comunidad escolar comprenda bien las claves del fenómeno del acoso y aprenda a reducirlo.

Estas estrategias han permitido el desarrollo de competencias para prevenir, identificar y responder a este problema de forma exitosa, convirtiéndose en las principales claves de la intervención basada en la evidencia frente al bullying ⁽¹¹⁾.

Hay tres diferentes categorías o roles implicados en el acoso: El agresor, la víctima y los espectadores.

El agresor suele actuar solo, aunque suele buscar el apoyo del grupo. Éste se acostumbra a efectuar su voluntad a través de intimidar a su víctima, el cual es un método efectivo que puede demandar una planificación.

La víctima se caracteriza por encontrarse recluida en sí misma y presentar una baja autoestima, y de hecho se convierte en el objetivo del acoso; en casos extremos, ésta tiende a cometer suicidio; si existen espectadores, éstos aprenden a aceptar lo inaceptable.

Los espectadores son los alumnos que suelen observar sin participar en la agresión, pero que a menudo se someten a la agresión y amplían el proceso. Esta agresión usualmente concreta consecuencias que se dan en todos los que intervienen en el caso del acoso escolar. Una de las consecuencias, que en especial se define como resultado del acoso escolar al enfrentar el contexto anterior, es el sometimiento de todos presentes, incluso el de aquellos que no están directamente implicados ⁽¹²⁾.

Dentro del contexto de la adolescencia, se puede considerar como fundamental las implicaciones que tienen los factores provenientes del adolescente o de su entorno que favorecen el desarrollo y ejecución de conductas de riesgo para su salud física y/o psicológica. Estas conductas riesgosas se caracterizan por amenazar el desarrollo personal del adolescente, y suelen tener consecuencias perjudiciales para la salud en términos de patologías, roles sociales y desarrollo personal. Altos niveles de estrés y ansiedad tienden a afectar de manera negativa las habilidades sociales de los individuos, debido a que favorecen que este se perciba incapaz de mantener relaciones seguras, disminuyendo su bienestar y el acceso al apoyo social ⁽¹³⁾.

El bullying no es ocasional, ni se debe confundir con las reacciones espontáneas y aisladas ante un conflicto entre compañeros o las burlas y juegos rudos, más bien es una secuencia, es un guión en el cual los actores representan roles establecidos ⁽¹⁴⁾.

TIPOS DE BULLYING; Entre los principales tipos de maltrato que reciben las víctimas del *bullying*, se consideran las siguientes:

1. Físico: Empujones, patadas, puñetazos, agresiones con objetos (este tipo de maltrato se da con más frecuencia en alumnos de primero a quinto grado de primaria, que en los grados de educación secundaria).
2. Verbal: se reconoce como la más habitual; toman cuerpo en insultos y peleas principalmente; son frecuentes los menosprecios en público o el estar resaltando y haciendo patente de forma constante un defecto físico o de movimiento.
3. Psicológico: acciones encaminadas a disminuir la autoestima del individuo y fomentar su sensación de inseguridad y temor. El componente psicológico está en todas las formas de maltrato.
4. Social: Pretenden ubicar aisladamente a la víctima respecto del grupo, en ocasiones hacen partícipes a otros de esta acción. se consideran *bullying* indirecto ⁽¹⁰⁾.

Otra forma de Bullying con importante auge es el Cyberbullying, se define como la intimidación, acoso o amenaza a través de los medios electrónicos, con la intención de dañar (principalmente, vía Internet o teléfono celular) ⁽¹⁵⁾. Es muy efectivo; las personas malas fácilmente se conectan, escoger a sus víctimas durante todo el día ⁽¹⁶⁾. Se trata de hostigamientos cometidos a través de chats, teléfono móvil, mensajes de texto, correo electrónico, messenger, webs, blogs, fotologs ⁽¹⁷⁾.

DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN: Para el presente estudio es primordial conocer el concepto de depresión, su prevalencia y repercusiones; empezaremos definiendo la

Salud mental; es la capacidad de manejar las emociones y lograr vencer obstáculos utilizando herramientas de control y manejo de las situaciones de la vida cotidiana. Cuando esta capacidad se quebranta pueden aparecer alteraciones emocionales y de comportamiento tales como la ansiedad y la depresión ⁽¹⁸⁾.

En el mundo, 121 millones de personas sufren de depresión, la prevalencia es hasta dos veces mayor en la mujeres que en lo hombres. La depresión afecta cada vez más a la población joven, una de sus consecuencias es el suicidio, se reportan más de 800 000

suicidios por año, la tasas más alta se encuentra en la población adolescente y niños, engloba el intento suicida y el suicidio consumado ⁽¹⁸⁾.

La depresión es una tristeza sin razón aparente que la justifique; puede aparecer en niños, adolescentes y adultos. En los niños y adolescentes puede provocar un bajo rendimiento escolar, acompañado de diversas manifestaciones como aislamiento voluntario que se interpreta y reporta como “querer estar solo” ⁽¹⁹⁾.

La salud mental y el suicidio están estrechamente relacionados; más del 90% de los casos de suicidio se asocian con trastornos psiquiátricos (OPS, 2010). La enfermedad mental es factor importante que predispone al comportamiento suicida. Sin embargo, hay ciertos factores que se relacionan con más frecuencia en la mayoría de los suicidios; entre ellos, depresión, dependencia de alcohol y otras drogas, y enfermedades psiquiátricas como Trastorno bipolar y Esquizofrenia ⁽²⁰⁾.

Algunos factores asociados cómo, ciertas características de la identidad femenina, asociadas a dependencia emocional, alta emotividad y pasividad contribuyen a la sintomatología depresiva. En muchos casos, especialmente en la población rural mexicana, las mujeres todavía están socializadas de tal manera que el ánimo deprimido y el sufrimiento es una parte inevitable de su condición femenina ⁽²¹⁾.

En cuanto a la ideación suicida hay diversos factores que influyen en su presentación, tales como: la inestabilidad emocional, la depresión y/o ansiedad, querer llamar la atención, conductas agresivas (amenazas, peleas, etc.), comportamientos recurrentes, pensamientos obsesivos, cuadros de confusión, relaciones conflictivas, disfunción familiar, baja autoestima, ⁽²²⁾.

Un estudio realizado en cuatro ciudades mexicanas revelo que una de cada ocho personas (12.8%) padece trastornos depresivos, de estos cerca de la mitad (6.1) presento estos trastornos en el último año del estudio, además revelo que el sexo, edad y nivel educativo se asocian con la prevalencia de la depresión. ⁽²³⁾.

Entre las variables psicosociales asociadas con la depresión destacan: a) ser mujer

(más aún si se es jefa de familia), dedicarse exclusivamente a las labores del hogar y si se ha adquirido la responsabilidad de cuidar a algún enfermo; b) tener un bajo nivel socioeconómico (por la mayor exposición a las vicisitudes de la pobreza); c) estar desempleado (sobre todo en los hombres); d) el aislamiento social; e) tener problemas legales; f) tener experiencias de violencia; g) consumir sustancias adictivas, h) la migración. Factores del entorno como la violencia, la inseguridad o las crisis económicas incrementan el riesgo de que se presente la sintomatología depresiva ⁽²⁴⁾.

Por otra parte, el éxito o el fracaso escolar son consecuencia de un conjunto de factores, entre ellos, el autoconcepto/autoestima y la depresión; ambos condicionan en toda su vida escolar, expectativas, motivaciones y aspiraciones; la autoestima por sí sola no es suficiente para superar la depresión y el bajo rendimiento ⁽²⁵⁾.

BULLYING Y DEPRESIÓN: Finalmente como parte fundamental del presente estudio, hablaremos de la asociación entre bullying y depresión.

Como se ha venido planteando, el desarrollo emocional del niño y adolescente se ve influenciado por diferentes factores; tales como los estilos de crianza entre otros. Es decir que, si la crianza se asocia a patrones de comportamientos agresivos o por el contrario a patrones positivos de los padres, mediará el desarrollo emocional pues contribuyen a fortalecer o debilitar según sea el caso la autoestima en los niños permitiendo el establecimiento de vínculos afectivos sanos y actitudes pro-sociales ⁽²⁶⁾.

Ahora bien, a partir de la acción que ejercen las instituciones, el individuo percibe y asimila, en mayor o menor medida, lo que la sociedad o el grupo esperan de él, se constituye un marco referencial desde el cual el sujeto evalúa y decide la actuación que considera más conveniente de acuerdo con sus propios intereses y necesidades.

En este marco de interacción cotidiana que se registra en la institución surge la violencia escolar, que no es explicable por sí sola ni se pretende su comprensión viéndola como un fenómeno psicológico individual, más bien busca encontrar su raíz en las formas de organización que presenta la institución educativa. Podemos definirla como una forma de relación social concreta, referida a los distintos tipos de interacción que se dan en la institución escolar, comprendida no sólo desde el punto de vista de los participantes, de

sus conductas e intenciones, sino también desde la lógica de la normatividad de la escuela. El común denominador es que forma parte de un proceso mediante el cual un individuo o un grupo, violenta los derechos humanos de otro individuo, afecta su integridad física, social y/o psicológica ⁽²⁷⁾.

Considerando las causas, podemos mencionar, que diversos factores incrementan la probabilidad de desarrollar depresión, tales como el acoso escolar que frecuentemente se asocia a disfunción y violencia intrafamiliar ⁽²⁸⁾.

Entre las repercusiones para las víctimas podemos mencionar sentimientos de tristeza, trastornos depresivos, aislamiento, soledad, ansiedad o baja autoestima, y estrés. La victimización está asociada al aislamiento y a una menor valoración de parte de sus compañeros; bajo rendimiento académico expresado por sentimientos de tristeza e inseguridad, no tienen sentido de pertenencia en el colegio. Puede presentarse somatización (cefaleas, dolores de estómago, espalda, mareos, cansancio, trastornos del sueño, ideación autolítica y suicidio ⁽²⁹⁾.

Por otro lado, Bernstein y Watson (1997 citado por Calvo & Ballester, 2007) explican que el acoso escolar podría causar depresión en las víctimas, pues aseguran que estas llegan a interiorizar los comentarios negativos de sus agresores. Dando resultados constantes, autocríticas que no le permite desarrollar su autoestima y facilita el desarrollo de una depresión en el periodo de victimización, que puede persistir en la edad adulta.

Los estudios citados por Calvo y Ballester (2007) revelan la presencia de sintomatología depresiva en los niños que son víctimas de acoso; tales como tristeza, pérdida de interés, trastornos del sueño, dificultad para concentrarse y pensamientos suicidas ⁽³⁰⁾.

El bullying se presenta en diversos entornos o gremios sociales, es necesario realizar estudios serios que evalúen la magnitud del problema y su impacto en la salud del adolescente con la finalidad de implementar medidas que permitan un desarrollo mental adecuado, libre de estrés, sin afectar la disciplina ni los aspectos académicos ⁽³¹⁾.

Por otro lado, los maestros y padres de familia a menudo optan por no hacer nada pensando que el acoso entre pares se extinguirá naturalmente. Sin embargo, la evidencia

apunta a que no ocurre así. Estudios longitudinales muestran que el acoso permanece por muchos años y que los roles se mantienen: un niño que es víctima a los 7 años mostrará el mismo estatus 8 años después. Además, los efectos sobre la salud mental permanecen después de 10 y 15 años, ya que 28% de víctimas y agresores mantienen la psicopatología⁽³²⁾.

Entonces, aunque el bullying, la depresión y la ideación suicida han sido investigados anteriormente, al parecer existe un efecto dominó entre estos problemas. Este puede comenzar con las conductas de bullying, generando entre los involucrados síntomas depresivos e ideación suicida, lo que termina afectando la autoestima y diversos aspectos de la vida del adolescente, en ocasiones, con consecuencias irremediables de mayor gravedad como el suicidio⁽³³⁾.

El suicidio es un fenómeno multicausal, que se puede encontrar en lo cotidiano y se transforma en un suceso irreversible que involucra al individuo, a la familia y a la sociedad. Éste no solo es inherente a los adultos, tanto niños como adolescentes pueden sufrir cambios estresantes, desde el ámbito familiar, personal, sentimientos de soledad y falta de apoyo, sumado a circunstancias de crisis que generan un alto grado de sufrimiento para el sujeto, imposibilitan una visión resolutive, que pueden desencadenar en la aparición de conductas o intentos suicidas⁽³⁴⁾.

PAUTAS A SEGUIR: Es fundamental para el Médico Familiar identificar a los adolescentes víctimas de acoso escolar, para otorgarle una atención en verdad oportuna. Por tal motivo, se propone una mayor prevención, e identificar a los niños y adolescentes en riesgo, y brindarles el servicio de salud mental. Esta táctica es notable porque las últimas investigaciones sugieren que los adolescentes con mayor probabilidad de suicidio no reciben atención en salud mental y tampoco le hablan a un adulto sobre su ideación o comportamientos suicidas. El “bullying” puede resolverse solo por medio de una combinación entre la prevención y un adecuado manejo. El trabajo preventivo debe ser permanente y sostenido, dentro de un marco claro y consistente. Como con todas las medidas adoptadas para proteger a los niños y adolescentes es mejor la intervención temprana que esperar a que las consecuencias se produzcan⁽³⁵⁾.

CRITERIOS DE CONSULTA A PSIQUIATRÍA: Los padres y profesores deben buscar ayuda psiquiátrica y psicológica cuando:

- El niño se ha tornado retraído y deprimido.
- El niño se rehúsa a ir a estudiar.
- Hay una alteración evidente del comportamiento en la casa o en el colegio.
- Hay un deterioro sensible en el rendimiento escolar ⁽³⁶⁾.

En éste punto álgido interviene el Médico Familiar el cual debe contar con los conocimientos y habilidades suficientes para brindar una atención oportuna; en esto radica la importancia y relevancia del presente trabajo, pretendemos marcar un precedente en la Unidad Médica y poder identificar a estos grupos de riesgo.

III. JUSTIFICACIÓN

El bullying o acoso escolar es un fenómeno a nivel escolar que se observa cada vez con más auge en los últimos años. Es ampliamente conocida la forma en que afecta el desempeño académico del alumno. Sin embargo, el interés de nuestra investigación fue enfocarnos a identificar las repercusiones a nivel de la salud que puede presentar el menor víctima de acoso, sobre todo en la salud mental, y más específicamente la asociación del bullying con el desarrollo de depresión en adolescentes.

En México se observa un significativo incremento de los casos de bullying en sus diversas formas, el impacto de éste recae en la salud física y mental de las víctimas. En Hidalgo, se observa un comportamiento estable sin observar patrón al alza, debido a que se han implementado programas y acciones para su prevención. Sin embargo la problemática existe y es allí donde existe la relevancia para realizar este estudio.

En el HGZMF No. 1, Pachuca, Hgo., no se cuentan con estudios o estadísticas al respecto, haciendo relevante la realización del estudio; en el IMSS se lleva a cabo un programa para atención a los adolescentes “**juvenimss**” siendo éste un programa preventivo como tal y no para tratamiento específico de patologías específicamente mentales como la depresión; entonces, el presente estudio puede sentar un precedente para el abordaje de esta problemática.

El presente trabajo estudió si el bullying es un factor de riesgo asociado al desarrollo de depresión en la población adolescente de 10 a 19 años que acude a la consulta externa adscrita al HGZMF No 1, ya que es del conocimiento general que el bullying es un factor clave en la aparición de problemas psicológicos en quien lo padece, identificar de manera oportuna en la consulta, implementar estrategias para disminuir y/o erradicar el bullying en nuestro universo de trabajo.

Hay pocos datos epidemiológicos en México para estimar la magnitud del problema en nuestro país. Un tamizaje en población general estima que la mitad de los niños de 4 a 16 años presenta sintomatología y 16% sintomatología suficiente para requerir atención. En este grupo de edad los problemas más frecuentes son manifestaciones de depresión (11.5%) y déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (9.7%). A pesar de la magnitud del problema, pocos niños, niñas y adolescentes reciben atención para tratar sus problemas de salud mental. En el tamizaje de niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años de edad, sólo 13% acudió a solicitar atención. De manera similar, entre adolescentes de 12 a 17 años de edad, únicamente 13.7% con un trastorno en los últimos 12 meses obtuvo tratamiento en el mismo periodo. Lo que es más preocupante todavía es que de quienes recibieron alguna atención, sólo 60.1% tuvo tratamiento que se puede considerar mínimamente adecuado. Debido a que todas estas cifras reportadas son para niños y adolescentes en la ciudad de México, la brecha de tratamiento para niños y adolescentes en ciudades más pequeñas y en áreas rurales con seguridad es mayor.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El bullying representa un grave problema no solo social, repercute directamente en la salud física y mental de quien lo padece. En los últimos tiempos se ha vuelto un tema prioritario de salud y de educación, se está trabajando en la búsqueda de estrategias para abatirlo. Se observa que el comportamiento del acoso escolar, se asocia con la pérdida en diversos grados de la salud mental y/o física; la asociación depresión-bullying ha captado la atención y cobrado importancia en el mundo, en el HGZMF No.1, no se cuenta con información al respecto, por lo que nos planteamos la siguiente pregunta:

V. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la frecuencia de depresión en adolescentes que sufren bullying que acuden a la consulta de Medicina Familiar en el HGZMF No. 1?

VI. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la frecuencia de depresión en adolescentes que sufren bullying que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar en el HGZMF No. 1.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Establecer cuál es la frecuencia de presentación de depresión en los adolescentes que acuden al HGZMF No. 1 y que padecen de bullying.
2. Identificar cuál es el sexo que presenta más casos de depresión, al estar expuesto al bullying, de los adolescentes que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar en el HGZMF No. 1.
3. Identificar qué grado de depresión es más frecuente entre los pacientes que acuden al HGZMF No. 1 y padecen de bullying.
4. Identificar cuál es la edad en la que hay mayor frecuencia de depresión en los adolescentes que acuden al HGZMF No. 1 y que padecen bullying.

VII. HIPÓTESIS

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Hi1. El bullying es un factor asociado al desarrollo de depresión en adolescentes que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar en el HGZMF No. 1.

Hi2. Es más común la presencia de depresión en las adolescentes del sexo femenino que acuden al HGZMF No. 1 que padecen bullying.

Hi3. El tipo depresión más frecuente que presentan los adolescentes que acuden al HGZMF No. 1 que padecen de bullying es la del tipo grave.

Hi4. A mayor edad es más frecuente la presencia de depresión entre los adolescentes que acuden al HGZMF No. 1 y padecen de bullying.

HIPOTESIS NULAS

Ho1. El bullying no es un factor asociado al desarrollo de depresión en adolescentes que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar en el HGZMF No. 1.

Ho2. Es más común la presencia de depresión en los adolescentes del sexo masculino que acuden al HGZMF No. 1 que padecen bullying.

Ho3. El tipo de depresión más frecuente que presentan los adolescentes que acuden al HGZMF No. 1 que padecen bullying es del tipo leve.

Ho4. A menor edad es más frecuente la presencia de depresión entre los adolescentes que acuden al HGZMF No. 1 y padecen de bullying.

VIII. MATERIAL Y MÉTODOS

a) TIPO DE DISEÑO

TRANSVERSAL, OBSERVACIONAL, ANALÍTICO, PROSPECTIVO.

b) UNIVERSO DE TRABAJO

Adolescentes de 10 a 19 años que acudieron a la consulta de Medicina Familiar del HGZ y MF No 1, que acudieron a la unidad en el turno matutino y vespertino, durante un periodo de dos meses en que se realizó el estudio, realizando un muestreo por conveniencia, no probabilístico. No se tiene el número estimado de derechohabientes.

c) CRITERIOS DE SELECCIÓN

DE INCLUSIÓN

- Adolescentes de ambos sexos, de 10 a 19 años de edad que acudan a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 1, durante el periodo del estudio.
- Que los adolescentes estén escolarizados.
- Que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento bajo información

DE EXCLUSIÓN

- Adolescentes con discapacidad intelectual.
- Adolescentes que ya cuenten con el diagnóstico y tratamiento de depresión.
- Adolescentes con diagnóstico de cualquier trastorno psiquiátrico.
- Adolescentes que no acepten firmar el formato de consentimiento bajo información.

DE ELIMINACIÓN

- Pacientes con cuestionarios incompletos.
- Pacientes con cuestionarios ilegibles.

d) OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable Dependiente	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
Depresión	Trastorno caracterizado por sentimientos de tristeza, irritabilidad, cambios en el Apetito y en los patrones de sueño, baja autoestima y pensamientos o actos suicidas.	Se aplicará el test de Zung el cual mide depresión y lo divide en: • Sin depresión < 35 (< 28 puntos) • Depresión leve 36-51 (28-41 puntos) • Depresión moderada 52-67 (42-53 puntos) • Depresión grave > 68 (> 53 puntos)	Cualitativa nominal	0. Sin depresión. 1. Depresión leve. 2. Depresión moderada. 3. Depresión grave.

Variable Independiente	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
Bullying	Trastorno social en centros	Se aplicará el cuestionario	Cualitativa Nominal	0. Con Bullying 1. Sin Bullying

	educativos, donde un alumno que posee mayor fuerza se impone ante otro más débil	PRECONCIMEI (Cuestionario sobre preconcepciones de intimidación y maltrato entre iguales).		
--	--	--	--	--

OTRAS VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
Sexo	Se refiere a las características biológicas diferenciales que existen entre mujeres y hombres.	En la ficha de identificación del cuestionario se preguntará el sexo	Cualitativa Nominal	0. Hombre 1. Mujer
Edad	Es el tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta la fecha actual.	Años cumplidos al momento de la entrevista en números enteros.	Cuantitativa discreta	Años cumplidos.
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Se preguntará directamente al participante el grado escolar que tiene en el momento de la entrevista.	Cualitativa nominal	0. Primaria 1. Secundaria 2. Preparatoria 3. Universidad

e) DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El presente estudio se llevó a cabo en el HGZMF No 1, se aplicó el cuestionario PRECONCEMEI y el test Zung a la población de 10 a 19 años que acudieron a la consulta de medicina familiar y sean escolarizados, previa aprobación del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación.

Se captó la población adolescente que acude a la consulta de medicina familiar en los turnos matutino y vespertino; haciéndoles hincapié de que el estudio es confidencial y se solicitó su consentimiento bajo información a los participantes en el estudio.

El cuestionario PRECONCIMEI (Cuestionario sobre preconcepciones de intimidación y maltrato entre iguales); es un instrumento validado y adaptado al español por Avilés en 1999 (CIME) y adaptado de Ortega, Mora-Merchán y Mora, es autoadministrado, consistente en 42 ítems se aplicará al participante del estudio, consta de 12 ítems relacionados con adolescentes y explora seis dimensiones: la situación del alumnado, los perfiles de las víctimas, las condiciones de las intimidaciones, los perfiles de los agresores, los perfiles de los observadores y las propuestas de solución.

El test o escala de depresión de Zung, es autoadministrado, este es un instrumento validado, ya que nos permite evaluar el nivel de depresión, es sencillo, rápido y de fácil aplicación.

De esta manera, el presente estudio estima la asociación de bullying como factor de riesgo para el desarrollo de depresión en nuestro universo de trabajo.

f) ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó el paquete estadístico SPSS 22.0 para versión Windows 2010.

Se realizó estadística descriptiva con análisis univariado y estadística inferencial con análisis bivariado.

Para el análisis bivariado se aplicó la Razón de Momios (RM), con sus respectivos Intervalos de Confianza al 95% (IC95%); y como prueba estadística para corroborar que los datos no se debieron al azar, se aplicó Ji cuadrada (Ji2), tomando como significativos los valores de p menores de 0.05.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se calculó de la siguiente forma:

$$n = \frac{t^2 \times p(1-p)}{m^2}$$

Descripción de la fórmula:

n= tamaño de la muestra requerido

t= nivel de fiabilidad de 95% (valor estándar de 1.96)

p= prevalencia estimada, de la variable considerada

m= margen de error de 5% (valor estándar de 0.05)

Sustitución de los valores:

n= tamaño de la muestra requerido

t= nivel de fiabilidad de 95% (valor estándar de 1.96)

p= la prevalencia estimada de bullying en la población de adolescentes es de 25% (0.25)

m= margen de error de 5% (valor estándar de 0.05)

$$n = \frac{(1.96)(1.96) \times 0.25 (1-0.25)}{(0.05)(0.05)}$$

$$n = \frac{3.8416 \times 0.25 (0.75)}{0.0025}$$

$$n = \frac{0.7203}{.0025}$$

$$n = 288$$

$$n = 288$$

n=288 pacientes en total

El muestreo se hizo de manera no probabilística, por conveniencia, se invitó a los adolescentes adscritos a la Unidad que acudieron a la consulta hasta que se reunió el número de sujetos requeridos.

g) ASPECTOS ÉTICOS

La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial marca recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica con seres humanos, adoptadas por la 18ª. Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendadas por la 29ª. Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, octubre de 1975, por la 35ª. Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre de 1983 y por la 41ª. Asamblea Médica Mundial Hong Kong en septiembre de 1989. Con el propósito de la investigación médica con seres humanos debe ser mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y la comprensión de la etiología y la patogénesis de la enfermedad.

Como puntos importantes refiere:

- El diseño y la ejecución de cada procedimiento experimental en seres humanos deben formularse claramente en un protocolo experimental que debe enviarse a un comité independiente debidamente designado para su consideración,

observaciones y consejos. Dicho comité debe ajustarse a las leyes y regulaciones del país en que se lleva a cabo la investigación.

- Los médicos deben abstenerse de emprender proyectos de investigación en seres humanos a menos que tengan la certeza de que los peligros que entrañan se consideran previsibles.
- Siempre debe respetarse el derecho del participante en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse todas las precauciones del caso para respetar la vida privada del participante y para reducir al mínimo el impacto del estudio en la integridad física y mental del participante y en su personalidad.
- Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe ser especialmente cuidadoso para darse cuenta si en el participante se ha formado una condición de dependencia con él o si consiente bajo coacción. En ese caso el consentimiento informado debe obtenerlo un médico que no tome parte en la investigación y que tenga completa independencia de esa relación oficial.
- En el caso de incapacidad legal, el consentimiento informado debe obtenerse del tutor legal de conformidad con la legislación nacional. Cuando la incapacidad física o mental hacen imposible obtener un consentimiento informado, o cuando el participante es menor de edad, un permiso otorgado por un pariente responsable reemplaza al del participante de conformidad con la legislación nacional.

Con base a la Ley General de Salud, en el Reglamento General de Salud en materia de Investigación para la salud en su Título V, capítulo único, cumple con las disposiciones del artículo 96, sin comprometer a seres humanos por lo que este estudio se considera de riesgo mínimo. Se solicitará autorización a los pacientes para aceptar su participación, firmando consentimiento informado, explicándoles el objetivo del estudio, en qué consistirá su participación, y los beneficios y riesgos a los que se someterán, en caso de aceptar participar. Este protocolo será presentado al Comité Local de Investigación del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Pachuca, Hidalgo, para su aprobación.

Por ley, los niños no pueden dar un consentimiento forma real hasta que cumplan los 18 años de edad. Por eso, antes de tomar parte en un estudio clínico, se les pide que den su asentimiento. Asentimiento quiere decir que aceptan participar. También pueden disentir,

lo que quiere decir que no aceptan participar en el estudio. A diferencia del consentimiento formal, el proceso de asentimiento no es exigido por ley, pero puede ser requerido por los Consejos Institucionales de Revisión (IRB).

Para poder tomar parte del proceso de asentimiento, los niños deben tener la suficiente madurez para entender qué es el estudio clínico y lo que se espera que ellos hagan. Algunos niños de tan solo 7 años de edad pueden tener capacidad para participar. Pero la edad varía según el niño y la institución que realiza el estudio.

Tal como ocurre con el consentimiento formal, el proceso de asentimiento busca que haya una conversación constante entre el niño y el equipo de investigación. Este equipo puede incluir médicos, personal de enfermería, trabajadores sociales y otros proveedores de servicios de salud.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Para la realización del presente estudio se contó con dos asesores: clínico especialista en medicina familiar, metodológico especialista en medicina familiar y epidemiólogo, con amplia experiencia en investigación.

Recursos materiales, computadora, impresora, hojas blancas, encuestas, lápices, bolígrafos, gomas, paquete estadístico.

Recursos financieros. Son los mismos que se enunciaron en recursos materiales y fueron absorbidos en su totalidad por los investigadores.

La factibilidad del estudio se sustentó por la accesibilidad de aplicación de las encuestas a los adolescentes, en el momento que estuvieron esperando consulta, se aprovechó este tiempo y así no se interfirió con los tiempos de los adolescentes de la escuela ni de su consulta; se vio la oportunidad de captar un grupo que no existe como tal cautivo, ya sea que hayan acudido a consulta como pacientes o como acompañantes.

IX. RESULTADOS

A continuación exponemos los resultados que obtuvimos en el estudio:

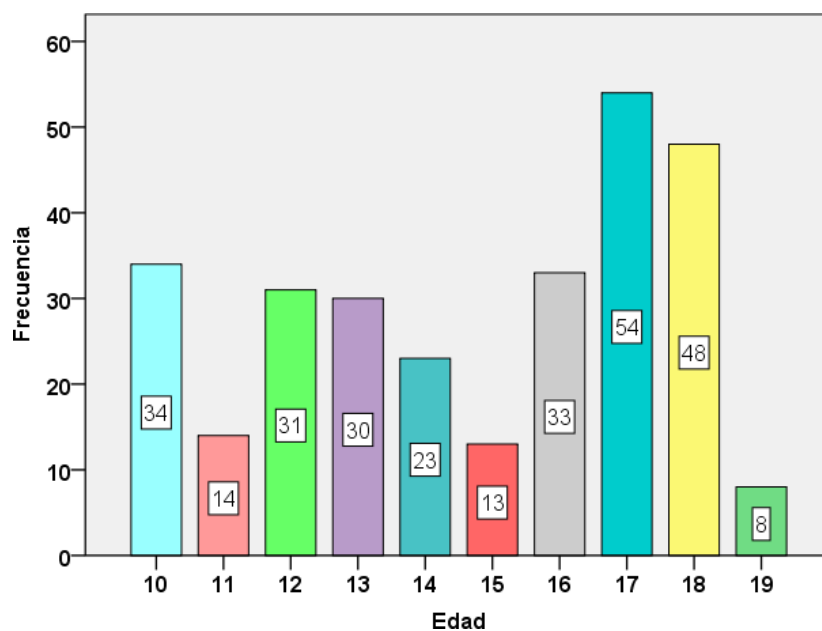


GRÁFICO 1. FRECUENCIA POR GRUPOS DE EDAD

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
10	34	11,8	11,8
11	14	4,9	16,7
12	31	10,8	27,4
13	30	10,4	37,8
14	23	8,0	45,8
15	13	4,5	50,3
16	33	11,5	61,8
17	54	18,8	80,6
18	48	16,7	97,2
19	8	2,8	100,0
Total	288	100,0	

TABLA 1. FRECUENCIA DE EDAD EN POBLACIÓN ESTUDIADA

Estadísticos		
Medidas de tendencia central		
N	Válido	288
	Perdidos	0
Media		14,70
Mediana		15,00
Moda		17 años
Desviación estándar		2,819
Varianza		7,944
Asimetría		-,305
Error estándar de asimetría		,144
Curtosis		-1,273
Error estándar de curtosis		,286
Mínimo		10
Máximo		19
Percentiles	25	12,00
	50	15,00
	75	17,00

TABLA 2. ESTADÍSTICOS. MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL

Como podemos observar en la tabla anterior, el rango de edad fue de 10 a 19 años de edad, como se planteó el estudio. Del total de los participantes la moda fue la edad de 17 años teniendo un total de 54 casos, siendo de 18.8% del total.

Sexo

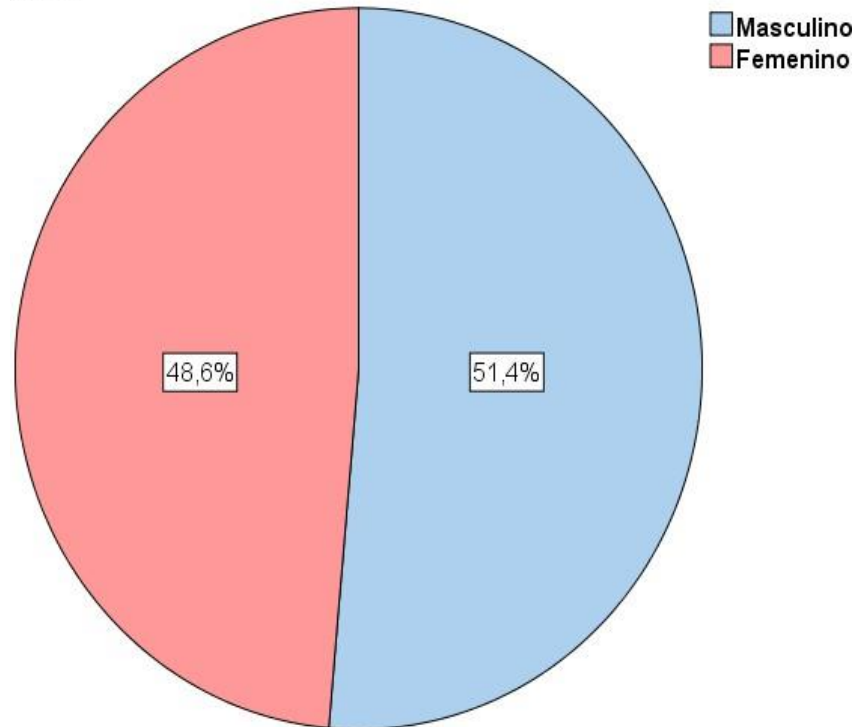


GRÁFICO 2. PORCENTAJE POR SEXO.

SEXO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	148	51,4	51,4
Femenino	140	48,6	100,0
Total	288	100,0	

TABLA 3. PORCENTAJE POR SEXO.

El resultado de la tabla expuesta nos indica el número de participantes de acuerdo al sexo, podemos ver que se encontró una frecuencia de 148 hombres porcentaje de 51.4%, contra 140 mujeres porcentaje de 48.6%; vemos que fue discretamente mayor en hombre que en mujeres la participación en el estudio.

Escolaridad

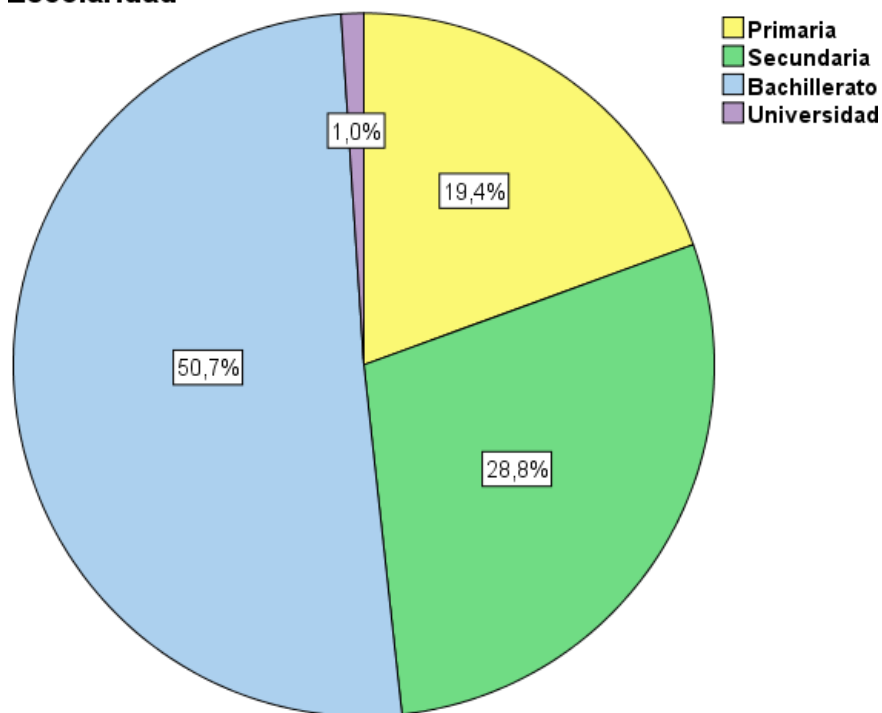


GRÁFICO 3. PORCENTAJES DE ACUERDO A GRADO DE ESCOLARIDAD.

ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primaria	56	19,4	19,4
Secundaria	83	28,8	48,3
Bachillerato	146	50,7	99,0
Universidad	3	1,0	100,0
Total	288	100,0	

TABLA 4. PORCENTAJE POR ESCOLARIDAD.

En el gráfico y tabla anteriormente expuestos se observa el grado de escolaridad de la población estudiada agrupada en primaria, secundaria, bachillerato y universidad, en la cual a su vez vimos una mayor participación de los adolescentes que cursan el bachillerato con 146 participantes total de 50.7%, y siendo la de menor participación el grupo de universidad con solo tres encuestados total de 1.0%.

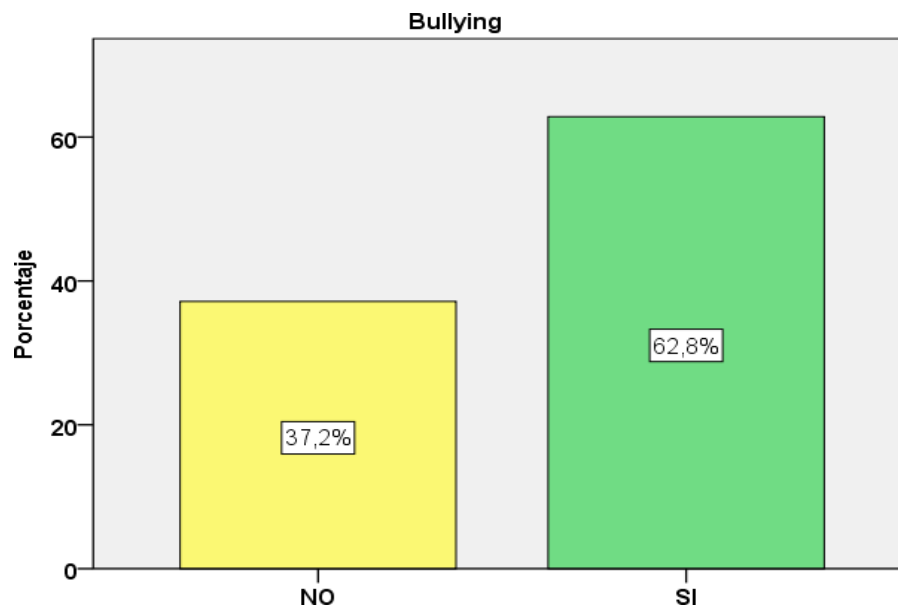


GRÁFICO 4. PORCENTAJE DE ENTREVISTADOS QUE REFIRIERON CONDUCTAS DE BULLYING.

Bullying	Frecuencia	Porcentaje
NO	107	37.2
SI	181	62.8
Total	288	100.0

TABLA 5. PORCENTAJE DE ENTREVISTADOS QUE REFIRIERON CONDUCTAS DE BULLYING.

La tabla anterior nos indica el número de casos de paciente que presentaron bullying en al menos una ocasión durante el trimestre contra los que mencionaron nunca haber padecido de conductas de bullying. En este sentido vemos que el total de casos de los que presentaron una ocasión bullying fue de 181 casos un total de 62.8%, y el resto de 107 encuestados refirieron no haber presentado conductas de bullying total de 37.2%.

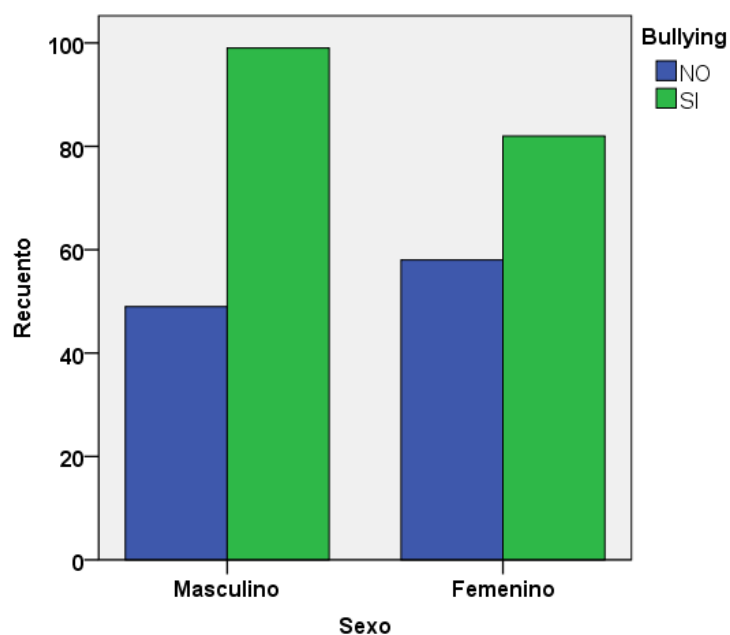


GRÁFICO 5. NÚMERO DE CASOS DE BULLYING POR SEXO.

		Bullying		Total
		NO	SI	
Sexo	Masculino	49	99	148
	Femenino	58	82	140
Total		107	181	288

TABLA 6. NÚMERO DE CASOS DE BULLYING POR SEXO.

En la tabla anterior se presenta el número de casos de bullying por sexo, del total de encuestados vemos que el predominio de sexo fue el masculino con 99 casos total de 54.7% contra el sexo femenino que fue de 82 casos total de 45.3%, entonces vemos que predominó el sexo masculino del total de paciente que mencionaron sufrir de bullying.

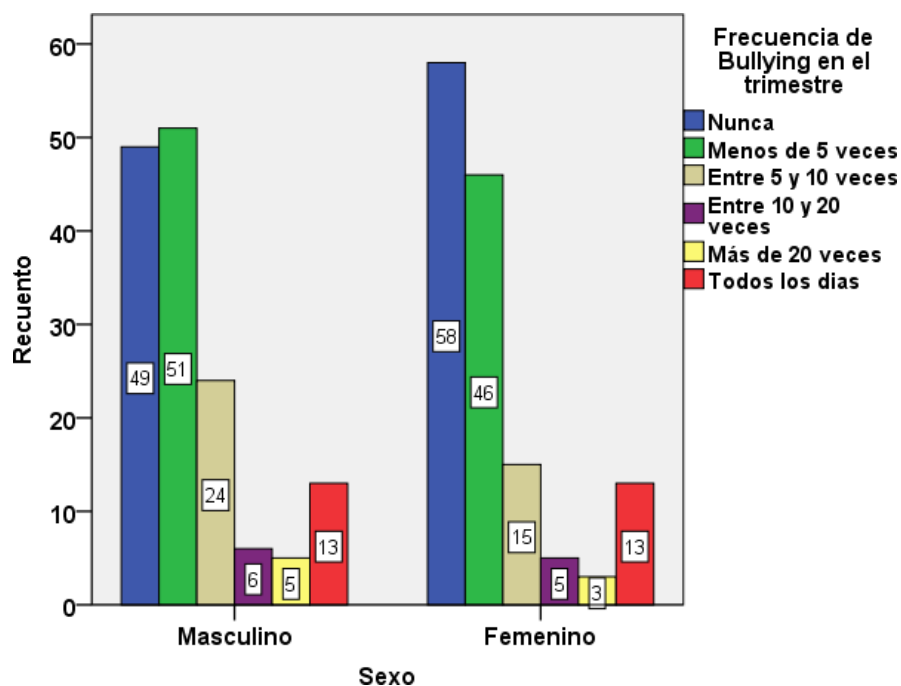


GRÁFICO 6. NÚMERO DE VECES EN LAS QUE SE PRESENTÓ BULLYING EN EL TRIMESTRE POR SEXO.

Tabla cruzada Sexo*Frecuencia de Bullying en el trimestre

		Frecuencia de Bullying en el trimestre						Total
		Nunca	Menos de 5 veces	Entre 5 y 10 veces	Entre 10 y 20 veces	Más de 20 veces	Todos los días	
Sexo	Masculino	49	51	24	6	5	13	148
	Femenino	58	46	15	5	3	13	140
Total		107	97	39	11	8	26	288

TABLA 7. NÚMERO DE VECES EN LAS QUE SE PRESENTÓ BULLYING EN EL TRIMESTRE POR SEXO.

La tabla anterior nos muestran de forma agrupada el número de veces en las que se presentaron las conductas de bullying de acuerdo a cada sexo, podemos ver que el mayor número de casos se concentró en los que han sido menos de 5 veces por trimestre, y de estos predomina en hombres con 51 de 97 casos total de 52.6%; cabe mencionar que en el grupo que refirió no presentar bullying el sexo que predominó fue femenino con 58 de los 107 casos total de 54.2% que no se vieron afectados por conductas de bullying, contra 49 casos del sexo masculino total del 45.8% de este grupo de número de casos; el número de conductas de bullying que predominó fue del grupo de menos de 5 ocasiones en el trimestre con un total de 97 casos de los 288 total de encuestados equivalente al 33.6%.

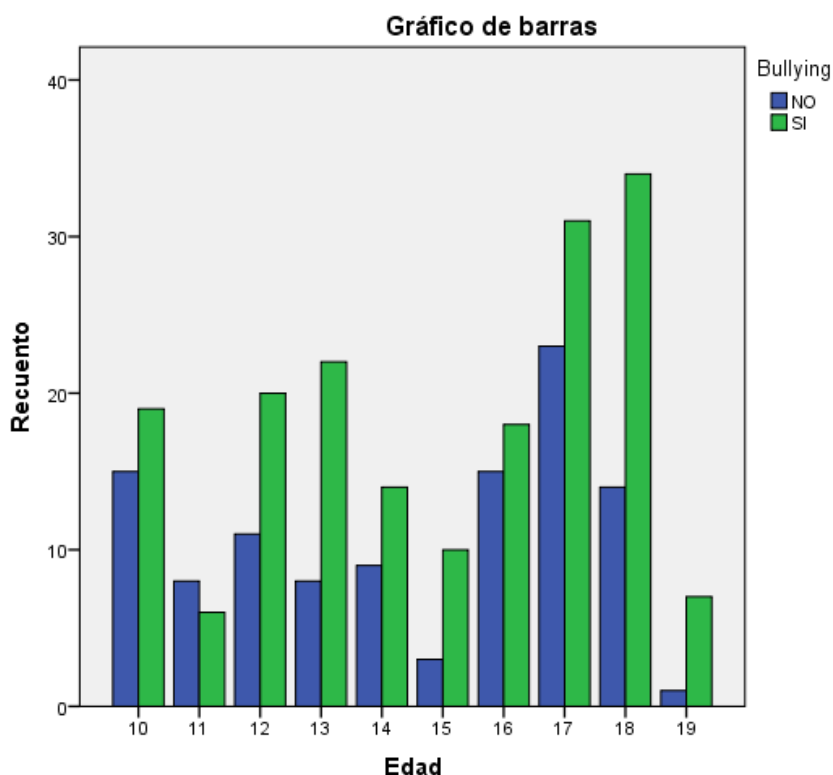
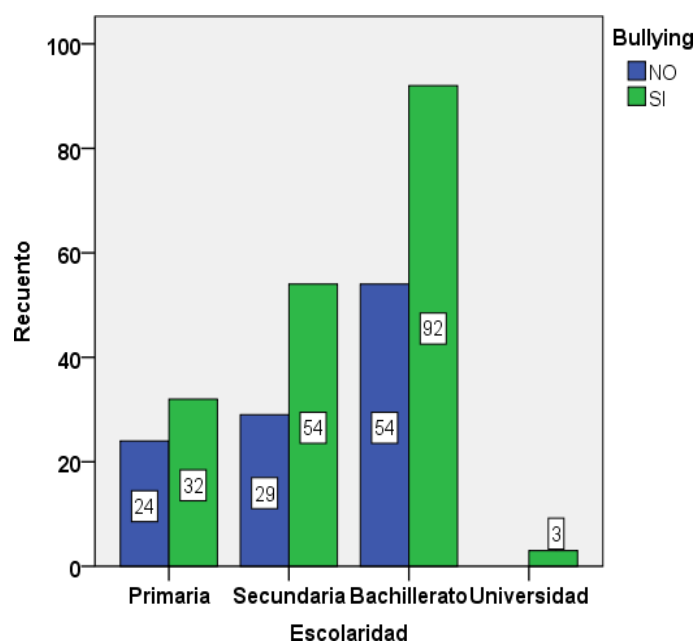


GRÁFICO 7. NÚMERO DE CASOS DE BULLYING POR EDAD.

		NO	SI	
Edad	10	15	19	34
	11	8	6	14
	12	11	20	31
	13	8	22	30
	14	9	14	23
	15	3	10	13
	16	15	18	33
	17	23	31	54
	18	14	34	48
	19	1	7	8
Total		107	181	288

TABLA 8. NÚMERO DE CASOS DE BULLYING POR EDAD.

En la tabla anterior, el número de casos de bullying por edad, en la cual la tendencia de mayor edad fue la de 18 años con 34 casos de los 288 que mencionaron sufrir de conductas de bullying total de 11.8%, mientras que el que manifestó el menor número de casos de bullying fue la edad de 11 años con 6 casos de los 288 participantes del estudio total de 2.0%.



GRÁFICA 8. NÚMERO DE CASOS DE BULLYING POR GRADO DE ESTUDIO.

Tabla cruzada Escolaridad*Bullying

Recuento

		Bullying		Total
		NO	SI	
Escolaridad	Primaria	24	32	56
	Secundaria	29	54	83
	Bachillerato	54	92	146
	Universidad	0	3	3
Total		107	181	288

TABLA 9. NÚMERO DE CASOS DE BULLYING POR GRADO DE ESTUDIO.

En la información expuesta arriba, podemos observar el número de casos de bullying por grado de estudio, en el cual vemos que el rango de más casos se presentó en el bachillerato con un total de 92 casos de los 288 participantes entrevistados total de 31.9%, y en el que se presentó el menor número fue en el grupo de universidad con 3 casos de los 288 con un total de 1.0%.

A continuación expondremos los resultados de depresión, mencionamos que, independientemente que los entrevistados hayan o no presentado bullying, se aplicó el test de Zung para depresión con el fin de determinar si se presentó depresión aunque no sufrieran conductas de bullying.



GRÁFICO 9. NÚMERO DE CASOS Y GRADO DE DEPRESIÓN.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	NORMAL	261	90,6	90,6
	LIGERAMENTE DEPRIMIDO	25	8,7	99,3
	MODERADAMENTE DEPRIMIDO	2	,7	100,0
	Total	288	100,0	

TABLA 10. NÚMERO DE CASOS Y GRADO DE DEPRESIÓN.

Como podemos apreciar en la tabla anteriormente expuesta el número de casos que se presentaron de depresión fue de 27 casos siendo del 9.4% del total de población estudiada y 261 participantes refirieron no presentar depresión que es equivalente al 90.6% del total. Podemos, de igual forma apreciar, los casos de depresión de acuerdo al grado de severidad de ésta, en la cual observamos que los casos de depresión leve fue de 25 para un total del 8.7%, y de depresión moderada fue de 2 casos para un total de 0.7% del total de los participantes, cabe mencionar que para depresión severa no hubo resultados.

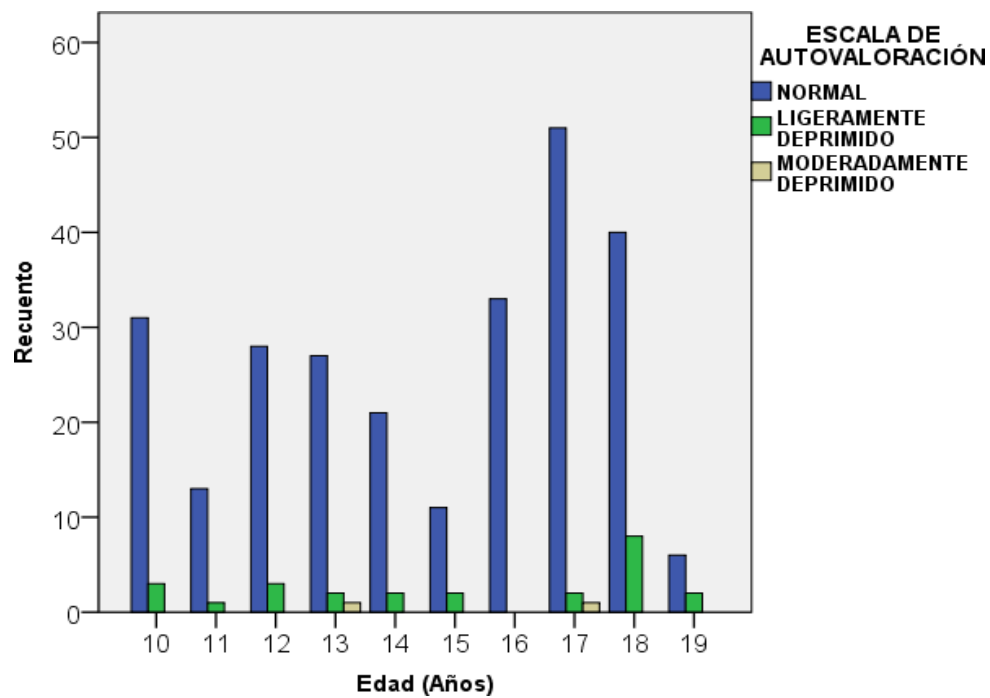


GRÁFICO 10. DEPRESIÓN POR EDAD.

		ESCALA DE AUTOVALORACIÓN (Agrupada)			Total
		NORMAL	LIGERAMENTE DEPRIMIDO	MODERADAMENTE DEPRIMIDO	
Edad	10	31	3	0	34
	11	13	1	0	14
	12	28	3	0	31
	13	27	2	1	30
	14	21	2	0	23
	15	11	2	0	13
	16	33	0	0	33
	17	51	2	1	54
	18	40	8	0	48
	19	6	2	0	8
Total		261	25	2	288

TABLA 11. DEPRESIÓN POR EDAD.

De la tabla expuesta arriba podemos mencionar que el grupo de edad en el que se presentó el mayor número de casos de depresión fue de 18 años con 8 de los 288 encuestados total de 2.7%, mismos que correspondieron al grupo de depresión leve, no presentando casos de depresión moderada. A su vez, el grupo que presentó menor número de casos fue de 16 años con cero casos para los diversos grados de depresión que estudiamos, aunque el predominio para cada edad fue de 2 a tres casos de depresión.

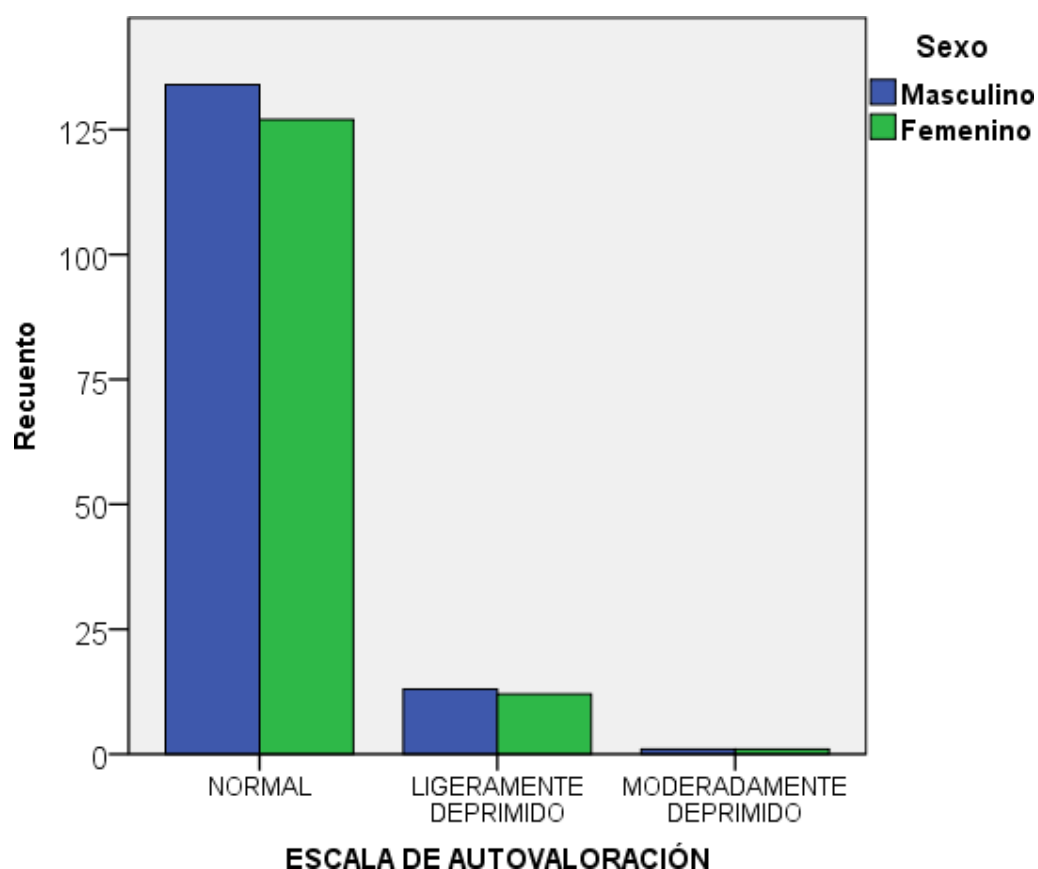


GRÁFICO 11. DEPRESIÓN POR SEXO.

Tabla cruzada ESCALA DE AUTOVALORACIÓN (Agrupada)*Sexo

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
ESCALA DE AUTOVALORACIÓN (Agrupada)	NORMAL	134	127	261
	LIGERAMENTE DEPRIMIDO	13	12	25
	MODERADAMENTE DEPRIMIDO	1	1	2
	Total	148	140	288

TABLA 12. DEPRESIÓN POR SEXO.

De acuerdo a la tabla anteriormente expuesta, observamos que el sexo que tuvo mayor número de casos de depresión fue el masculino con 14 de los 288 entrevistados de los cuales 13 casos presentaron depresión leve total de 5% y 1 fue de depresión moderada total de 0%; mientras que para el sexo femenino el total de casos de depresión fue de 13 de los cuales 12 fueron de depresión leve 4% del total y 1 de depresión moderada total 0%.

Ahora bien, mostramos a continuación los resultados obtenidos para depresión en pacientes que sufren de conductas de bullying en nuestra población estudiada.

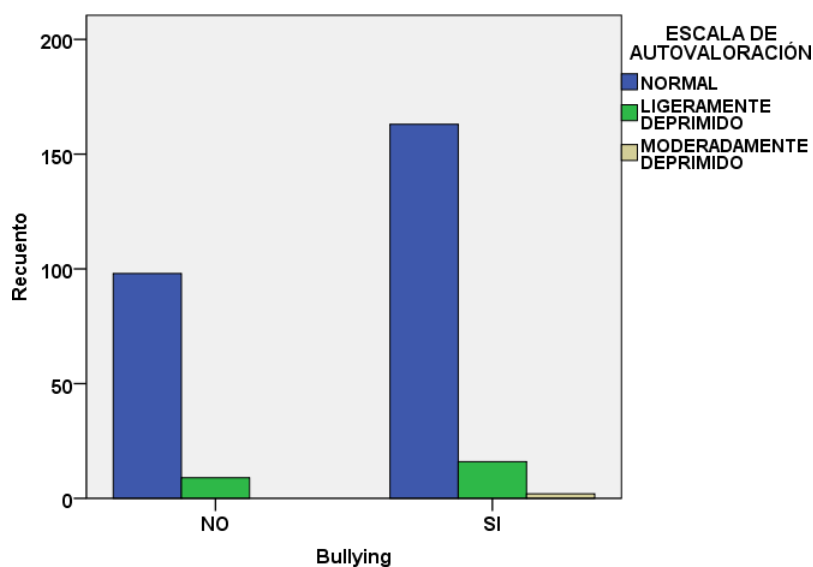


GRÁFICO 12. PORCENTAJE DE PARTICIPANTES CON BULLYING Y DEPRESIÓN

Tabla cruzada Bullying*ESCALA DE AUTOVALORACIÓN (Agrupada)

		ESCALA DE AUTOVALORACIÓN (Agrupada)			Total
		NORMAL	LIGERAMENTE DEPRIMIDO	MODERADAMENTE DEPRIMIDO	
Bullying	NO	98	9	0	107
	SI	163	16	2	181
Total		261	25	2	288

**TABLA 13.
DEPRESIÓN
BULLYING EN
POBLACIÓN
ESTUDIADA.**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	CON
Chi-cuadrado de Pearson	1,214 ^a	2	,545	
Razón de verosimilitud	1,890	2	,389	
Asociación lineal por lineal	,447	1	,504	
N de casos válidos	288			

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,74.

TABLA 14. PRUEBA DE JI CUADRADA PARA BULLYING CON DEPRESION

La tabla anterior nos menciona el número de casos de depresión y que a su vez estuvieron expuestos a bullying. De esta tabla podemos mencionar que la tendencia más frecuente fue la presencia de bullying, aunque sin presentar depresión con total de 163 casos de los 288 encuestados total de 56.6%, mientras que el grupo con bullying y que presentó depresión en diverso grado fue de 18 de los 288 encuestados total de 6.3%. Además podemos observar que en el grupo de bullying con depresión, 16 de los 288

casos correspondió a depresión leve total de 5.6% de los encuestados que mencionaron sufrir de bullying, y para depresión moderada el número fue de 2 de los 288 casos total de 0.7% en quienes si refirieron conductas de bullying.

En el caso del grupo que no presentó bullying, 98 de los 288 encuestados mencionaron no haber sufrido de depresión en sus diversos niveles total de 34.0%, mientras que quienes no presentaron bullying y sí refirieron algún grado de depresión fue de 9 de los 288 encuestados total de 3.1%, siendo depresión leve la presentada y no así presentando moderada, situación que si fue observada en el grupo que presentó conductas de bullying.

Para validar estos resultados aplicamos Ji cuadrada, se puede comentar que hubo una significación de 0.545 para Ji cuadrada de Pearson, por lo que concluimos que fue éste mayor a 0.05 y que los resultados que obtuvimos no se debieron al azar.

En el caso de los entrevistados que mencionaron presentar depresión, el plan es derivarlos a los servicios de apoyo de la Unidad Médica para que puedan recibir atención especializada en cuanto a su estado de ánimo. En cuanto a las conductas de bullying consideramos que sería adecuado de manera interinstitucional exponer estos resultados con instancias educativas para tratar de incidir en la presencia de tantos casos de bullying que se presentan hoy en día.

X. DISCUSIÓN

Un vez que analizamos la información obtenida, podemos apreciar lo siguiente:

- a) El rango de edad fue de 10 a 19 años de edad, siendo la edad de 17 años la más frecuente, esto debido en gran medida a que vimos mayor participación de estos grupos de edad.
- b) El sexo que predominó fueron hombres con 148 y total de 51.4%, contra 140 mujeres total de 48.6%, aunque mostró mayor participación, la realidad es que fue apenas mínima con 8 participantes más por parte de los hombres.
- c) En cuanto a la escolaridad de la población estudiada, la mayor participación fue de adolescentes que cursan el bachillerato y la de menor participación el grupo de universidad con solo tres encuestados, como mencionamos con anterioridad por mayor participación del grupo de bachillerato al solicitar se aplicarán las encuestas.

- d) El total de casos de los que presentaron bullying en al menos una ocasión fue de 181 casos un total de 62.8%, y 107 encuestados refirieron no haber presentado conductas de bullying total de 37.2%. Esta estadística fue de particular interés pues vemos que se observan conductas de bullying en más del 60% de participantes en diverso grado o número de ocasiones lo que es alarmante en el ámbito escolar donde conviven; significa que 6 de cada 10 adolescentes han sufrido de bullying en al menos una ocasión cifras preocupantes para instancias educativas y que tienden a afectar la salud mental de los participantes. Si comparamos lo anterior la incidencia del bullying en México se presenta en un 77%, de los estudiantes de primaria y secundaria, así como en el estado de Hidalgo los datos reportados son de 97% sexo femenino y el 92% masculino señalaron que han visto situaciones de violencia y maltrato entre sus compañeros.
- e) Hubo predominio de participantes con bullying en el sexo masculino con 99 casos total de 54.7% contra el sexo femenino que fue de 82 casos total de 45.3%. el bullying insistimos, puede existir en diversas modalidades como palabras o actos y por diversas vías, vemos una menor cifra para mujeres no así siendo tan amplia la diferencia y entonces, retomando los datos señalados en el párrafo anterior vemos que las conductas de bullying se observan más frecuentemente en el sexo femenino en el estado de Hidalgo.
- f) El mayor número de casos de conductas de bullying se concentró en los que han sido menos de 5 veces por trimestre, predominio de hombres; en el grupo que refirió no presentar bullying el sexo que predominó fue el femenino. Observamos que a pesar de que se presentan conductas de bullying, se presentan con poca frecuencia durante un trimestre escolar siendo menor a 5 ocasiones, de nueva cuenta predominó el sexo masculino.
- g) La edad de mayor frecuencia fue la de 18 años con 34 casos de los 288 que mencionaron sufrir de conductas de bullying total de 11.8%, mientras que el que manifestó el menor número de casos de bullying fue la edad de 11 años con 6 casos de los 288 casos total de 2.0%.
- h) La mayor frecuencia de casos de bullying se presentó en el bachillerato con 92 casos de los 288 participantes total de 31.9%, y en el que se presentó el menor número fue en el grupo de universidad con 3 casos de los 288 con un total de 1.0%. Esto por el deseo de participar de los entrevistados.

- i) El número de casos de depresión fue de 27 casos siendo del 9.4% del total de población estudiada y 261 participantes refirieron no presentar depresión que es equivalente al 90.6% del total. De acuerdo a severidad de depresión la leve fue de 25 para un total del 8.7%, y de depresión moderada fue de 2 casos para un total de 0.7% del total de participantes; para depresión severa no hubo resultados. Vemos una tendencia menor a la encontrada en la literatura para la población mexicana que menciona la frecuencia de depresión del 22 y hasta el 30%, siendo lo observado en nuestro estudio de apenas el 9.4%; esto equiparable con un estudio realizado en cuatro ciudades mexicanas revelo que una de cada ocho personas (12.8%) padece trastornos depresivos, siendo su frecuencia no tan alta como la que encontramos en el presente estudio
- j) El grupo de edad en el que se presentó el mayor número de casos de depresión fue de 18 años con 8 de los 288 entrevistados 2.7% del total, mismos que correspondieron al grupo de depresión leve, no presentando casos de depresión moderada. El grupo que presentó menor número de casos fue de 16 años con cero casos para los diversos grados de depresión. Hay una tendencia mayor a presentar la depresión en edades de participantes que acuden al bachillerato, siendo esta etapa de la vida la más susceptible para desarrollar depresión; esto es de relevancia pues, un tamizaje en población general estima que la mitad de los niños de 4 a 16 años presenta sintomatología y 16% sintomatología suficiente para requerir atención. En este grupo de edad los problemas más frecuentes son manifestaciones de depresión (11.5%) y déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (9.7%, que es lo que observamos en la literatura.
- k) El sexo que tuvo mayor número de casos de depresión fue el masculino con 14 de los 288 entrevistados, de éstos 13 casos presentaron depresión leve total de 5% y 1 caso fue de depresión moderada total 0%; mientras que para el sexo femenino el total de casos de depresión fue de 13 de los cuales 12 fueron de depresión leve 4% del total y 1 caso de depresión moderada total de 0%. Por lo anterior mencionado el sexo que predominó fue el masculino aunque fue equiparable con el femenino.
- l) La presencia de bullying sin presentar depresión se observó en 163 casos de los 288 encuestados total de 56.6%, lo cual habíamos comentado previamente es bastante elevado el fenómeno del bullying en la actualidad, no teniendo datos

equiparables en el estado de Hidalgo o en población mexicana en la literatura revisada.

- m) En el caso del grupo que no presentó bullying, 98 de los 288 encuestados mencionaron no haber sufrido de depresión en sus diversos niveles total de 34.0%, mientras que quienes no presentaron bullying y sí refirieron algún grado de depresión fue de 9 de los 288 encuestados total de 3.1%, siendo depresión leve la presentada y no así presentando moderada, situación que si fue observada en el grupo que mencionó sufrir de conductas de bullying. Podemos decir en cuanto a esto que se presenta depresión aun cuando no haya bullying.
- n) En el grupo con bullying y que presentó depresión en diverso grado fue de 18 de los 288 encuestados total de 6.3%, 16 de los 288 casos correspondió a depresión leve total de 5.6% de los encuestados que mencionaron sufrir de bullying, y para depresión moderada el número fue de 2 de los 288 casos total de 0.7% en quienes si refirieron conductas de bullying. En este sentido vemos que hay una frecuencia mayor en este grupo que si se compara con quienes no han sufrido de bullying o de depresión, en su conjunto nos da una frecuencia de 6.3%.

XI. CONCLUSIONES

Podemos en base a los resultados obtenidos durante nuestro estudio lo siguiente:

- a) Determinamos con nuestro estudio la frecuencia de depresión en adolescentes que sufren bullying, el cual vemos que correspondió a 18 de los 288 encuestados total de 6.3%.
- b) Identificamos el sexo que presenta más casos de depresión al estar expuesto al bullying de los adolescentes, el cual fue el sexo masculino con 14 de los 288 entrevistados, de éstos 13 casos presentaron depresión leve total de 5% y 1 caso fue de depresión moderada total 0%; mientras que para el sexo femenino el total de casos de depresión fue de 13 de los cuales 12 fueron de depresión leve 4% del total y 1 caso de depresión moderada total de 0%.
- c) Identificamos el grado de depresión más frecuente y padecen de bullying, que es depresión leve, 16 de los 288 casos correspondió a depresión leve total de 5.6% de los encuestados que mencionaron sufrir de bullying, y para depresión moderada el número fue de 2 de los 288 casos total de 0.7% en quienes si refirieron conductas de bullying.
- d) Identificamos la edad en la que hay mayor frecuencia de depresión que fue de 18 años con 8 de los 288 entrevistados 2.7% del total, mismos que correspondieron al grupo de depresión leve, no presentando casos de depresión moderada. El grupo que presentó menor número de casos fue de 16 años con cero casos para los diversos grados de depresión.
- e) Con base en lo anterior concluimos que el bullying si demostró ser un factor asociado al desarrollo de depresión en adolescentes que participaron en el estudio pues tuvo frecuencias superiores a otros grupos de estudio como el no estar expuesto a bullying.
- f) Observamos que el sexo más involucrado fue el masculino, esto debido a la mayor participación, así como el grado escolar fue el bachillerato y la edad de 18 años que corresponde de igual forma a los que desearon participar.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía

1. Guía básica de prevención de la violencia en el ámbito escolar. Cd. de México: Secretaría de Seguridad Pública, Secretaría de Educación Pública; 2011 Junio.
2. Gamboa C VS. "EL BULLYING O ACOSO ESCOLAR". Estudio Teórico conceptual, de Derecho Comparado, e Iniciativas presentadas en el Tema. Cd. de México: Cámara de Diputados, Dirección de servicios de investigación y análisis; 2012 Junio.
3. Gálvez-Sobral JA. Bullying. La percepción de los futuros docentes en Guatemala. Guatemala: Ministerio de Educación, Dirección General de Evaluación e Investigación Educativa; 2011 Junio.
4. E L. Diagnóstico. Fenómeno del hostigamiento escolar (bullying) en niñas y niños de primaria y secundaria de Aguascalientes. Aguascalientes: INSTITUTO AGUASCALENTENSE DE LAS MUJERES; 2011 Junio.
5. Domínguez López FMCM. Las manifestaciones del bullying en adolescentes. Uaricha Revista de Psicología. 2011; 8(17).
6. Convivencia escolar. Una propuesta de intervención integral educativa contra el acoso escolar (bullying). ; 2011.
7. Rico GC. Estudio exploratorio sobre las causas y consecuencias de la violencia y discriminación escolar en el estado de Hidalgo. Cd. de México: Instituto Nacional de las Mujeres, Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género; 20.
8. Cassiani C, Gómez J, Cubides Á, Hernández M. Prevalencia de bullying y factores relacionados en estudiantes de bachillerato de una institución educativa de Cali, Colombia, 2011. Revista de Salud Pública. 2014 Febrero; 16(1).
9. Joffre-Velázquez VM, Cols.. Bullying en alumnos de secundaria. Características generales y factores asociados al riesgo. Bol Med Hosp Infant Mex. 2011; 68(3).
10. García Rembao LC, Preciado Gutiérrez W, Gil Argüelles ME. La violencia entre iguales (bullying) en una escuela primaria del sur del estado de Sonora. Revista Electrónica de Investigación Educativa Sonorense. 2012 Diciembre;(12).
11. Ortega-Ruiz R, Del Rey R, Casas JA. La Convivencia Escolar: clave en la predicción del Bullying. Revista Iberoamericana de Evaluación Educativa. 2013; 6(2).

12. André Geijs O. El Bullying, la dolorosa realidad del acoso escolar. Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores. 2013.
13. Uribe AF, Orcasita L, Aguillón Gómez E. Bullying, redes de apoyo social y funcionamiento familiar en adolescentes de una institución educativa de Santander, Colombia. Psychologia. Avances de la disciplina. 2012 Julio-diciembre; 6(2).
14. Sánchez Regalado NP. Estrategias de intervención para la atención a la diversidad en el marco para la convivencia escolar. México: Secretaría de Educación pública; 2011 Diciembre.
15. García-Maldonado G, Manuel JVV, Martínez-Salazar GJ, Llanes-Castillo A. Ciberbullying: forma virtual de intimidación escolar. Rev. Colomb. Psiquiat. 2011; 40(1).
16. Mendoza López E. Acoso cibernético o cyberbullying: Acoso con la tecnología electrónica. Pediatría de México. 2012 Julio-Septiembre; 14(3).
17. Garaigordobil M. Prevalencia y consecuencias del cyberbullying: una revisión. International Journal of Psychology and Psychological therapy. 2011; 11(1).
18. Ospina-Ospina FdC, Hinestro-Upegui MF, Paredes MC, Guzmán Y, Granados C. Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. Rev. salud pública. 2011; 13(6).
19. Rosillo C GA. Depresión y adolescencia. Tesina. Valencia: ISEP; 2011.
20. Situación actual del suicidio adolescente en Chile, con perspectiva de género. Chile: Ministerio de Salud, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes; 2013.
21. Lazarevich I, Delgadillo-Gutiérrez HJ, Mora-Carrasco F, Martínez-González AB. Depresión, autoestima y características de personalidad asociadas al género en estudiantes rurales de México. Alternativas en Psicología. Revista Semestral. Tercera Época. XVII; 29.
22. Moral Jiménez MdIV, Sirvent Ruíz C. Desórdenes afectivos, crisis de identidad e ideación suicida en adolescentes. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2011; 11(1).
23. Wagner FA, González-Forteza C, Sánchez-García S, García-Peña C, Gallo JJ. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. Salud Mental. 2012 Enero-Febrero; 35(1).
24. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud Pública Mex. 2013 Enero-Febrero; 55(1).

25. Manterola ÁD, Hernández PJA, Estrada AA. Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima. Encuentros. 2014 Diciembre; 12(2).
26. Plata Oroñez CN, Riveros Otaña MC, H MMJ. Autoestima y empatía en adolescentes observadores, agresores y víctimas del bullying en un colegio del municipio de Chía. Psychologia. Avances de la disciplina, vol. 4, núm. 2, julio-diciembre, 2010, pp. 99-112. 2010 Julio-diciembre; 4(2).
27. Gómez Nashiki A. BULLYING: EL PODER DE LA VIOLENCIA. Una perspectiva cualitativa sobre acosadores y víctimas en escuelas primarias de Colima. Revista Mexicana de Investigación Educativa. 2013; 18(58).
28. Morales González MA, Ramírez Fortanell OY. Bullying y su relación con la depresión en adolescentes. Tesis. Querétaro: Universidad Autónoma de Querétaro, Facultad de Enfermería; 2014.
29. Turcios García ED. NIVELES DE DEPRESIÓN QUE SE PRESENTAN EN JÓVENES VÍCTIMAS DE BULLYING QUE CURSAN LA SECUNDARIA EN UN COLEGIO PRIVADO DE LA CIUDAD CAPITAL. Tesis de Grado. Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Facultad de Humanidades; 2011.
30. Morocho Díaz AB, Silvia M. Depresión infantil en niños y niñas víctimas de Bullying. Informe final del Trabajo de Titulación de Psicóloga Clínica. Quito: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Psicológicas; 2012.
31. Torres-Gómez OG, Nava-López JA. Bullying y depresión en anestesiología. Revista Mexicana de Anestesiología. 2012 Abril-Junio; 35(1).
32. Albores-Gallo L, Saucedo-García JM, Silvia RV, Roque-Santiago E. El acoso escolar (bullying) y su asociación con trastornos psiquiátricos en una muestra de escolares en México. salud pública de México. 2011 Mayo-junio; 53(3).
33. Roman Leal Y, Sosa Pérez AD. Relación entre los agentes involucrados en el bullying (víctimas y agresores) y los niveles de depresión e ideación suicida en adolescentes del Edo Lara. Trabajo de Grado. Barquisimeto: Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Decanato Experimental de Humanidades y Artes; 2012.
34. Freire Cabrera EN, Guerrero L. El Bullying y su relación con el Riesgo Suicida en adolescentes. Trabajo final de grado. Facultad de Psicología: Universidad de la República; 2014.
35. Villalobos Parra L, Myleen MS. "Bullying" como factor de riesgo de conductas autolesivas o suicidas en víctimas infantiles y adolescentes. Trabajo final de graduación. Costa Rica:

Universidad de Costa Rica, Sistema de estudios de posgrado; 2013.

36. Narváez V, Salazar OF. Carta de la salud. Bullying, matoneo, intimidación o acoso escolar. Carta de salud. Santiago de Cali: Fundación Valle del Lili; 2012 Julio-Septiembre.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	ENE- JUN 2015	JUL- DIC 2015	ENE- FEB 2016	SEP- OCT 2016	SEP- OCT 2016	NOV- DIC 2016	ENE 2017	FEB 2017
Planeación del Protocolo								
Búsqueda de información e integración del protocolo								
Redacción del protocolo y entrega para evaluación del comité								
Evaluación por el comité								
Correcciones del protocolo de acuerdo a revisores								
Aplicación de cuestionarios								
Análisis de resultados y conclusión del estudio.								
Reporte final e impresión del trabajo final								
Recolectar firmas de autorización								

XIII. ANEXOS

Nombre: _____ **edad:** _____ **sexo:** _____
Escolaridad: _____

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de afirmaciones, elige la respuesta que describa mejor la forma que percibes dicha oración con tu sentir.

ESCALA DE AUTOVALORACIÓN D. D. POR W. W. K. ZUNG

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	puntos
1	Me siento abatido y melancólico.					
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor.					
3	Tengo acceso de llanto o ganas de llorar.					
4	Duermo mal.					
5	Tengo tanto apetito como antes.					
6	Aún me atraen las personas de sexo opuesto.					
7	Noto que estoy perdiendo peso.					
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.					
9	Me late el corazón más a prisa que de costumbre.					
10	Me canso sin motivo.					
11	Tengo la mente tan clara como antes.					
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.					
13	Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto.					
14	Tengo esperanza en el futuro.					
15	Estoy más irritable que antes.					
16	Me es fácil tomar decisiones.					
17	Me siento útil y necesario.					
18	Me satisface mi vida actual.					
19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.					
20	Disfruto de las mismas cosas que antes.					
TOTAL DE PUNTOS						

PRECONCIMEI

Cuestionario sobre preconcepciones de intimidación y maltrato entre iguales
HOJA DE PREGUNTAS PARA EL ALUMNADO
(ADAPTADO DE ORTEGA, MORA-MERCHÁN Y MORA)

Instrucciones: Elige una de las opciones que responda mejor cada pregunta.

1.- ¿Cuáles son en tu opinión las formas más frecuentes de maltrato entre compañeros/as?

- a. Insultar, poner mote.
- b. Reírse de alguien, dejar en ridículo.
- c. Hacer daño físico (pegar, dar patadas, empujar).
- d. Hablar mal de alguien.
- e. Amenazar, chantajear, obligar a hacer cosas.
- f. Rechazar, aislar, no juntarse con alguien, no dejar participar.
- g. Otros.

2. ¿Cuántas veces, en este curso, te han intimidado o maltratado algunos/as de tus compañeros/as?

- a. Nunca.
- b. Pocas veces.
- c. Bastantes veces.
- d. Casi todos los días, casi siempre.

3. Si tus compañeros/as te han intimidado en alguna ocasión ¿desde cuándo se producen estas situaciones?

- a. Nadie me ha intimidado nunca.
- b. Desde hace poco, unas semanas.
- c. Desde hace unos meses.
- d. Durante todo el curso.
- e. Desde siempre.

4. ¿En qué lugares se suelen producir estas situaciones de intimidación? (Puedes elegir más de una respuesta).

- a. En la clase cuando está algún profesor/a.
- b. En la clase cuando no hay ningún profesor/a.
- c. En los pasillos del Instituto.
- d. En los aseos.
- e. En el patio cuando vigilia algún profesor/a.
- f. En el patio cuando no vigila ningún profesor/a.
- g. Cerca del Instituto, al salir de clase.
- h. En la calle.

5. Si alguien te intimida ¿hablas con alguien de lo que te sucede? (Puedes elegir más de una respuesta).

- a. Nadie me intimida.
- b. No hablo con nadie.
- c. Con los/as profesores/as.
- d. Con mi familia.
- e. Con mis compañeros/as.

6. ¿Quién suele parar las situaciones de intimidación?

- a. Nadie.
- b. Algún profesor.
- c. Alguna profesora.
- d. Otros adultos.
- e. Algunos compañeros.
- f. Algunas compañeras.
- g. No lo sé

7. ¿Has intimidado o maltratado a algún compañero o a alguna compañera?

- a. Nunca me meto con nadie.
- b. Alguna vez.
- c. Con cierta frecuencia.
- d. Casi todos los días.

8. Si te han intimidado en alguna ocasión ¿Por qué crees que lo hicieron?

(Puedes elegir más de una respuesta).

- a. Nadie me ha intimidado nunca.
- b. No lo sé.
- c. Porque lo provoqué.
- d. Porque soy diferente a ellos.
- e. Porque soy más débil.
- f. Por molestarme.
- g. Por gastarme una broma.
- h. Porque me lo merezco.
- i. Otros.

9. Si has participado en situaciones de intimidación hacia tus compañeros/as ¿por qué lo hiciste?

(Puedes elegir más de una respuesta).

- a. No he intimidado a nadie.
- b. Porque me provocaron.
- c. Porque a mí me lo hacen otros/as.
- d. Porque son diferentes (gitanos, deficientes, extranjeros, payos, de otros sitios...)
- e. Porque eran más débiles.
- f. Por molestar.
- g. Por gastar una broma.
- h. Otros.

10. ¿Por qué crees que algunos/as chicos/as intimidan a otros/as? (Puedes elegir más de una respuesta).

- a. Por molestar.
- b. Porque se meten con ellos/as.
- c. Porque son más fuertes.
- d. Por gastar una broma.
- e. Otras razones.

11. ¿Con qué frecuencia han ocurrido intimidaciones (poner mote, dejar en ridículo, pegar, dar patadas, empujar, amenazas, rechazos, no juntarse, etc.) en tu Instituto durante el trimestre?

- a. Nunca.
- b. Menos de cinco veces.
- c. Entre cinco y diez veces.
- d. Entre diez y veinte veces.
- e. Más de veinte veces.
- f. Todos los días.

12. ¿Qué tendría que suceder para que se arreglase este problema?

- a. No se puede arreglar.
- b. No sé.
- c. Que hagan algo los/as profesores/as.
- d. Que hagan algo las familias.
- e. Que hagan algo los/as compañeros/as.

Gracias por tu colaboración.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**



Nombre del estudio:	" FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES QUE SUFREN BULLYING QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL HGZMF No. 1 PACHUCA, HIDALGO "
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	Pachuca, Hgo., a de de 2016
Número de registro:	R-2016-1201-18
Justificación y objetivo del estudio:	El fenómeno del bullying es cada vez más evidente en la actualidad y se ha considerado asociado al desarrollo de problemas psicológicos importantes en quienes lo padecen, en especial la depresión, siendo necesario detectar a los que lo sufren para poder establecer medidas correctivas y brindar apoyo psicológico a los afectados para no tener un impacto mayor en la salud y el bienestar de los afectados. El presente estudio tiene como finalidad conocer la frecuencia de este fenómeno y su asociación depresión, así como aspectos sociodemográficos de los afectados, con la finalidad de estimar su prevalencia y con ello, sugerir acciones encaminadas a su detección y atención oportuna.
Procedimientos:	La participación en este estudio consiste en la aplicación del test de Zung y el cuestionario PRECONCIMEID, los cuales se analizarán para poder determinar la presencia de bullying y depresión en los participantes, previa firma del presente consentimiento.
Posibles riesgos y molestias:	En el presente estudio no se realizarán estudios clínicos, pero al leer los cuestionarios a aplicar podrás percibir alguna inquietud si existe alguna situación que te sea incómoda, situación que puedes expresar libremente y podrás contar con apoyo psicológico en caso de requerirlo al momento de contestar los cuestionarios.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Si el participante padece de bullying, se contará con apoyo y orientación para poder corregir esta situación, lo que también se te brindará si se detecta la presencia de algún grado de depresión, mediante la canalización a terapia o incluso manejo psicológico.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados de los cuestionarios que se te aplicaron, se te darán a conocer, así como el manejo recomendado en caso de detecta una alteración, ofreciéndote las opciones de orientación y terapia psicológica en caso de requerirla. No se podrá tener acceso a los resultados de otros participantes.
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de no aceptar participar o retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que se recibe en la unidad médica y en Instituto Mexicano del Seguro Social.
Privacidad y confidencialidad:	Los resultados finales del estudio pueden ser presentados en publicaciones científicas, garantizando absolutamente que se guardará la confidencialidad de los datos personales de cada participante, por lo que no será posible la identificación individual de ninguno de ellos.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	NO APLICA
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Si se detecta la presencia de depresión se canalizará para el manejo requerido en cada caso en particular y se podrá brindar asesoría en caso de padecer bullying.
Beneficios al término del estudio:	Ninguno de los participantes recibirá remuneración económica alguna, El beneficio directo que recibirá el participante será la capacidad de detectar la presencia de depresión, la cual al ser manejada oportunamente tendrá un impacto positivo en la salud emocional, evitando mayores complicaciones y el poder brindar asesoría para enfrentar un problema como el bullying se considera que tendrá un efecto positivo en la calidad de vida del participante.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Rosa Elvia Guerrero Hernández matrícula 9730435, HGZMF No.1, Tel. 7137833
Colaboradores:	Dr. Mario Joaquín López Carbajal, Tel. 771 192 9485 Dr. Luis Alberto Vidals Torres, matrícula 99135507, HGZMF No.1, Tel. 7137833
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(NIÑOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD)**



Nombre del estudio:	"FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES QUE SUFREN BULLYING QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL HGZMF No. 1 PACHUCA, HIDALGO "
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	Pachuca, Hgo., a de de 2016
Número de registro:	R-2016-1201-18
Justificación y objetivo del estudio:	El fenómeno del bullying es cada vez más evidente en la actualidad y se ha considerado asociado al desarrollo de problemas psicológicos importantes en quienes lo padecen, en especial la depresión, siendo necesario detectar a los que lo sufren para poder establecer medidas correctivas y brindar apoyo psicológico a los afectados para no tener un impacto mayor en la salud y el bienestar de los afectados. El presente estudio tiene como finalidad conocer la frecuencia de este fenómeno y su asociación depresión, así como aspectos sociodemográficos de los afectados, con la finalidad de estimar su prevalencia y con ello, sugerir acciones encaminadas a su detección y atención oportuna.
Procedimientos:	La participación en este estudio consiste en la aplicación del test de Zung y el cuestionario PRECONCIMEID, los cuales se analizarán para poder determinar la presencia de bullying y depresión en los participantes, previa firma del presente consentimiento.
Posibles riesgos y molestias:	En el presente estudio no se realizarán estudios clínicos, pero al leer los cuestionarios a aplicar podrás percibir alguna inquietud si existe alguna situación que te sea incómoda, situación que puedes expresar libremente y podrás contar con apoyo psicológico en caso de requerirlo al momento de contestar los cuestionarios.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Si el participante padece de bullying, se contará con apoyo y orientación para poder corregir esta situación, lo que también se te brindará si se detecta la presencia de algún grado de depresión, mediante la canalización a terapia o incluso manejo psicológico.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados de los cuestionarios aplicados a su familiar se te darán a conocer, así como el manejo recomendado en caso de detecta una alteración, ofreciéndote las opciones de orientación y terapia psicológica en caso de requerirla. No se podrá tener acceso a los resultados de otros participantes.
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de no aceptar que el menor participe o retirarle del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que se recibe en la unidad médica y en Instituto Mexicano del Seguro Social.
Privacidad y confidencialidad:	Los resultados finales del estudio pueden ser presentados en publicaciones científicas, garantizando absolutamente que se guardará la confidencialidad de los datos personales de cada participante, por lo que no será posible la identificación individual de ninguno de ellos.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	NO APLICA
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Si se detecta la presencia de depresión se canalizará para el manejo requerido en cada caso en particular y se podrá brindar asesoría en caso de padecer bullying.
Beneficios al término del estudio:	Ninguno de los participantes recibirá remuneración económica alguna, El beneficio directo que recibirá el participante será la capacidad de detectar la presencia de depresión, la cual al ser manejada oportunamente tendrá un impacto positivo en la salud emocional, evitando mayores complicaciones y el poder brindar asesoría para enfrentar un problema como el bullying se considera que tendrá un efecto positivo en la calidad de vida del participante.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Rosa Elvia Guerrero Hernández matricula 9730435, HGZMF No.1, Tel. 7137833
Colaboradores:	Dr. Mario Joaquín López Carbajal, Tel. 771 192 9485 Dr. Luis Alberto Vidals Torres, matricula 99135507, HGZMF No.1, Tel. 7137833
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
_____ Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal Testigo 1	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.	
Clave: 2810-009-013	

CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO (ADOLESCENTES)	
Nombre del estudio:	" FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES QUE SUFREN BULLYING QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL HGZMF No. 1 PACHUCA, HIDALGO "	
Lugar y fecha:		
Número de registro:	R-2016-1201-18	
ESTIMADO PARTICIPANTE:		
En el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 de Pachuca, Hidalgo se realiza un estudio en adolescentes, el cual ha sido aprobado por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación 1201. El motivo de la presente carta es invitarte a que participes en este estudio mediante la respuesta a un cuestionario el cual te pedimos que respondas honestamente y con plena libertad, expresando aceptar participar en este estudio expresando tu aceptación mediante la firma de esta carta. Te pedimos que leas la siguiente información y nos preguntes cualquier duda. En caso de firmar esta carta, recibirás una copia de este documento si lo solicitas.		
Propósito del estudio: El fenómeno del bullying es cada vez más evidente en la actualidad y se ha considerado asociado al desarrollo de problemas psicológicos importantes en quienes lo padecen, en especial la depresión, siendo necesario detectar a los que lo sufren para poder establecer medidas correctivas y brindar apoyo psicológico a los afectados para no tener un impacto mayor en la salud y el bienestar de los afectados. El presente estudio tiene como finalidad conocer la frecuencia de este fenómeno y su asociación depresión, así como aspectos sociodemográficos de los afectados, con la finalidad de estimar su prevalencia y con ello, sugerir acciones encaminadas a su detección y atención oportuna. Por esta razón te invitamos a participar en el presente estudio que consiste en: 1. Responder un cuestionario para identificar la presencia de Bullying. 2. Responder un test que permitirá determinar si presentas algún grado de depresión.		
Posibles riesgos y molestias: En el presente estudio no se realizarán estudios clínicos, pero al leer los cuestionarios a aplicar podrás percibir alguna inquietud si existe alguna situación que te sea incómoda, situación que puedes expresar libremente y podrás contar con apoyo psicológico en caso de requerirlo al momento de contestar los cuestionarios. Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Si padeces de bullying, contarás con apoyo y orientación para poder corregir esta situación, lo que también se te brindará si se detecta la presencia de algún grado de depresión, mediante la canalización a terapia o incluso manejo psicológico. Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Los resultados de los cuestionarios aplicados a ti se te darán a conocer, así como el manejo recomendado en caso de detectar una alteración, ofreciéndote las opciones de orientación y terapia psicológica en caso de requerirla. No se podrá tener acceso a los resultados de otros participantes. Participación o retiro: Eres libre de participar de manera voluntaria y de retirarte en el momento que así lo decidas, tienes la garantía de que se te responderán las dudas que puedan surgir y esto no tendrá ninguna repercusión en tu atención médica del instituto.		
ESTE ESTUDIO NO TIENE NINGUN COSTO.		
Nombre del padre o tutor:	Firma o huella digital:	
Nombre del paciente:	Firma o huella digital:	
Nombre del testigo 1:	Firma o huella digital:	
Nombre del testigo 2:	Firma o huella digital:	
Nombre de quien recabó el consentimiento:	Firma:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrás dirigirte a:		
Investigador Responsable:	Dra. Rosa Elvia Guerrero Hernández matricula 9730435, HGZMF No.1, Tel. 7137833	
Colaboradores:	Dr. Mario Joaquín López Carbajal, Tel. 771 192 9485 Dr. Luis Alberto Vidals Torres, matricula 99135507, HGZMF No.1, Tel. 7137833	