

Una escolar con apendicitis traumática por *bullying*

(An school girl with traumatic appendicitis due to bullying)

Ulises Reyes-Hernández,* Eva Paulina Castell-Roldán,* Idalia Hernández-Lira,**
 Ulises Reyes-Gómez,** Katy Lizeth Reyes-Hernández,* Diana Piedad Reyes-Hernández,*
 José Armando Jiménez-Martínez,** Concepción Lira-Rodríguez,**
 Arturo Perea-Martínez,*** Jesús Casillas Urrutia**

RESUMEN

Caso clínico. Joven adolescente del sexo femenino con lesión de abdomen ocasionada por un compañero; esto originó una apendicitis traumática, la que se trató por cirugía sin complicaciones, egresando a las 72 horas. Éste es un ejemplo más de la urgencia de un programa nacional de prevención del *bullying* en las escuelas, con la simultánea participación de autoridades, profesores y familias para la prevención del acoso escolar.

Palabras clave: Apendicitis traumática, *bullying* escolar severo.

SUMMARY

Case report. Female adolescent abdominal injury received by his classmate. The aggression originated traumatic acute appendicitis that resolved surgically with good outcome. The case is notified to the respective legal entities. A multidisciplinary prevention program is necessary. The simultaneous intervention on individual, family and cultural aspects is the only possible way to prevent bullying.

Key words: Appendicitis caused by abdominal trauma, severe school bullying.

El *bullying* se define como un comportamiento repetido, deliberado, dañino y agresivo, por una persona o un grupo hacia otra de aparente menor poder.¹

En México es un hecho irrefutable el aumento de violencia en escuelas, como lo documenta un informe reciente,² donde se destaca la alta prevalencia de *bullying* (20.5 de víctimas, 13.1 de agresores y 27.4% de víctimas-agresores), aunque también hay casos de *bullying* que ponen en peligro la vida, como lo ha reportado Baeza.³

Aquí se presenta el caso de una adolescente con agresión física en la región abdominal, que le ocasionó una apendicitis aguda traumática.

CASO CLÍNICO

Se trata de una joven de 14 años de edad que en sus antecedentes tiene una carga genética para DM2, cáncer cervicouterino y cáncer pulmonar en la línea materna; una cardiopatía no especificada e hipertensión en línea paterna; reside en un área suburbana y es estudiante (primer año de secundaria) con esquema de vacunación completo para su edad y sexo; hasta el día del incidente, practicaba diariamente fútbol y basquetbol, y tiene hábitos higiénicos y dietéticos positivos. Menciona que desde los once años ha ingerido entre dos y cuatro cervezas al mes. Como antecedentes ginecoobstétricos, inició su menarca a los 10 años con ciclos de 28-35 x 8 y niega vida sexual activa.

Al interrogatorio, mencionó ser víctima de agresiones, verbales y físicas, por un grupo de compañeros de la secundaria.

* Unidad de Investigación Pediátrica del Instituto San Rafael, San Luis Potosí.

** Departamento de Investigación, Servicio de Pediatría, Cirugía, Psicología Clínica y Patología, Diana de Especialidades, Oaxaca.

*** Coordinador de la Clínica para Adolescentes del Instituto Nacional de Pediatría, México.

Unidad de Investigación Pediátrica.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/rmp>

Recibió de manera intencional un trauma contuso de intensidad severa en la región abdominal causado con el codo de un compañero (del grupo agresor), mientras jugaba basquetbol. Al día siguiente (11 de enero 2011) inició dolor en la región periumbilical de intensidad 8/10, irradiado a la región lumbar, continuo y que se localiza después en la fosa iliaca derecha.

Durante las primeras 24 horas se automedicó con butilhioscina 20 mg (c/8 horas) por tres dosis; al incrementar el dolor y acompañarse con vómitos de contenido gástrico y sin presentar tolerancia a la ingestión por la vía oral en las últimas 24 horas acude a urgencias del hospital, donde se registró la siguiente información: a la exploración física se encontró con datos de deshidratación (+ +) y el abdomen registró positividad a los signos de McBurney, psoas y obturador; así como datos radiográficos compatibles con apendicitis (*Figura 1*).

En los estudios de laboratorios se encontró leucocitosis de 18,000 neutrófilos (80%) y bandas 12. Con base en la exploración física y los estudios paraclínicos se llegó al diagnóstico de apendicitis aguda, por lo que se decidió hacer una apendicectomía.

Los hallazgos quirúrgicos mostraron un apéndice traumático con pequeña colección hemática y laceración del colon. El reporte de patología del apéndice mostró en su descripción macroscópica, un espécimen de forma cilíndrica, de 8 x .8 x .8 cm, con superficie externa café grisácea, finamente rugosa, de apariencia hemorrágica,



Figura 1. Placa simple de abdomen; en ella se aprecia distensión de las asas del colon con el «asa centinela» en la fosa iliaca derecha en imagen de «vidrio despolido».

de consistencia ligeramente aumentada y al corte con su pared congestiva del mismo color, con puntos hemorrágicos y el contenido hemático mezclado con materia fecal; el mesoapéndice participaba en un proceso inflamatorio.

La descripción microscópica mostró cortes que revelaban la pared apendicular infiltrada por células inflamatorias agudas, que participan de inflamación y congestión del mesoapéndice (*Figuras 2 y 3*). Su evolución postoperatoria cursó hacia la mejoría y recuperación completa, sin complicaciones.

ANTECEDENTES: PERFIL DE LA VÍCTIMA

La joven era miembro de una familia disfuncional con padres divorciados; refiere haber vivido en condiciones frecuentes de violencia física del padre hacia su madre y ocasionalmente hacia ella y sus hermanos. Hace mención que en la escuela no socializaba con sus compañeras, por lo que solía vincularse amistosamente con



Figura 2. Transoperatorio: como se observa, hay líquido hemorrágico y laceración del colon ascendente.

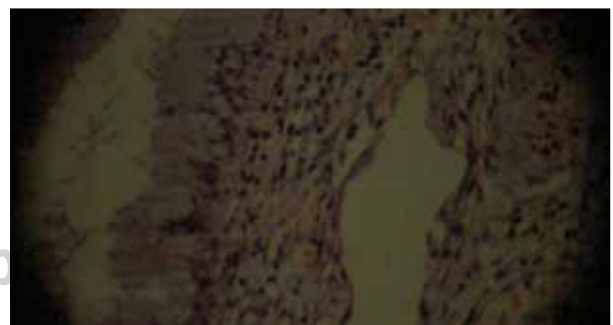


Figura 3. Descripción microscópica: Los cortes muestran la pared apendicular infiltrada por células inflamatorias agudas, representadas por los neutrófilos polimorfonucleares que llegan a la serosa y se concentran por abajo de la capa basal; la capa linfóide no está bien limitada, más bien es difusa, con folículos de tamaño variable y solución de continuidad de la mucosa.

sus compañeros, dada su preferencia por actividades deportivas. Mencionó también que en ocasiones solía aislarse como si tuviese ella misma un problema de autoaceptación. Mencionó que en tres ocasiones participó en la escuela en riñas con sus compañeros, ya que actuó como autodefensa ante agresiones físicas; de igual manera relató que había tenido lapsos de decremento en su rendimiento escolar, y mencionaba desde el divorcio de sus padres cierta renuencia a los alimentos, justificando su comportamiento ante tal incidente.

PERFIL DEL AGRESOR

Éste provenía también de una familia disfuncional, con rechazo frecuente por sus preferencias sexuales. Mencionó tener un pobre desempeño académico escolar, por lo que abandonó la escuela secundaria en el segundo año. Con relación al incidente, mencionó que su ataque fue influenciado por sus compañeros del grupo agresor, quienes aplaudieron su agresión a la compañera.

DISCUSIÓN

Es conocido que el *bullying* acontece en situaciones abiertas, lo que ahora se conoce como acoso directo, y las agresiones suelen ser de índole física: golpes, patadas, empujones, etc. También es del conocimiento general que este tipo de agresiones suelen acompañarse de insultos verbales, amenazas, burlas, etc. También hay otra forma más sutil: el acoso indirecto; este tipo de ofensa corresponde a señas obscenas o bien la exclusión de un grupo social al que pertenece el joven agredido intencionalmente.⁴

Parece natural que los niños tengan comportamientos más agresivos y sean las agresiones tanto físicas como verbales, en tanto que las niñas suelen agredir de manera más sutil o bien mediante el desarrollo de comportamientos manipuladores. Estas agresiones suelen ir dirigidas al contexto psicológico del agredido, sea esto por aislamiento o por difamación.^{5,6}

Es así como la mayoría de las veces este tipo de agresiones se presenta en la escuela, especialmente en lugares como salones de juego, jardines o espacios sin vigilancia escolar,⁷ como sucedió en el presente caso que ocurrió en un área deportiva. Es así como se han descrito situaciones de *bullying* más severas⁸ en las escuelas que tienen una mayor tolerancia a este tipo de agresiones, donde la víctima no puede defenderse debido al número de agresores, por ser más pequeña y con menor desarrollo físico, mental y social,⁹ como ocurrió en este caso en el que predominó la fuerza física del agresor dirigida hacia una víctima del género femenino.

Generalmente, los agresores coinciden al tener costumbres semejantes como el hecho de ser fumadores, ingerir bebidas alcohólicas y portar armas, entre otras coincidencias; en cuanto a su historial también son semejantes pues es frecuente que éstos tengan un pobre desempeño escolar, lo que coincide con el perfil del agresor en el caso descrito, sin dejar a un lado la distorsión de su identidad sexual (homosexual).

También se menciona que^{4, 10} uno de cada cuatro agresores, al llegar a los 30 años, suele tener un antecedente criminal. Por esta razón, urge desarrollar un trabajo en equipo en las escuelas e intervenir en el manejo integral de los casos, en los que es conveniente que los servicios de psicología tengan un papel muy importante, complementando la labor de los servicios de psicología con los servicios médicos.

Es así que se podrá coordinar el aspecto preventivo y el manejo de los casos, pero siempre considerando al agresor para su manejo médico-psicológico; como en el caso descrito que fue una agresión que inicialmente no tuvo consecuencias extremas; sin embargo, al estar ocurriendo de manera subsecuente pudo poner en riesgo la vida de la víctima, y la falta de comunicación de ésta para con sus padres justificó la actitud agresiva del infractor.

Si bien se ha informado de casos extremos en los que la persona agredida, ante una presión constante del agresor termina suicidándose.¹¹

Parece increíble que hasta finales del siglo pasado se pensaba que en los escolares estas clases de relaciones (agresor-víctima) eran consideradas un comportamiento habitual, y hay quien propone¹² que lo conocido hoy como *bullying* es un fenómeno sociocultural generado por disparidad de los grupos sociales.

Se reconoce que el acoso, en su sentido genérico, ocurre en los adultos en otros lugares como: el trabajo, prisiones, asilos y hasta en hogares;¹³ y también se reconoce que las relaciones familiares pueden encontrarse vinculadas al comportamiento, sea éste del agresor o de la víctima. Se sugiere que algunos niños son agresores con el objetivo de obtener un estatus dominante dentro del mismo.¹⁴

Es conveniente hacer énfasis en que las autoridades de salud y de educación desarrollen programas escolares, no sólo con relación a la enseñanza primaria, sino también respecto a tener conocimiento de los complejos factores implicados en el *bullying*. Un programa para evitar, controlar y asistir tanto a los agresores como a quienes han sido agredidos, requiere que las acciones a seguir sean a nivel nacional, interviniendo tanto las autoridades como los médicos y maestros. Es importante que todos éstos tengan un conocimiento amplio sobre este tema.

Referencias

1. Ferguson CJ, San Miguel C, Kilburn JC, Sanchez P. The effectiveness of school-based anti-bullying programs: a meta-analytic review. *Criminal Justice Review* 2007; 32(4): 401-414.
2. Joffre VV, García MG, Saldivar GA, Martínez PG, Lin OD, Quintanar MS et al. *Bullying* en alumnos de secundaria. Características generales y factores asociados al riesgo. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2011; 68(3): 193-202.
3. Baeza HC, Vidrio PF, Martínez LB, Godoy EH. Acoso severo entre iguales ("Bullying") el enemigo entre amigos. *Acta Ped Mex* 2010; 31(4): 148-152.
4. Educational Forum on Adolescent health: Youth Bullying. American Medical Association. Washington DC. May 3 2002.
5. Olweus D. Bullying at school: what we know and what we can do. Cambridge, Mass: Blackwell, 1993.
6. Pellegrini AD. Bullies and victims in school: a review and call for research. *J Appl Dev Psychol* 1998; 19: 165-176.
7. Perry D, Kusel S, Perry L. Victims of peer aggression. *Dev Psychol* 1988; 24: 807-814.
8. Olweus D. Victimization by peers: antecedents and long-term outcomes. In: Rubin K, Asendorff JB, eds. Social withdrawal, inhibition, and shyness in children. Hillsdale, NJ: Lawrence A Erlbaum Associates; 1993: 315-41.
9. Smith PK, Brain P. Bullying in schools: lessons from two decades of research. *Aggressive Behavior* 2000; 26: 1-9.
10. Lyznicki JM, Mc Caffree MA, Robinowitz CB. Childhood bullying: implications for physicians. *American Family Physician* 2004; 70(9): 1723-1728.
11. Adolescente femenino se suicida después de abuso escolar severo (*Bullying*) Diario de Atacama 21 noviembre, 2008.
12. Rigby K. Addressing bullying in schools: theory and practice. *Trends Issues Crime. Criminal Justice* 2003; 259: 1-6.
13. Vreeman RC, Carroll AE. A systematic review of school-based interventions to prevent bullying. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161: 78-88.
14. Salmivalli C. Bullying and the peer group: a review. *Aggression and Violent Behavior* 2010; 15(2): 112-120.

Correspondencia:
 Dr. Ulises Reyes Hernández
 Instituto San Rafael, San Luis Potosí,
 Damián Carmona Núm. 1316, C.P. 78049,
 San Luis Potosí, S.L.P., México.
 Tel: 014444985334
 E-mail: ip.san.rafael@gmail.com