



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

**ACOSO ESCOLAR Y ASOCIACIÓN A TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN /
HIPERACTIVIDAD**

PRESENTA:

DRA ISELA SALDAÑA TURRUBIARTES

ASESOR TEÓRICO: DRA ROSARIO NARVAEZ

ASESOR METODOLÓGICO: DR JESÚS MARTÍN SÁNCHEZ AGUILAR

San Luis Potosí, SLP., 3 de noviembre de 2015.

DEDICATORIA

A mis padres por sus enseñanzas, apoyo y amor incondicional

A mi hermano por acompañarme en este camino

A Fernando por su apoyo y cariño

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Rosario Narváez por sus enseñanzas y dedicación. Por la asesoría de este estudio.

Al Dr. Martín Sánchez Aguilar por su asesoría, paciencia y disposición para la realización de este estudio.

Al Dr. José María Hernández Mata por sus enseñanzas, compartir sus conocimientos y experiencia.

A todos los que han contribuido a mi formación como especialista en psiquiatría.

ÍNDICE

Introducción	5
Antecedentes	6
Justificación y Planteamiento del Problema	16
Pregunta de Investigación	16
Objetivos	17
Metodología	17
Consideraciones Éticas	22
Resultados	24
Discusión	34
Conclusiones	36
Limitaciones	36
Bibliografía	37
Anexos	39

1. INTRODUCCION

Los desórdenes mentales presentados en la niñez son un factor de riesgo significativo para el desarrollo de trastornos mentales en la edad adulta. Las investigaciones desarrolladas hasta el momento respecto al acoso escolar aportan evidencia consistente que revela que determinadas características de personalidad y ciertos patrones de conducta, en combinación con otros factores ambientales, son importantes para el desarrollo del bullying¹. El bullying se ha visto asociado a desórdenes mentales en la infancia, adolescencia y edad adulta, lo que condiciona un decremento en la calidad de vida del niño. Desde los estudios del Escandinavo Dan Olweus, la violencia escolar y el bullying son fenómenos que se han identificado en escuelas mexicanas². En general, los estudios realizados en México confirman que el bullying parece ser una forma habitual de relación entre estudiantes y que es visto por algunos profesores como un proceso normal e incluso necesario para forjar el carácter del alumnado. De acuerdo a un estudio publicado en el 2011 y realizado por Albores Gallo y colaboradores sobre el acoso escolar y su asociación a trastornos psiquiátricos en una muestra de escolares en México; se detectó que la frecuencia de este fenómeno fue del 24 %, además de que se encontraron puntuaciones de psicopatología más elevadas para trastornos de conducta y trastorno por déficit de atención e hiperactividad en los agresores que en los controles³. El maltrato entre iguales es un fenómeno social que se presenta con frecuencia en el ámbito escolar y existen consecuencias a corto plazo como daños en el desarrollo emocional y psicológico de las víctimas de bullying. En investigaciones en México se ha encontrado que la identificación temprana de alumnos en riesgo de ser acosadores y de desarrollar conducta antisocial se puede prevenir si se hace una intervención en el contexto escolar, familiar y social, por lo que es importante detectar la población en riesgo para hacer intervenciones tempranas y mejorar el desempeño escolar, el funcionamiento familiar, social y en general la calidad de vida del niño⁴.

2. MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES

2.1 ACOSO ESCOLAR

Aspectos históricos

En el último cuarto de siglo ha sido creciente la preocupación social por los actos de violencia escolar, que en algunos casos han alcanzado una gravedad tan extraordinaria que les han hecho tristemente merecedores de un amplio protagonismo informativo.

El fenómeno del abuso consiste en la opresión reiterada, tanto psicológica como física, hacia una persona con menos poder, por parte de otra persona con un poder mayor. Es este desequilibrio de poder entre las personas, a veces obvio, (p. ej. cuando se da por parte de una persona físicamente más capaz o cuando es un grupo de personas quien aterroriza a un individuo), otras veces, menos obvio, (p.ej. cuando la diferencia entre el agresor y la víctima es psicológica), la característica más relevante de los distintos tipos de abuso, con independencia de la edad o del tipo de conducta específicos. El maltrato por abuso de poder puede adoptar diferentes formas: puede tratarse de un maltrato directo, es decir, de agresiones de tipo intimidatorio, que a su vez pueden incluir un daño físico o verbal; o bien de formas de maltrato indirectas, como la exclusión social. Por lo tanto, el maltrato puede presentar diversas formas, como las siguientes:

- Maltrato físico
- Maltrato psicológico
- Maltrato verbal
- Exclusión social

La preocupación social que suscita la violencia cuando ésta se produce en los centros escolares, ha dado lugar en diferentes países a numerosas acciones e intervenciones en distintos ámbitos. La mayoría de estas acciones se sitúan en el propio marco escolar y, en términos generales, se pueden agrupar en dos grandes bloques: por un lado, la investigación epidemiológica de la gravedad del fenómeno por medio de cuestionarios y otros procedimientos de recopilación de información; por otro lado, la labor directa con los implicados, tanto los protagonistas (agresor y víctima) como sus compañeros. A su vez estas últimas acciones se llevan a cabo en dos frentes: la intervención rápida para detener el proceso y la prevención⁵.

El noruego Olweus (1983), uno de los pioneros en el estudio de la victimización en entornos escolares, da una definición suficientemente clara y minuciosa del maltrato entre iguales, que sirve de punto de partida para describir el fenómeno en sus características primordiales. La victimización o maltrato por abuso entre iguales es una conducta de persecución física y/o psicológica que realiza el alumno o alumna contra otro, al que elige como víctima de repetidos ataques. Esta acción, negativa e intencionada, sitúa a las víctimas en posiciones de las que difícilmente pueden salir por sus propios medios. La continuidad de estas relaciones provoca en las víctimas efectos claramente negativos: descenso en su autoestima, estados de ansiedad e incluso cuadros depresivos, lo que dificulta su integración en el medio escolar y el desarrollo normal de los aprendizajes ⁶.

Los participantes en el acoso escolar se pueden clasificar en cuatro categorías: “agresor” (bully), “víctima”, “víctima-agresor”, y el “neutro” (compañero no implicado en el fenómeno de acoso). Los Observadores puros son quienes no hacen nada, pero observan la situación. La mayor parte del acoso ocurre en la escuela, más que en el camino a ella o de regreso de ella. Los agresores (bullies) y las víctimas generalmente están en el mismo grado escolar y, aunque se supone que los menores son supervisados en la escuela, la mayor parte de los episodios de acoso no son del conocimiento de los maestros y la víctima habitualmente se siente incapaz de reportarlos a éstos y a sus padres ⁷.

EPIDEMIOLOGÍA

Craig y col, en 2009 informaron que la prevalencia del acoso escolar en 40 países con muestras nacionales representativas fue de 8.6 a 45.2% en varones y 4.8 a 35.8% en mujeres. Además, fueron identificados como agresores el 10.2%, como víctimas el 12% y como víctima-agresor el 3%. Numerosos investigadores han analizado las consecuencias del bullying para la salud general de los individuos, las repercusiones en la salud mental, el suicidio y las hospitalizaciones psiquiátricas⁸.

En un estudio de Michael G. Vaughn y col (2010) sobre la relación entre bullying y trastornos psiquiátricos en una muestra representativa de Estados Unidos se encontró una prevalencia de acoso escolar del 30% y su relación con desórdenes mentales como depresión, trastornos de la conducta y trastorno por déficit de atención e hiperactividad⁹.

Perfil de la víctima

- La identificación con el estereotipo femenino (sumisión y obediencia). La sumisión la demuestran dependiendo de otros niños haciendo lo que les digan.
- Baja autoestima que lo hace valorarse poco y no poder resolver situaciones cotidianas.
- Personalidades inseguras o temerosas. Suelen temer miedo a estar solos.
- Escasas habilidades sociales para relacionarse con los demás niños. Existen tres aspectos que los hacen más vulnerables:
 - a) Que tiene menos amigos.
 - b) Cuando los tiene sus amigos también son victimizados.
 - c) Son alumnos tímidos que les cuesta trabajo relacionarse con los demás y suelen ser rechazados en el grupo de pares.
- Aislamiento y dificultades para expresar lo que sienten y piensan.
- Rasgos físicos y culturales distintos a los de la mayoría de los niños, como ser poco atractivos, tener cuerpo atlético o sobrepeso.
- Trastornos psicopatológicos que pueden ir desde trastornos mentales como afectivos hasta trastornos de conducta y trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
- Bajos niveles de autoeficacia.

Perfil del estudiante que desempeña el papel de víctima / acosador

- Ser reactivo e impulsivo.
- Tener baja aceptación social.
- Pobres habilidades para solucionar problemas.
- Ser dominante (en riesgo de desarrollo de comportamiento antisocial).
- Tener factores de riesgo sociales y familiares que lo sitúan en mayor riesgo para exhibir un comportamiento agresivo.
- Ser depresivo y tener más probabilidades de tener trastornos de conducta.
- Tener mayor riesgo de padecer trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
- Percibir situaciones neutras como agresivas y ser rechazado por el profesorado debido a que presenta conductas disruptivas.

Perfil del acosador

Dentro de los factores que se asocian a los acosadores son:

- Falta de empatía
- Carácter difícil, irascible, explosivo, debido a la falta de autocontrol de emociones como enojo.
- Presentan trastornos psicopatológicos, como: trastornos de conducta y trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
- Se relacionan con otros pares que muestran comportamiento agresivo y que son fáciles de manipular.
- Perciben las conductas agresivas como divertidas.
- Carecen de disponibilidad para trabajos y tareas escolares
- Tienen una red social más amplia que las víctimas¹⁰.

2.2 TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

2.2.1. Definición

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un problema de salud de inicio en la infancia que comprende un patrón persistente de conductas de hiperactividad, impulsividad e inatención, presente cuando estas conductas tienen mayor frecuencia e intensidad que lo esperado en niños de la misma edad y causan un deterioro significativo en el rendimiento escolar o laboral y en las actividades cotidianas.

Los niños y adolescentes con TDAH tienen problemas para controlar su comportamiento y ajustarse a las normas, presentando dificultades de adaptación familiar, escolar y/o social. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es una de las condiciones neuropsiquiátricas más frecuentes en la infancia y adolescencia. Su curso es crónico y requiere tratamiento a largo plazo, con el correspondiente costo social.

2.2.2 Epidemiología

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es el trastorno neuropsiquiátrico más común a nivel mundial en la población pediátrica, ocupando un límite entre 3 y 7%, y en Latinoamérica, se considera un problema de salud pública que afecta aproximadamente 36 millones de personas.

En estudios recientes se ha encontrado una prevalencia de 15% del trastorno por déficit de atención e hiperactividad ¹¹.

2.2.3 Etiología

Se han descrito varios factores contribuyentes en la etiología del trastorno, entre los cuales se destacan factores de tipo ambiental, psicológico y genético, por lo que se considera una entidad de origen multifactorial. La heredabilidad estimada del 76% indica que la variancia genética ejerce una alta contribución al desarrollo del fenotipo, por lo que se han planteado varios estudios en la búsqueda de genes candidatos¹².

En la actualidad, la teoría explicativa con más consenso respecto de la etiología sitúa la dificultad en un trastorno de la neurotransmisión de la corteza pre frontal, zona que desempeña un papel trascendental en

la planificación y regulación de la conducta, y sirve fundamentalmente para planificar y anticipar futuros eventos ¹³.

Se han postulado genes involucrados, por un lado en las vías relacionadas con los sistemas dopaminérgico, acetilcolinérgico y serotoninérgico, y por el otro en aquellos que codifican para proteínas transmembranales ¹⁴.

Se ha demostrado que los genes que codifican para: receptores del transportador de dopamina (DAT1), receptores de dopamina (DRD2, DRD3, DRD4 y DRD5), el transportador de serotonina (5 HTT), los receptores 1 B y 2 A para serotonina, la enzima catecol-o-metil transferasa (COMT), la enzima monoamino oxidasa (MAO) y la proteína asociada a sinaptosoma 25 (proteína SNAP25) pueden relacionarse con una mayor susceptibilidad al trastorno ¹⁵.

Una revisión de la literatura sobre la genética del TDAH, Faraone et al- examinaron las OR de varios estudios caso-control y estudios de transmisión alélica en familias, encontrando que variantes en los genes DRD4, DAT1, DRD5, DBH, SNAP- 25 y 5 HTT efectivamente se encuentran relacionados con un incremento en la susceptibilidad al desarrollo de este trastorno ¹⁶.

Uno de los genes candidatos más estudiados es DAT1, que codifica para el receptor del transportador de dopamina. Su estudio inició debido a la observación de que muchos de los medicamentos usados para el tratamiento del TDAH actúan antagonizando la acción del transportador de dopamina 1, lo que aumenta la disponibilidad de dicho neurotransmisor en la hendidura sináptica, contribuyendo así a la mejoría de los síntomas¹⁷.

Diferentes estudios han demostrado que polimorfismos del gen DAT1, como la repetición en tándem en número variable (VNTR) de 40 pares de bases (pb) localizado en 3'UTR, pueden ser considerados como un factor de riesgo, debido a que aumentan la expresión del transportador de dopamina. ¹⁸.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es un trastorno en el que aparentemente existe una base neurobiológica o neuroquímica, aunque el grado de afectación en cada sujeto dependerá de su grado de armonía psíquica, capacidades yoicas y también del contexto familiar en el que crece y se desenvuelve y que permitirá, o no, un mayor despliegue de los inconvenientes derivados de este trastorno ¹⁹.

2.2.4 Manifestaciones clínicas

Criterios de DSM V

El trastorno por déficit de atención /hiperactividad se caracteriza por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad –impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y /o (2):

1. **Inatención:**seis o más de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos seis meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas /laborales:

Nota: los síntomas no son solo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de la tarea o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.

- a) Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p.ej., se pasa por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión.
- b) Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p.ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).
- c) Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p.ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- d) Con frecuencia no sigue instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres y los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente o evade con facilidad).
- e) Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple plazos).
- f) Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- g) Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades.
- h) Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos.
- i) Con frecuencia olvida las actividades cotidianas.

2. **Hiperactividad e impulsividad:** Seis o más de los siguientes síntomas se han mantenido al menos durante 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades académicas, sociales y laborales:

Nota: Los síntomas no son solo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas e instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años), se requiere como mínimo 5 síntomas.

- a) Con frecuencia juguetea con o sin golpear las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b) Con frecuencia se levanta en situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
- c) Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.
- d) Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- e) Con frecuencia está ocupado, actuando como si lo impulsara un motor.
- f) Con frecuencia habla excesivamente.
- g) Con frecuencia responde repentinamente antes de que haya concluido la pregunta.
- h) Con frecuencia le es difícil esperar su turno.
- i) Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros.

B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivo estaban presentes antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivo están presentes en dos o más contextos.

D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental.

Presentación combinada

Si se cumplen el criterio A1 (inatención) y el criterio A2 (hiperactividad –impulsividad) durante los últimos seis meses.

Presentación predominantemente con falta de atención

Si se cumple el criterio A1 (inatención) pero no se cumple el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

Presentación predominantemente hiperactiva/impulsiva

Si se cumple el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el criterio A1 (inatención) durante los últimos seis meses.

Especificar si:

En remisión parcial: cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.

Leve: Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas solo producen deterioro mínimo del funcionamiento social y laboral.

Moderado: Síntomas o deterioros funcionales presentes entre “leve” y “grave”.

Grave: Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

OTRO TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD ESPECIFICADO

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes, pero que no cumplen todos los criterios del trastorno por déficit de atención e hiperactividad o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del neurodesarrollo. La categoría de otro trastorno por déficit de atención /hiperactividad especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple con los criterios de trastorno por déficit de atención /hiperactividad o de algún trastorno específico del neurodesarrollo. Esto se hace registrando “otro trastorno por déficit de atención /hiperactividad específico” y a continuación el motivo específico.

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN /HIPERACTIVIDAD NO ESPECIFICADO

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del trastorno por déficit de atención /hiperactividad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral y de otras áreas importantes, pero que no cumplen con todos los criterios del trastorno por déficit de atención e hiperactividad o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del neurodesarrollo²⁰.

2.2.5 Comorbilidades del trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Conocer bien una entidad clínica, un determinado desorden de la conducta o una determinada estructura psicopatológica es una condición necesaria pero no suficiente para realizar un diagnóstico correcto. Ante determinadas circunstancias, nos podemos encontrar con síntomas derivados de la asociación o coexistencia de varios cuadros simultáneamente. A esta asociación o coexistencia de trastorno se le llama comorbilidad. Las comorbilidades que con mayor frecuencia se asocian a trastorno por déficit de atención e hiperactividad son:

1. Trastorno oposicionista desafiante: 40%.
2. Trastorno de conducta: 14%.
3. Trastorno de ansiedad: 14%.
4. Trastornos afectivos: 4%.

Existe una correlación entre trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno negativista desafiante y los trastornos de conducta. Esto puede deberse a que las comorbilidades pueden presentarse de diferentes formas:

- a) Un trastorno es precursor de los otros.
- b) Un desorden es un factor de riesgo para el desarrollo de los otros e indicaría una cierta vulnerabilidad del sujeto a padecer los otros trastornos.
- c) Estas patologías comparten los mismos o parecidos factores de riesgo.
- d) Existe una sintomatología común para todos estos cuadros ²¹.

ACOSO ESCOLAR Y TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Se han realizado investigaciones con en estudiantes de primaria que podrían ayudar a explicar la mayor incidencia de suicidios en niños y adolescentes ²².

Se ha informado que la victimización en grupos de escolares es una causa de ansiedad y depresión. El acoso escolar también afecta negativamente el rendimiento académico, el desarrollo físico y las relaciones sociales ²³.

Los efectos del acoso escolar pueden contribuir al desarrollo de enfermedades psiquiátricas tales como trastornos adaptativos, depresión y ansiedad. Una encuesta sobre acoso escolar en primarias de Corea del Sur mostró que el 5,3% de los estudiantes eran víctimas de intimidación, el 7,2% eran tanto las víctimas como agresores y el 12% eran acosadores ²⁴.

Los resultados de estas encuestas demuestran que el número de niños y adolescentes involucrados en el acoso escolar no es intrascendente y que la intimidación puede llegar a tener un impacto en la salud mental.

En otros estudios se ha detectado que el nivel socio económico bajo, una deficiente formación académica materna y pertenecer a una familia con un solo padre eran factores de riesgo para tener trastorno por déficit de atención e hiperactividad y ser víctima de acoso escolar²⁵.

En recientes investigaciones se ha detectado que los grupos de víctimas de acoso escolar son más propensos a tener problemas de impulsividad, síntomas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, problemas afectivos y adicción a internet²⁶.

3. JUSTIFICACIÓN

El acoso escolar es un fenómeno presente en las escuelas de México y otros países, causando un impacto en la sociedad. El acoso escolar tiene consecuencias a corto y largo plazo, como lo han demostrado las investigaciones previas, en las que se ha visto asociado con un incremento en la psicopatología como depresión, ansiedad, trastornos de conducta y frecuentemente presente en trastornos neuro-psiquiátricos como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Otros estudios relacionan este fenómeno social con un bajo desempeño escolar y conductas violentas en la edad adulta.

Por todo lo anterior es importante la identificación de la población en riesgo para presentar bullying, ya sea en su rol de víctima, víctima / agresor o acosador y hacer intervenciones tempranas en el ámbito escolar, familiar y referir casos que requieran de tratamiento psiquiátrico de forma oportuna para prevenir psicopatología en la adolescencia y adultez que causen un decremento del funcionamiento global del individuo. En nuestro país no existen estudios, específicamente en nuestra población, que evidencien esta asociación entre acoso escolar y trastorno por déficit de atención e hiperactividad, lo que limita las intervenciones oportunas en el ámbito escolar.

El objetivo de este trabajo es identificar la correlación entre acoso escolar y trastorno por déficit de atención e hiperactividad. La frecuencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños que practican bullying (víctimas / acosadores) e identificar si existe un perfil relacionado a la víctima y al acosador con respecto a la sintomatología de TDAH (predominio inatento o impulsivo/ hiperactivo).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la asociación entre TDAH y acoso escolar?

4. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la asociación de acoso escolar con la presencia de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en una población de escolares de primaria de un centro educativo de la zona urbana de San Luis Potosí.

Objetivos específicos

1. Determinar mediante el TEST BULL S cual es la asociación de acoso escolar en una población de niños de primaria de tercero a sexto grado en un centro educativo de la zona urbana en San Luis Potosí.
2. Determinar la frecuencia de síntomas asociados a trastorno por déficit de atención e hiperactividad mediante M.I.N.I. KID.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Tipo de estudio

Es un estudio observacional, transversal de niños con y sin acoso escolar; con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

3.2 Población en estudio

Escuela primaria federal de la zona urbana de Soledad de Graciano Sánchez, San Luis Potosí, con turnos vespertinos. Que los padres acepten el responder los cuestionarios.

3.3 Tamaño de la muestra

Considerando que en la escuela primaria Profesor Graciano Sánchez de Soledad de Graciano Sánchez, SLP. Existen alrededor de 270 estudiantes de tercero a sexto grado, se utilizó la fórmula que a continuación se muestra para determinar el número de la muestra total para este estudio:

$$4. \quad n = \frac{(N)(Z_{1-\alpha/2}^2)*p(1-p)}{e^2(N-1)+Z_{1-\alpha/2}^2*p(1-p)}$$

Para una prevalencia de promedio mínimo esperada de 30% y calculadas con error de 0.10 y 0.05: requerimos una muestra mínima de 70 (si error 0.1) o bien 102 alumnos (si error 0.05) ²⁷.

5.4 Análisis estadístico

El análisis estadístico se llevó a cabo con los programas: JMP 8 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA) y R 2.15.1²⁸.

Se realizaron medidas de tendencia central y dispersión de todas las variables. Se calculó normalidad a través de qqPlot de residuales de Fox²⁹.

El análisis descriptivo se llevó a cabo de acuerdo a la naturaleza de la variable estudiada; las variables categóricas se describieron con frecuencias y porcentajes; las numéricas con distribución normal se expresarán en promedio y desviación estándar, las que presenten no normalidad en su distribución con medianas y rangos (valor máximo y mínimo).

El análisis bivariado de variables numéricas se realizó con ANOVA (distribución normal) y con Willcoxon (no normales). El análisis de variables categóricas se realizó con Chi cuadrada, y en caso de casillas con valores menores de 5 con la prueba F exacta de Fisher. Los valores de p menores de 0.05 serán considerados como significativos.

5.4 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

1. Sujetos que estuvieran inscritos en la escuela primaria seleccionada
2. Padres que aceptaran contestar los cuestionarios

Criterios de exclusión

1. Aquellos escolares que no desearan responder los cuestionarios.

5.5 HIPÓTESIS

Hipótesis nula

Los escolares implicados en el acoso escolar no presentan mayor asociación a Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Hipótesis alterna

Los escolares implicados en el acoso escolar presentan una mayor asociación a Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

5.6 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Variables independientes:

1. Edad: tiempo transcurrido en años desde el nacimiento del niño a la fecha de la evaluación. (Categoría).
2. Género: Es el conjunto de características biológicas (anatómicas y fisiológicas) que distinguen a los seres humanos en dos grupos: femenino y masculino. (Dicotómica)
3. Grado escolar: años de estudio completados. (Continua).

Variables dependientes:

1. Dinámica de bullying: elementos de la relación agresión-victimización entre los escolares.
2. TDAH hiperactivo-impulsivo: Si se codifica 03 en MINI KID
3. TDAH inatento: Si se codifica 02 y 03 en MINI KID
4. TDAH mixto: Si se codifica 02 y 03 en MINI KID

BULLYING:

1. Definición Conceptual: Maltrato entre iguales.
2. Operacional: poner apodos, burlarse, excluir socialmente, dirigir agresiones físicas y maltrato emocional.

VÍCTIMA:

1. Conceptual: estudiante que recibe conductas agresivas de otros.
2. Operacional: que el 25% de los escolares de un grupo identifiquen a un compañero mediante los ítems 6, 8, y 10 del test BULL-S.

ACOSADOR

1. Conceptual: estudiantes que ejercen conductas de agresión hacia los otros.
2. Operacional: que el 25% de los escolares de un grupo identifiquen a un compañero mediante los ítems 5, 7 y 9 del test BULL- S.

TDAH -Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

1. Conceptual: trastorno neuropsiquiátrico que se caracteriza por distracción, hiperactividad, impulsividad y disfunción global.
2. Operacional: que cumpla con los criterios 01 al 05 para TDAH en MINI KID (Nominal).

6. Tabla de variables

Código	Nombre	Significado	Escala de medición	Valor
SEX	Género del paciente	Fenotípico	Catégorica dicotómica	Mujer =1 Hombre =0
EDAD	Edad del paciente	Cumplida en años	Continua	Años cumplidos
EST	Años	Terminado en años	Continua	Años terminados
BULL	Acoso escolar	Ítems rechazo cobardía y victimización Ítems fortaleza física , agresividad y provocación	Nominal	0= sin 1=víctima (5,7,9) 2= acosador (6,8,10) 3= mixto (9/10)
TDAH	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	Positivo en los ítems de Mini kid relacionados a	Nominal	01 02 03

	síntomas de		04
	TDAH(01,02,03,04,05)		05
Combinado	Si se codifica 02y 03	Categórica	02 03
Inatento	Si se codifica02 y 03 no	Categórica	02
Hiperactivo /impulsivo	Si se codifica 03	Categórica	03

5. INSTRUMENTOS

1. TEST BULL S

Ficha técnica

Nombre: TEST BULL-S Medida de la agresividad entre escolares

Autora: Fuentesanta Cerezo Ramírez

Duración: 25-30 minutos

Aplicación: alumnado entre 7 y 16 años de edad

Significación: análisis de características socio afectivas del grupo. Detección de implicados y aspectos situacionales de la agresividad entre iguales.

El Test Bull-S permite explorar el acoso escolar a partir del informe de los alumnos por el sistema de nominación. Consta de un formato de 15 preguntas para niños de 7 a 16 años de edad y requiere de 25 a 30 minutos responderlo. Los datos revelan las características socioafectivas del grupo. Detecta implicados en el fenómeno y aspectos situacionales en las relaciones de agresividad entre iguales³⁰.

2. MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS

Autor: D SHEEHAN, D SHYTLE, K MILO, J. JANAVS

Version en ingles 6.0

Aplicación colectiva o individual

Duración: 10 – 25 MINUTOS

Finalidad: diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

6. IMPLICACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO

De acuerdo a los criterios de clasificación de riesgo, la presente investigación es considerada sin riesgo o riesgo mínimo, debido a que se incluyen cuestionarios en las que se estudian aspectos conductuales de los individuos y se detectan síntomas asociados a TDAH sin intervención o manipulación.

Siguiendo los códigos de Helsinki, Nüremberg y del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí se tienen las siguientes consideraciones:

1. La participación tiene carácter de voluntaria sin presión o coerción.
2. Previo a la contestación de los instrumentos de medición se explicarán los objetivos de la investigación y de la participación de los encuestados.
3. Antes de contestar las encuestas cada tutor del participante firmará un consentimiento informado (ver anexo 1).
4. La naturaleza del proyecto es observacional, no se realizan intervenciones terapéuticas.
5. Las distintas fases del proyecto serán llevadas a cabo por personal capacitado y calificado.
6. A los casos que se identifiquen con psicopatología se les invitará a una evaluación más exhaustiva para determinar si requieren intervención terapéutica y/o farmacológica.

7. RECURSOS

1. HUMANOS

Residentes de especialidad médica psiquiatría.

2. MATERIALES

- Equipo de cómputo.
- Hardware (impresora, dispositivos de almacenamiento externo).
- Software (procesador de textos, hoja de cálculo, paquete estadístico).
- Papelería en general.

3. FINANCIEROS

- Los propios del investigador.

8. RESULTADOS

8.1 Descripción de variables demográficas

Tabla 1. Distribución de las características demográficas de la población en estudio.

Sexo	
Masculino	61 (59%)
Femenino	42 (40%)
Edad	10 media
Grado	
Cuarto	24 (23%)
Quinto	54 (51%)
Sexto	25 (24%)

Tabla 3. Se calculó un RR (riesgo relativo) que es de 6 IC 95%: 5.09-6.91. Se calculó una R cuadrada de .39, las variables que fueron significativas en la regresión logística fueron sexo y trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

R² =39			P=0.01
Variable	OR	IC 95%	Valor P
Sexo	1.81	0.76- 3.12	P 0.001

Fig. Sexo. La muestra total fue de 103 niños encuestados de los cuales 42 (40%) fueron mujeres y 61 (59%) fueron hombres.

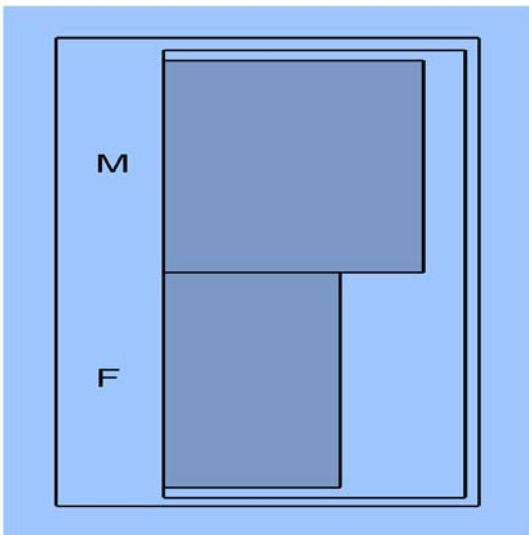


Fig. Edad. De los niños encuestados la desviación estándar fue de 10 años.

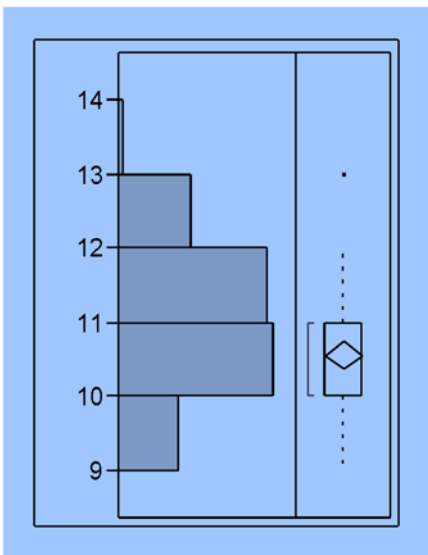


Fig. Escolaridad. De los escolares encuestados 24 (23%) pertenecían al cuarto grado. 54(51%) pertenecían al quinto grado y 25 (24%) eran de sexto grado de primaria.

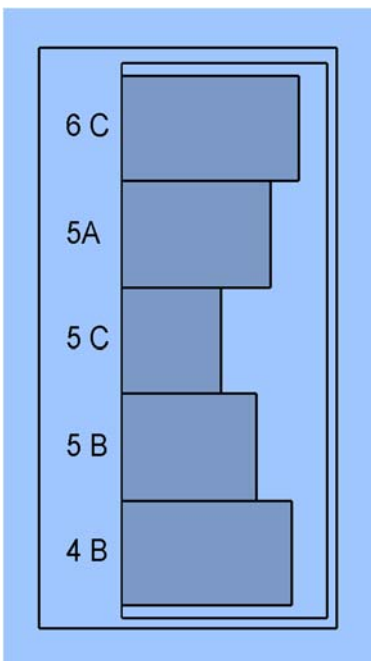


Fig. Frecuencia de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De los 103 escolares de la muestra 27 (26%) presentaron trastorno por déficit de atención e hiperactividad y 76(73%) fueron negativos.

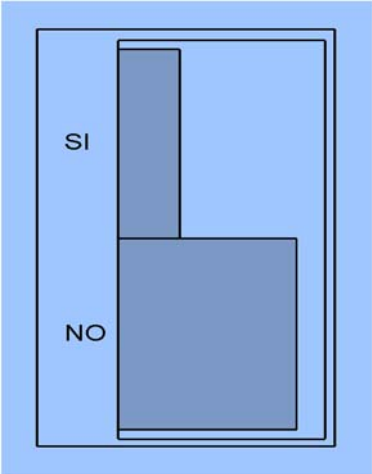


Fig. Víctima de acoso escolar. De los 103 alumnos se detectaron 13(12 %) víctimas de acosos escolar.

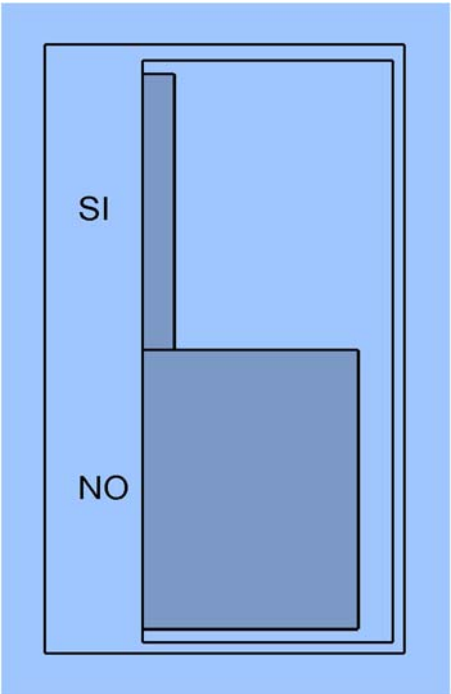


Fig. Acosador. De los 103 alumnos se detectaron 12 (11%) acosadores.

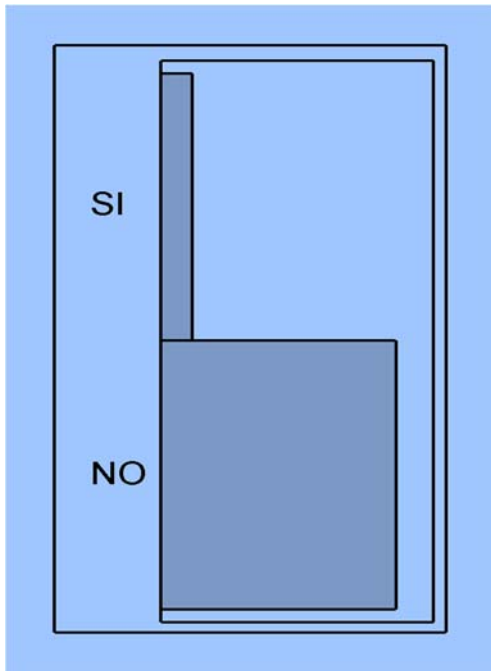


Fig. Del grupo con trastorno por déficit de atención e hiperactividad la edad media fue de 10 años.

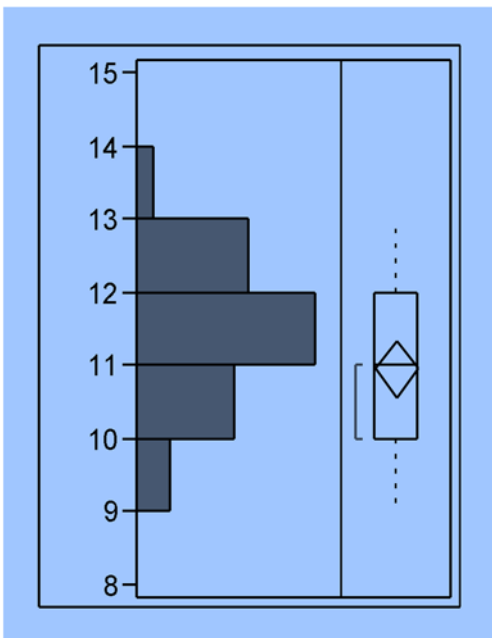


Fig. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De los 27 alumnos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad se detectaron 22 (81%) varones y 5(18%) mujeres.

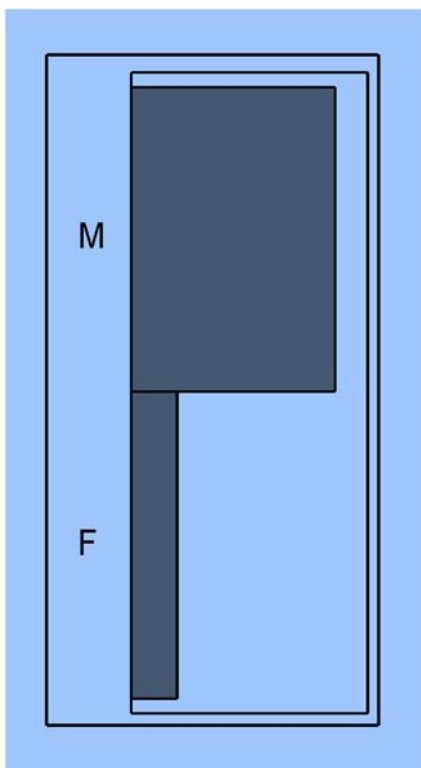


Fig. Escolaridad. De los casos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad se detectaron 5(18%) casos en cuarto año. 12(43%) casos en quinto año y 10 (37%) casos en sexto año.

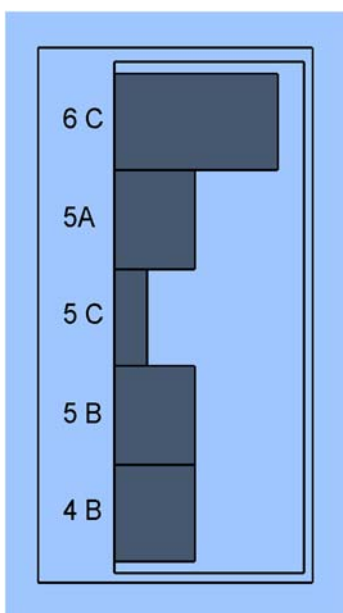


Fig. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De los 27 casos 21(77%) fueron reportados como predominantemente con síntomas de inatención.

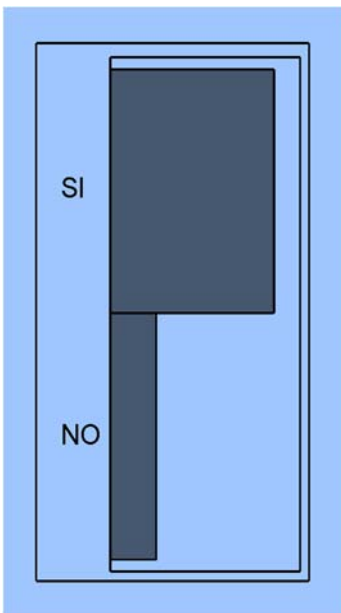


Fig. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De los 27 casos 18(66%) fueron reportados como predominantemente con síntomas de hiperactividad e impulsividad.

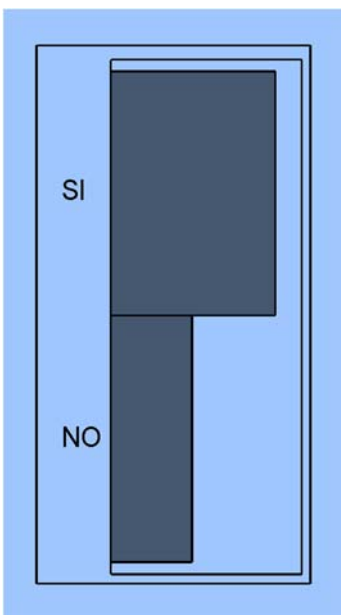


Fig. Asociación entre acoso escolar y trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Del grupo de 27 alumnos que tenían Trastorno por déficit de atención e hiperactividad se encontraron 7(25%) víctimas.

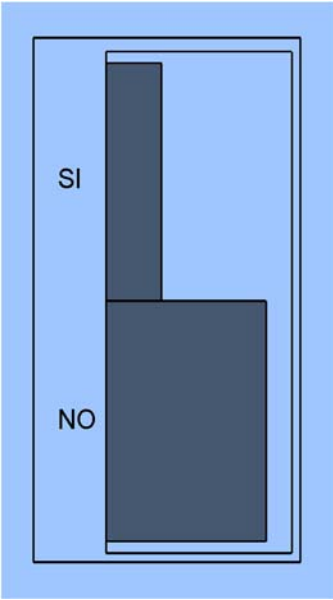


Fig. Asociación entre acoso escolar y trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Del grupo de 27 alumnos que tenían Trastorno por déficit de atención e hiperactividad se encontraron 9(33%) acosadores.

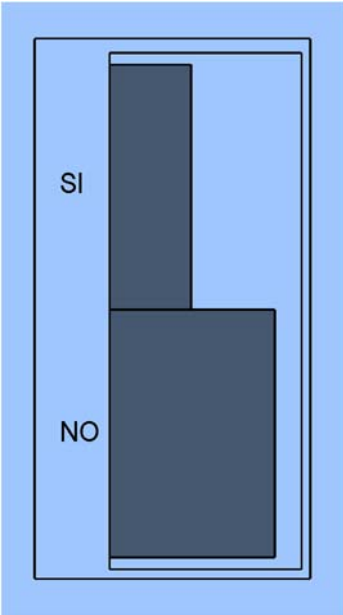


Fig. Asociación entre acoso escolar y trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Del grupo de 27 alumnos que tenían Trastorno por déficit de atención e hiperactividad se encontraron 8 (29%) víctimas-acosadores.

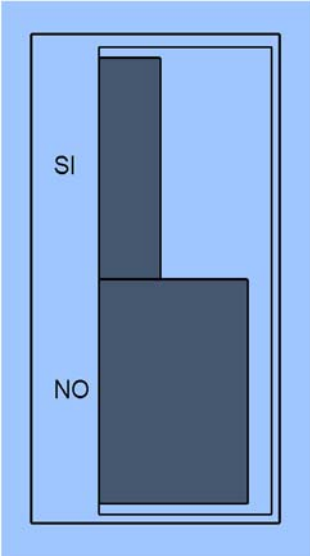
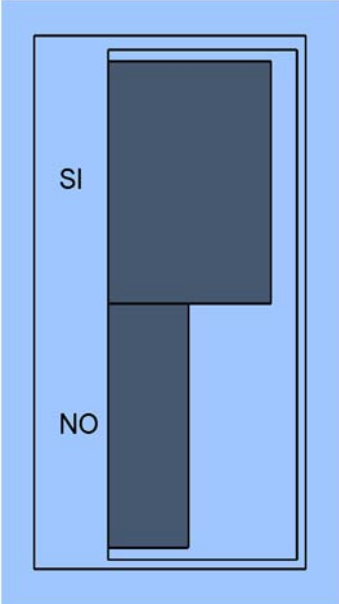


Fig. Asociación entre acoso escolar y trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De los 27 escolares con trastorno por déficit de atención e hiperactividad; 18(66%) se vieron involucrados en el fenómeno de acoso escolar



9. Discusión

No existen estudios sobre asociación entre acoso escolar y trastorno por déficit de atención e hiperactividad en México. Existen estudios de acoso escolar y su asociación con trastornos psiquiátricos en población escolarizada infantil. Es importante el estudio del acoso escolar en población infantil de México ya que se ha visto relacionado a problemas psicológicos a corto y largo plazo. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es un factor que empeora el acoso escolar en niños. El presente trabajo estuvo enfocado a estudiar la asociación entre trastorno por déficit de atención e hiperactividad y acoso escolar.

En esta muestra de 103 escolares encontramos que la frecuencia de TDAH fue de 27/(26 %) los cuales fueron clasificados de la siguiente manera: 21 inatentos (20%) y 18 hiperactivos e impulsivos (17%). Se observó que de los 103 escolares 27 (26%) estuvieron involucrados en el fenómeno de acoso escolar, de los cuales se reportaron 13 víctimas (12%) ,12 acosadores (11%) y 9 víctimas /agresores (8%). Se detectó una frecuencia mayor en el grupo de TDAH y acoso escolar de 18 escolares (66%) distribuidos de la siguiente manera: 7 víctimas (27%) ,9 acosadores (33%) y 8 víctimas / agresores (29%). El valor de p fue significativo en todas las variables del estudio. El OR fue de 14.88 el cual sobre estima el riesgo dado que las prevalencias son muy altas, por lo tanto se calculó un RR que es de 6 IC 95%: 5.09-6.91. Se calculó una R cuadrada de .39, las variables que fueron significativas en la regresión logística fueron sexo y trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

En el presente estudio se encontró una mayor asociación entre la muestra de escolares que tenían síntomas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad y victimización dentro del grupo escolar. Recientes estudios han documentado la vulnerabilidad debido a que los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad tienen un pobre desarrollo de habilidades motoras y sociales, lo que facilita que se vean involucrados en el fenómeno del acoso escolar en rol de víctimas. Los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad condicionan que los estudiantes tengan dificultades en la adaptación.

Otra de las hipótesis que se han planteado en cuanto a la vulnerabilidad de los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad y asociación a acoso escolar es debido a las comorbilidades. Los trastornos de la conducta que frecuentemente se desarrollan en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad facilitan el involucramiento de los estudiantes en el fenómeno del acoso escolar en ambos roles (víctima – acosador).

En este estudio no se explora la relación entre los trastornos afectivos y el acoso escolar. En estudios previos se ha determinado que los síntomas de ansiedad y depresión son frecuentes en niños que han sido víctimas de acoso escolar. Los niños con depresión tienen baja autoestima y pobres habilidades sociales lo que condiciona que sean más susceptibles a ser víctimas. En futuros estudios es importante determinar cómo influyen los trastornos internalizados en el acoso escolar y trastorno por déficit de atención e hiperactividad. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad también se ha visto en comorbilidad a trastornos de ansiedad y depresión en niños que no presentan acoso escolar.

En otros estudios se ha visto una clara asociación entre síntomas de somatización (cefalea y dolor abdominal), pobre autoestima, ansiedad y depresión en niños que han sido víctimas de acoso escolar. Como consecuencia de los fenómenos que se agregan al acoso escolar puede haber con más frecuencia intentos suicidas en niños y adolescentes.

Respecto al entorno familiar, los estudios han documentado que la disfunción familiar, padres con psicopatología (trastorno por déficit de atención e hiperactividad o trastorno de personalidad límite y antisocial) influyen de forma negativa en la expresión y severidad de síntomas del niño. El entorno familiar es clave para regular las manifestaciones de los síntomas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

En investigaciones realizadas con escolares en Brasil donde se han determinado las características de las víctimas y agresores se ha visto que el sexo masculino se asoció más al rol de agresor ($PR=2.42$) al igual que en el presente estudio. Una posible explicación a este fenómeno es que los varones participan más en la intimidación física y las mujeres practican el acoso escolar con el abuso verbal y conductas de exclusión. Son pocos los instrumentos que están validados para la detección de acoso escolar en México y no exploran la totalidad de las variedades de bullying. Hacer instrumentos que también exploren las conductas de acoso en mujeres puede ser de utilidad para detectar el acoso escolar y trastornos asociados en este grupo de población.

En México existen protocolos para la evaluación de niños con psicopatología y acoso escolar donde se realiza un manejo integral involucrando al maestro de primaria, padres de familia, trabajo social, psicología y psiquiatría infantil y del adolescente para detectar de forma más oportuna los casos que se encuentren en riesgo.

Implementar programas para la detección oportuna de casos y establecer un tratamiento adecuado será de importancia para mejorar la calidad de vida y adaptación de los niños con psicopatología.

10. Conclusiones

En el presente estudio se observó que los alumnos con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad tenían 6 veces más probabilidades de verse involucrados en fenómeno de acoso escolar que el grupo de alumnos sanos.

El sexo masculino y la presencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad explicaron el 39% de los casos, por lo que se concluye que los varones con trastorno por déficit de atención e hiperactividad triplicaron sus probabilidades de verse inmersos en el acoso escolar. En este estudio se encuentra una frecuencia mayor de TDAH que lo que reporta la literatura mundial (12%). La importancia del diagnóstico oportuno del TDAH radica en que el niño con síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad es más susceptible a verse involucrado en el fenómeno del acoso escolar y tener un peor funcionamiento global y menor calidad de vida.

Es necesario la elaboración de programas psicoeducativos, de prevención y atención a acoso escolar.

Es necesario el desarrollo de programas de detección y diagnóstico oportuno del trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

11. Limitaciones

Al ser un diseño transversal, se demuestra asociación entre las variables mencionadas y no se puede inferir causalidad.

La muestra es muy específica y los resultados no pueden ser generalizables.

Se puede establecer un precedente para estudios posteriores a acoso escolar y trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

La muestra no explora las diferentes variedades de acoso escolar, lo que podría ser de utilidad para futuros estudios y determinar si existe diferencia de acoso escolar en varones y mujeres.

No se determinó la búsqueda de factores protectores o de riesgo para la asociación entre acoso escolar y trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En diversos estudios se ha reportado factores como el entorno familiar, la escolaridad de los padres y psicopatología afectiva como factores que influyen en el pronóstico de los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Bibliografía

1. Kevin M. Beaver ,Brian E. Perron , Matthew O. Howard ,Michael G. Vaughn , Qiang Fu, Kimberly Bender , Matt DeLisi . Psychiatric Correlates of Bullying in the United States: Findings from a National Sample. *Psychiatr Q* (2010) 81:183–195.
2. Kyrre Breivik, Dan Olweus. An item response theory analysis of the Olweus Bullying scale *Aggress Behav*. 2014 Dec 2. doi: 10.1002/AB.21571.
3. Albores-Gallo L, Saucedo-García JM, Ruiz-Velasco S, Roque-Santiago E. El acoso escolar (bullying) y su asociación con trastornos psiquiátricos en una muestra de escolares en México. *Salud Pública Mex* 2011; 53:220-227.
4. Arseneault L, Bowes L, Shakoor S: Bullying victimization in youths and mental health problems: 'much ado about nothing'? *Psychol Med* 2010, 40:717–729.
5. Ullebø AK, Breivik K, Gillberg C, Lundervold AJ, Posserud MB. The factor structure of ADHD in a general population of primary school children. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012 Sep; 53(9):927-36.
6. Olweus D, Limber S, Mihalic S: Blueprints for Violence Prevention, Book Nine: Bullying Prevention Program. Boulder, CO, Center for the Study and Prevention of Violence, 1999.
7. Gini G, Pozzoli T. Association between bullying and psychosomatic problems: a meta.analysis. *Pediatrics* 2009; 123:1059-1065.
8. Craig W, Harel-Fisch Y, Fogel-Grinvald H, Dostaler S, Hetland J, Simons- Morton B, et al. HBSC Violence & Injuries Prevention Focus Group; HBSC Bullying Writing Group. A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries. *Int J Public Health* 2009; 54:216-224.
9. Michael G. Vaughn .Psychiatric Correlates of Bullying in the United States: Findings from a National Sample, *Psychiatr Q* (2010) 81:183–195.
10. Rigby K. Consequences of bullying in school. *Can J Psychiatry* 2003; 583:590.
11. Andrew S. Rowland,Betty J. Skipper,David M. Umbach,David L. Rabiner,Richard A. Campbell,Albert J. Naftel,Dale P. Sandler. The Prevalence of ADHD in a Population-Based Sample. *Journal of Attention Disorders* September 2015 vol. 19 no. 9 741-754.
12. Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2005; 366:237—48.
13. Gizer IR, Ficks C, Waldman ID. Candidate gene studies of ADHD: A meta-analytic review. *Hum Genet*. 2009;126:51—90.
14. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, et al. Molecular genetics of attentiondeficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiat*. 2005;57:1313—23

15. Elia J, Borcharding BG, Rapoport JL, Keysor CS. Methylphenidate and dextroamphetamine treatments of hyperactivity: Are there true nonresponders? *Psychiatry Res.* 1991;36: 141—55.
16. Cook EH, Stein MA, Krasowski MD, Cox NJ, Olkon DM, Kieffer JE, et al. Association of attention-deficit disorder and the dopamine transporter gene. *Am J Hum Genet.* 1995;56: 993—8.
17. Chen C-K, Chen S-L, Mill J, Huang Y-S, Lin S-K, Curran S, et al. The dopamine transporter gene is associated with attention deficit hyperactivity disorder in a Taiwanese sample. *Mol Psychiatry.* 2003;8: 393—6. 12.
18. Curran S, Mill J, Tahir E, Kent L, Richards S, Gould A, et al. Association study of a dopamine transporter polymorphism and attention deficit hyperactivity disorder in UK and Turkish samples. *Mol Psychiatry.* 2001; 6:4 25—8. 13.
19. Blum K, Braverman ER, Wu S, Cull JG, Chen TJ, Gill J, et al. Association of polymorphisms of dopamine D2 receptor (DRD2), and dopamine transporter (DAT1) genes with schizoid/avoidant behaviors (SAB). *Mol Psychiatry.* 1997;2:239—46
20. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.)*. Washington, DC.
21. Due P, Holstein BE, Lynch J, et al. Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross sectional study in 28 countries. *Eur J Public Health.* 2005; 15(2):128—132. 5.
22. Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Marttunen M, Rimpelä A, Rantanen P. Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *BMJ.* 1999;319(7206):348—351. 6.
23. Kwon SJ, Park TW, Park SH, Yang JC, Chung YC, Chung SK. Prevalence of School Bullying and Related Psychopathology in Children and Adolescents. *J Korean Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012; 23(3):143—153. 7.
24. Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Marttunen M, Rimpelä A, Rantanen P. Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *BMJ.* 1999;319 (7206):348—351. 8.
25. Yang SJ, Kim JM, Kim SW, Shin IS, Yoon JS. Bullying and victimization behaviors in boys and girls at South Korean primary schools. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006;45(1):69—77.
26. Jun Won Kim, KounSeok Lee Young Sik Lee. Doug Hyun Han. Kyung Joon Min. Sung Hwan Song. Ga Na Park. Ju Young Lee. Jae Ock Kim. Factors associated with group bullying and

- psychopathology in elementary school students using child-welfare facilities. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2015;11 991–998.
27. Dawson B, Trapp RG. Chapter 5. Research questions about one group. *Basic & Clinical Biostatistics*. 4a. ed. New York: McGraw-Hill; 2004
 28. R Core Team (2012). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL <http://www.R-project.org/>.
 29. Fox and Weisberg. Wood, S.N. Hothorn, Hornik and Zeileis 2006. URL. CRAN.R-project.org/package=rms.
 30. Cerezo F. Análisis de las características socio-afectivas del grupo de iguales. Detección, implicados y aspectos situacionales en las relaciones de agresividad entre iguales. Disponible en: www.investigacion-psicoeducativa.org/revista.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Referente a la autorización escrita por parte del paciente y/o (tutor) para participar en la investigación.

Fecha: _____

Yo _____ padre de _____ declaro que he sido informado(a) acerca del trabajo de investigación "Asociación entre acoso escolar y déficit de atención e hiperactividad", que consiste en valorar en los alumnos de este plantel la presencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad/impulsividad (distracción, inquietud e impulsividad) y su relación con el acoso escolar (maltrato repetido de manera verbal, física, psicológica, etc. entre compañeros).

Doy mi consentimiento para participar en esta investigación, la cual consiste en la aplicación de cuestionarios y una entrevista diagnóstica.

Se me ha informado que se guardará confidencialidad respecto a la información que se recabe y si lo solicito se me brindará información con respecto a los resultados de las pruebas. En caso necesario se me indicará a dónde acudir para que mi hijo reciba tratamiento si así lo requiere. Estoy consciente que puedo retirarme del estudio en el momento que lo desee, sin ninguna represalia.

Firma del padre o tutor: _____

Testigo 1: _____

Testigo 2: _____

Nombre y firma del investigador: _____

Datos de contacto:

Dra. Isela Saldaña Turrubiarres

Ced.Prof. 7815052

Teléfono: 4445082835



CARTA COMPROMISO CON LOS SUJETOS DE INVESTIGACIÓN

A cada uno de los directores de las escuelas participantes en este proyecto se le entregaran los resultados del análisis del proyecto de investigación “ACOSO ESCOLAR Y ASOCIACIÓN A TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD”, con la finalidad de proponer estrategias para prevención de acoso escolar en las escuelas.

Cabe señalar que en caso de que se detecten casos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad y acoso escolar que requieran de intervención psicoterapéutica o farmacológica, se asesorará a los tutores para que acudan a valoración por especialista en salud mental de niños y adolescentes.

DRA ISELA SALDAÑA TURRUBIARTES

RESIDENTE PSIQUIATRÍA



PROCEDIMIENTO PARA COMUNICAR INFORMACIÓN GENERADA

Se realizará inicialmente una sesión con los directores de las instituciones involucradas donde se darán a conocer las generalidades del proyecto en el que participarán. Se les explicará los procedimientos para la recolección de datos mediante la aplicación de encuestas y realización de entrevista estructurada diagnóstica.

Los resultados serán entregados a cada uno de los directores de manera personal y confidencial.

Cabe señalar que en caso de que se detecte psicopatología que requiera de intervención terapéutica farmacológica o psicológica se les asesorará para que acudan con especialista en salud mental del niño y adolescente.

DRA ISELA SALDAÑA TURRUBIARTES

RESIDENTE PSIQUIATRÍA

Anexo 3 TEST BULL -S

Test de evaluación de la agresividad entre escolares

BULL -S

(F. Cerezo, 2000)

Nombre y apellidos _____

Edad _____ Fecha _____ Grado y grupo _____

Instrucciones: Las preguntas siguientes ayudarán a tu profesor/a entender mejor como ves el ambiente que te rodea. Estas preguntas se refieren a **CÓMO VES A TUS COMPAÑEROS/AS Y A TI MISMO/A EN CLASE**. Tus respuestas son **CONFIDENCIALES**.

Responde a cada pregunta escribiendo, COMO MÁXIMO, TRES NOMBRES de compañeros/as de tu clase POR ORDEN DE PREFERENCIA, que mejor se ajusten a la pregunta.

1. ¿A quién elegirías como compañero de grupo o clase?

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

2. ¿A quién NO elegirías como compañero de clase?

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

3. ¿Quiénes crees que te elegirían a ti?

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

4. ¿Quiénes crees que NO te elegirían a ti?

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

5. ¿Quiénes son los más fuertes de la clase?

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

6. ¿Quiénes actúan como cobardes?

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

7. ¿Quiénes maltratan o pegan a otros/otras compañeros?

1. _____
2. _____
3. _____

8. ¿Quiénes suelen ser las víctimas?

1. _____
2. _____
3. _____

9. ¿Quiénes suelen empezar las peleas?

1. _____
2. _____
3. _____

10. ¿A quiénes se les rechaza en el salón de clases?

1. _____
2. _____
3. _____

Ahora señale sólo una respuesta

1. ¿Con que frecuencia ocurren las agresiones?

- Todos los días
- Una o dos veces por semana
- Rara vez
- Nunca

2. ¿Crees que estas situaciones encierren gravedad?

- Poco o nada
- Regular
- Bastante
- Mucho

3. ¿Te encuentras seguro en el centro escolar?

- Poco o nada
- Regular
- Bastante
- Mucho