

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL



DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

TESIS

*Tamizaje de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y su asociación con  
“Bullying” en estudiantes de primaria.*

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MÉDICO  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA PRESENTA:

Dr. Hugo Vega Hernández.

Dra. Silvia Ortiz León  
Asesora Teórica

Mtra. Virginia Barragán Pérez  
Asesora Metodológica

México, Distrito Federal 2014



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN .....	4
MARCO TEÓRICO .....	6
<b>Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.....</b>	<b>6</b>
<b>Prevalencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad .</b>	<b>7</b>
<b>Fenómeno “Bullying”. Definiciones y tipos.....</b>	<b>8</b>
<b>Bullying y su asociación con trastornos psiquiátricos .....</b>	<b>11</b>
<b>Bullying y su asociación con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.....</b>	<b>12</b>
<b>La violencia en las aulas.....</b>	<b>16</b>
JUSTIFICACIÓN.....	20
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	21
OBJETIVOS.....	22
DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	23
MATERIAL Y MÉTODOS.....	24
INSTRUMENTOS.....	25
RESULTADOS.....	29
DISCUSIÓN.....	36
CONCLUSIONES .....	38
ANEXOS .....	45

## RESUMEN

**ANTECEDENTES:** El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es uno de los padecimientos del comportamiento más frecuentemente diagnosticados durante la infancia debido a que los síntomas que presenta causan una disrupción en el medio en que se desenvuelven los sujetos que lo padecen. Síntomas como comportamiento impulsivo, falta de control, empatía reducida, reacciones de agresividad, dificultad para la regulación de emociones, intervienen con las habilidades necesarias para la interacción exitosa entre pares. Esto tiene impacto negativo en la vida del escolar y frecuentemente se encuentra envuelto en el “Bullying”.

**OBJETIVO:** Realizar tamizaje de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y observar si hay una relación ser víctima, agresor, o víctima-agresor de Bullying en escolares de 4º. 5º. y 6º. de primaria.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** De un total de 318 sujetos pertenecientes a los 6 grupos valorados, sólo 214 respondieron adecuadamente tanto la escala CEAL TDAH y la Escala VEA, 45.32% (N=97) hombres y 54.68% (N=117) mujeres.

**RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** 9.34% (N=20) cumplió criterios para trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De ellos 5.14% (N=11) hombres y 4.20% (N=9) mujeres. 15% fueron de tipo Hiperactivo/Impulsivo, 40% de tipo Inatento y 45% de tipo combinado. 87.38% (N= 187) del total de la muestra fueron identificados por sus pares como participantes en el Bullying, (por lo menos en una ocasión) de alguna de las tres formas, 12.62% (N=27) fueron identificados como observadores solamente. 79.44% (N= 170) fueron identificados con el rol de víctima-agresor, 5.14% (N= 11) como agresor solamente y 2.8% (N=6) como víctima solamente. Al considerar la variable de sexo, 88.66% (N=86) del total de los niños y 86.32% (N=101) del total de las niñas se encontraron como participantes en alguna de las tres formas de bullying. Además, 19 de los 20 niños con TDAH fueron identificados en el rol de Víctima-Agresor y solo uno, varón, fue identificado en el rol de víctima.

## INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una de las alteraciones del comportamiento más comunes dentro de la etapa escolar en la niñez. Afecta del 3 al 5% de los niños en edad escolar en la población mundial pero puede variar entre regiones (Holmberg, 2008).

En los países latinoamericanos, se considera un problema de salud pública que afecta alrededor de 36 millones de personas con una prevalencia estimada de 5.29% (Barragán, 2007). Se calcula que hay una población de 198 millones de niños y adolescentes, de los cuales 5% (casi 10 millones) puede presentar el padecimiento y se estima entre 2 y 8% en preescolares. La razón de hombre-mujer varía entre 3:1 y 5:1 (Holmberg, 2008; Egger, 2006; Palacios, 2009). De la mayoría de los niños diagnosticados con TDAH en la etapa escolar, alrededor del 65%, persiste con el diagnóstico en la adolescencia y el resto mantiene algunos de los síntomas que le causan disfunción por menos en 2 áreas de su vida (Palacios, 2006).

Los niños con TDAH frecuentemente se muestran agresivos, ansiosos y deprimidos (American Psychiatric Association, 1994), son rechazados por sus pares (Bagwell, Molina, Pelham & Hoza, 2001; Gresham & MacMillan, 1997; Gresham, MacMillan, Bocian, Ward, & Forness, 1998; Hindshaw, 2002), son intrusivos, inapropiados, desorganizados, impulsivos, emotivos, poco participativos, mandones. Por tales características, frecuentemente se ven envueltos en situaciones en las que se pone de manifiesto su impulsividad, como en el caso del “Bullying”.

El “bullying” es una condición de convivencia en la que se ejerce violencia mantenida, guiada por un sujeto o por un grupo hacia un escolar vulnerable que no es capaz de defenderse y se demuestra mediante maltrato físico, psicológico, sexual o de otro tipo.

Holmberg y cols. (2007), encontraron que los niños con diagnóstico de TDAH están envueltos en el “acoso escolar” o “bullying” con mayor frecuencia que otros niños. Debido a las características propias del TDAH se ha visto que existe una relación clara entre este y “bullying” en

edad escolar ya que se ha reportado que niños diagnosticados con TDAH en el 4to grado, son acosadores activos hasta 3 veces más a menudo y son acosados alrededor de 10 veces más a menudo que otros niños (Holmberg, 2007).

Con respecto a los niños que participan como víctimas, el ser receptores de acoso les contribuye a problemas en el ajuste social tardío, falta de amigos y rechazo escolar (Ladd, Kochenderfer, & Coleman, 1997). Los niños agresores frecuentemente muestran características como de ser impulsivos, exhibir un comportamiento antisocial, y de tener mayor riesgo de maladaptación como comportamiento criminal (Olweus, 1995) y trastornos comórbidos como Trastornos de Conducta, Trastorno Oposicionista Desafiante y Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad más que los niños que no acosan (Coolidge, DenBoer, & Segal, 2002; Salmon, James, Cassidy, & Javaloyes, 2000). Algunos niños se ajustan al perfil de las víctimas y agresores y se les conoce como las víctimas agresores o agresor/victima (Olweus, 1978).

En México el problema del acoso ha venido siendo en los últimos años objeto de estudios multidisciplinarios dada la problemática social que conlleva. Es por tanto que también en psiquiatría nos vemos obligados a llevar a cabo estudios de campo con el fin de identificar dicho fenómeno. Bien es sabido que los trastornos de la conducta tienen características que pueden influir en el desarrollo de violencia y “bullying”, por tal motivo se llevó a cabo este estudio de tamizaje con el fin de identificarla presencia de síntomas de TDAH en escolares de 4to., 5to., y 6to. años de primaria y su asociación como participantes en el “Bullying”, así como identificar cual es el subtipo de TDAH que más se ve afectado en este fenómeno.

## MARCO TEÓRICO

### *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.*

Existen dos enfoques principales para definir trastornos de inatención, hiperactividad e impulsividad: uno es el de DSM-IV-TR (APA 2000), quien reconoce el “Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad/Impulsividad” (TDAH), y el otro es el de ICD-10 (OMS 1992) quien usa la categoría de “Trastorno hipercinético”. Que se basan esencialmente en las mismas descripciones del comportamiento, pero cada elemento pesa de forma diferente. Mientras que el Trastorno Hiperkinético requiere de la presencia de los tres componentes, el TDAH se divide en tres tipos: de tipo combinado, con predominio del déficit de atención o con predominio de hiperactividad impulsividad (Rutter, 2009).

La característica esencial del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar (Criterio A). Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención causantes de problemas pueden haber aparecido antes de los 7 años de edad. Sin embargo, bastantes sujetos son diagnosticados habiendo estado presentes los síntomas durante varios años (Criterio B). Algún problema relacionado con los síntomas debe producirse en dos situaciones por lo menos (p. ej., en casa y en la escuela o en el trabajo) (Criterio C). Debe haber pruebas claras de interferencia en la actividad social, académica o laboral propia del nivel de desarrollo (Criterio D). El trastorno no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad) (APA 2000).

Tipos.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo- Impulsivo.

### ***Prevalencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad***

La prevalencia del TDAH ha sido reportado con grandes variaciones entre diferentes estudios, con un rango entre 2.2% a 17.8%. La prevalencia y la cronicidad del trastorno junto con la capacidad de interferir en los dominios relevantes del desarrollo hacen del TDAH una condición de salud pública. Skounti y col. (2007) analizaron la relación entre el sexo y la edad, el recurso de información, el procedimiento de evaluación y la definición del trastorno y reportan que con respecto al género la prevalencia es claramente mayor en varones 3:1 y 5:1, con respecto a la edad, encontraron que declina con el avance de la misma; con respecto a las diferencias geográficas y culturales encontraron mayor asociación con bajo nivel socioeconómico así como aumento en la tasa de prevalencia entre niños de raza negra que en blancos.

Con respecto a los subtipos de TDAH el tipo inatento es el más común seguido por el tipo combinado y después el tipo hiperactivo e impulsivo. La proporción de niñas con TDAH inatento es más grande que de otros tipos. Nolan y cols. (2001) encontraron que la presencia de los síntomas de TDAH Hiperactivo-Impulsivo disminuye después de los años preescolares, mientras que los síntomas del tipo TDAH-Inatento aumentan dramáticamente.

Varios estudios han reportado una disminución dramática de la prevalencia del TDAH en los adolescentes. Hill y Schoener (1996), examinaron 9 estudios prospectivos de cohortes en niños con TDAH y en los cuales se les dio seguimiento a 4 y 16 años y se reevaluaron y concluyeron que la prevalencia de TDAH parece disminuir cerca del 50% cada 5 años (Skounty y col., 2007). Biederman (2000), midió los síntomas en 128 niños desde los 5 años por 4 años. Señaló que los síntomas de inatención remitieron para pocos sujetos en menor cantidad que los síntomas de hiperactividad o impulsividad. Los

síntomas de hiperactividad/impulsividad disminuyen con el incremento de la edad pero los síntomas de inatención no (Hart 1995).

### ***Fenómeno “Bullying”. Definiciones y tipos.***

La primera referencia que se hizo respecto a la violencia entre iguales la realizó el psiquiatra sueco Heinemann (1969), que lo denominó “mobbing” definiéndolo como: *la agresión de un grupo de alumnos contra uno de sus miembros que interrumpe las actividades ordinarias del grupo.* De mobbing se pasó al termino anglosajón “bullying” para designar la acción y “bully” para designar al autor. La palabra bullying deriva de la palabra bully, que literalmente significa “matón” o “bravucon” (Garaigodobil 2010, Loredó 2008).

Desde la definición de Heineman a la fecha se han dado un sinnúmero de definiciones tratando de aproximarse lo más posible a la complejidad de dicho problema.

La definición más aceptada y actualmente más usada es la formulada por Olweus (1999), *<<Decimos que un estudiante está siendo intimidado cuando otro estudiante o grupo de estudiantes: dice cosas mezquinas o desagradables, se ríe de él o ella o le llama por nombres molestos o hirientes. Le ignora completamente, le excluye del grupo de amigos o le retira de actividades a propósito. Golpea, pateo, y empuja, o le amenaza. Cuenta mentiras o falsos rumores sobre él o ella, le envía notas hirientes y trata de convencer a los demás para que no se relacionen con él o ella.*

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) define a la violencia como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. Esto es aplicado al ámbito interpersonal como en el caso del Bullying.

El comportamiento de Bullying puede ser directo o indirecto. El bullying directo puede ser físico y (ej. golpear, empujar, patear, escupir) o

psicológico/emocional con acoso verbal (ej. Insultos verbales, burlas, poner apodos, amenazar, calumniar, gestos obscenos). El Bullying indirecto incluye hacer que otros ejerzan Bullying por un tercero, esto incluye esparcimiento de rumores, exclusión de grupos o ciberbullying, sexting (Kumpulainen 1998, Murray 2012).

Una de las formas más actuales de ejercer el Bullying es vía medios electrónicos y esto es conocido como “Ciberbullying”, esta conducta envuelve principalmente enviar mensajes vulgares, amenazas o imágenes, publicaciones sensibles o información privada acerca de otras personas, pretendiendo ser otras personas para hacerlos sentir mal, e intencionalmente excluyéndolos de un grupo en línea. Esto puede ser a través de correo electrónico, mensajes instantáneos, envío de textos o imágenes digitales, mensajes vía teléfonos celulares, blogs en la web y otros principalmente transmitiendo información vía electrónica. Esos mensajes pueden ser enviados de manera directa o indirecta a la víctima. Puede ser anónimo, y algunos de quienes ejercen el acoso no se consideran acosadores “algunos ciberbullies no intentan dañar”. (Feinberg & Robey, 2008). Kowalski y cols. (2005) encontraron que 18% de los estudiantes de 6º. a 8º. grado reportan que han sido ciberbullies.

Otra de formas de Bullying es el Sexting, este término se refiere al envío, recepción o reenvío de fotografías o mensajes sexualmente sugerentes y fotos de desnudos a través de mensajes de texto o correo electrónico. Esto puede tener consecuencias legales debido a que comúnmente son niños o adolescentes los que se ven envuelto en esta situación y puede ser considerado como pornografía infantil. El sexting se vuelve Bullying cuando alguien reenvía o postea esos mensajes en salas de chat, blogs etc.

A diferencia de los niños que debido a que se muestran impulsivos, agresivos y con mayor tendencia a ejercer Bullying de forma directa sobre sus pares, Kowalski (2005) encontró que es dos veces más probable que las niñas sean ciberbullies o ciberbullied (Murray 2012).

Tres de los criterios diagnósticos más comúnmente aceptados por los investigadores europeos, que sirven para dilucidar si estamos o no ante casos de Bullying son: 1) la existencia de uno o más de las conductas de hostigamiento internacionalmente conocidas como tales; 2) La repetición de la conducta que ha de ser evaluada por quien la padece como no meramente incidental, sino como parte de algo que le espera

sistemáticamente en el entorno escolar en la relación con aquellos que le acosan, y 3) la duración en el tiempo, con el establecimiento de un proceso que va a ir minando la resistencia del niño y afectando significativamente a todos los órdenes de su vida (académico, afectivo, emocional, familiar).

El Bullying se manifiesta por un comportamiento de persecución y hostigamiento continuado y persistente que se materializa en 8 tipos de conductas: 1. comportamiento de desprecio y ridiculización; 2. coacciones; restricción de la comunicación y ninguneo; 3. agresiones físicas; 4. comportamiento de intimidación y amenaza; 5. comportamientos de exclusión y de bloqueo social; 6. comportamientos de maltrato y hostigamiento verbal y robos; 7. extorsiones, chantajes; 8. deterioro de pertenencias.

El Bullying sigue habitualmente una secuencia típica de cinco fases: 1) incidentes críticos; 2) acoso y estigmatización del niño; 3) latencia y generación del daño psicológico; 4) manifestaciones somáticas y psicológicas graves, y 5) expulsión o autoexclusión de la víctima (Piñuel y Oñate 2006, Garaigodobil 2007).

En el fenómeno del Bullying se encuentran implicados según el rol tres sujetos, el agresor, la víctima y el observador. Mismos que juegan un papel preponderante en la presencia del fenómeno.

Tabla 1. Rol de participantes en Bullying y características.

Rol	Características que definen el rol.
Agresor	Es el sujeto ejecutor de la conducta violenta
Víctima	El sujeto receptor de la conducta violenta se denomina víctima: las víctimas se pueden clasificar en víctimas típicas o pasivas y víctimas activas o provocativas. Las activas se identifican por su fuerte temperamento, irritable, inquieto y conflictivo. Un caso típico de víctima provocativa suele ser el de los alumnos hiperactivos, que con sus reacciones incontroladas, impulsivas y conductas mal controladas pueden parecer agresores, pero realmente son víctimas que sufren las consecuencias de las respuestas de sus compañeros.
Observador	El sujeto pasivo que únicamente observa se denomina espectador o testigo.

El Bullying puede tomar varias formas:

- Maltrato físico,
- Abusos sexuales, intimidaciones y vejaciones.
- Maltrato verbal, desde poner mote, insultar, contestar con malos modos, hacer comentarios racistas, etc.
- Maltrato social, especialmente manifiesto en la propagación de rumores descalificadores y humillantes que pretenden la exclusión y aislamiento del grupo.
- Maltrato indirecto, cuando se induce a agredir a un tercero.
- Cyberbullying.
- Sexting.

### ***Bullying y su asociación con trastornos psiquiátricos***

Dada la naturaleza del Bullying puesto que conlleva en si agresividad, se ha podido ratificar que se asocia casi siempre a psicopatología, comúnmente en las víctimas se asocia más la presencia de ansiedad que en el resto de los grupos (Albores 2010, Arsenault 2006). La ramificación del Bullying es decir, el maltrato entre iguales, es un aspecto frecuente y perjudicial de las relaciones entre iguales. Albores y cols. (2011) al evaluar a escolares encontraron que los grupos de agresores y víctimas-agresores mostraron puntuaciones de psicopatología más elevadas en trastornos de ansiedad, somáticos, de atención deficiente (TDAH), oposicionismo y de conducta que los del grupo control. Los últimos tres integran la dimensión de los llamados trastornos externalizados, los cuales habitualmente se manifiestan por comportamientos agresivos. Ellis y Walsh (2000) al revisar 100 estudios, en 99 encontraron que se reportaba una relación positiva entre TDAH y varios comportamientos antisociales crímenes violentos y daños a propiedad, delincuencia y abuso de drogas.

La asociación entre TDAH y comportamiento criminal ha sido evaluada por Vreugdenhil y cols. quien encontró que el 8% de infractores juveniles fueron diagnosticados con TDAH mientras que en un estudio de adolescentes infractores encontró que el 10.6% de sujetos tiene este

diagnóstico (Reinhardt, 2007). Satterfield y cols. encontraron un aumento de riesgo de comportamiento criminal en la adultez en niños con TDAH tipo hiperactivo y comorbilidad de trastorno de la conducta.

La presencia de acoso escolar también es un indicador de disfunción familiar. Según Bauer, 97% de los casos de niños acosadores fueron víctimas de maltrato familiar y sus madres reportaron violencia de sus parejas hacia ellas hasta en 50% de los casos (Bauer y cols 2006). Además, varios estudios identifican el acoso como un factor de riesgo para el suicidio, en Estados Unidos se ha reportado como la tercera causa de suicidio entre jóvenes resultando 4400 muertes por año, la Center for Disease Control indica que por cada suicidio exitoso existen 4 intentos fallidos. Los suicidios se han asociado a cyberbullying o sexting, recientemente, investigaciones han llevado a mostrar que el acoso en Facebook y youtube son clave para la victimización (Murray y cols. 2012).

Datos prospectivos muestran que mujeres con TDAH fueron cinco veces más probables de tener criterios de depresión mayor comparado con mujeres control y también presentan mayor severidad, duración de la enfermedad y conductas suicidas cuando se compararon con mujeres con depresión mayor sin historia de TDAH (Biederman, 2008).

### ***Bullying y su asociación con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.***

Los niños y las niñas tienen diferentes patrones de agrupación y preferencias sociales. La relación entre pares en las niñas, se basan en patrones de redes sociales más estrechas, más íntimas que las relaciones de los niños (Maccoby, 1998. Crick, 1996).

Los niños tienen un comportamiento más evidente (romper reglas y conductas externalizadas) que las niñas y tienen más probabilidades de ser referidos a las clínicas especializadas para el tratamiento del trastorno. Por otro lado las niñas tienden a presentar con mayor frecuencia síntomas de falta de atención que de impulsividad. Es menos probable que padres y maestros envíen a atención médica a niñas con

inatención y ansiedad que a niños oposicionistas, impulsivos e hiperactivos en casa y escuela (Sassi, 2010).

Es más probable que los niños con TDAH experimenten sus síntomas de TDAH con agresividad entre sus pares en la escuela. Los niños con TDAH son estigmatizados por sus compañeros ya sea debido a su diagnóstico (cuando es conocido) así como por su conducta (Singh, 2011).

Aunque el impacto negativo del trastorno es equivalente en niños y en niñas, existen distinciones clínicas relevantes entre niños y niñas con TDAH respecto a diagnósticos comórbidos. Típicamente las niñas tienden a mostrar trastornos internalizados como depresión y ansiedad, así como agresión encubierta mientras que es más probable que los niños tengan trastorno oposicionista desafiante, trastornos de conducta, conductas disruptivas, impulsividad y agresión como diagnósticos comórbidos (Zalecki, 2004; Torunn, 2006).

Torunn y cols. (2006) encontraron que hay una varianza significativa entre niños y niñas que se hallan envueltos en el Bullying. Es más probable que las niñas sean envueltas como víctimas solamente y es menos probable que sean envueltas como agresoras o como víctimas-agresoras. En un estudio realizado por Zalecki (2004), se muestra que las niñas con TDAH tuvieron tasas más altas en relación con agresión que las niñas sin TDAH.

Es interesante saber que tanto ser acosador (bully) o víctima está relacionado con TDAH. Los niños con TDAH tienen pobre regulación emocional y pobre capacidad de resolución de problemas. Síntomas de TDAH que están implicados en volverse acosador (bully) incluyen especialmente comportamiento impulsivo, falta de control, empatía reducida y reacciones de agresividad frecuentemente debidas a la frustración experimentada en la escuela, este tipo de conducta es mas tolerado en hombres que en mujeres (Young 2004). La falta de control, dirige hacia altos niveles de agresión física, peleas y exclusión por pares. El enojo producido por el rechazo produce nuevas reacciones agresivas que refuerzan el proceso de exclusión. En muchos casos es probable que la baja autoestima y el ser víctima se ligen en un círculo vicioso y la

autopercepción negativa existe antes de que el niño se vuelva víctima de acoso.

Baccini y cols (2008), al estudiar el temperamento, TDAH, relación entre pares y Bullying, muestran que existe una fuerte continuidad entre las experiencias de niños en diferentes ambientes y dominios (comportamiento en casa, dificultades del aprendizaje y relaciones escolares con pares).

Los estudios que tienen en cuenta las diferencias de género han mostrado que el TDAH se asocia a amistades débiles y deterioro social en ambos sexos (Greene y cols., 2001). También se ha encontrado asociación entre TDAH, Bullying y preferencias sociales. Las preferencias sociales pueden ser consideradas como referencia básica del éxito de adaptación en niños para el desarrollo de tareas.

Niños con TDAH experimentan deterioro importante en múltiples dominios, incluyendo función social, estas dificultades sociales experimentadas por niños con TDAH están ampliamente incluidas en rechazo o abandono por parte de pares, pobre estabilidad amistosa y agresión.

Los agresores y las víctimas tienen dificultades en la regulación de sus emociones y esto los dirige a expresar su afecto negativo como enojo, ansiedad y tristeza.

Uno de los principales riesgos asociados con rechazo entre pares es que puede conducir a los agresores a asociarse con niños que compartan características personales y estatus socioeconómico similar. Aunque el rechazo y ser víctima están fuertemente correlacionados, no son el mismo constructo. El rechazo se refiere a no ser querido o rechazados por sus pares. (Boivin y Hymel, 1997). Los estudios sugieren que solo un tercio de los niños que son víctimas de bullying también sufren exclusión social (Boivin y Begin, 1989).

Así mismo Baccini y cols. (2008) proponen que el ser víctima de bullying con rechazo social posiblemente envuelve tanto características personales de la víctima (ej. habilidades sociales reducidas para destruir el rechazo) y dinámicas de grupo: algunas veces, los miembros de un grupo pueden rechazar a las víctimas porque tienen miedo de que los

asocien con ellos y volverse víctimas de el mismo tipo de humillación (Olwes, 1993).

Otro punto que merece discusión es el rol de género. Se ha encontrado que en los hombres los síntomas de TDAH son buenos predictores de agresión en Bullying mientras que en niñas predicen la victimización.

Existe la teoría de que dos mecanismos específicos ligan al TDAH con victimización en niñas. Primero, problemas internalizados en gente joven con TDAH puede ser más frecuente en niñas que en niños (Gershon, 2002) y esto puede incrementar el riesgo de que ellas se vuelvan víctimas (Egan y Perry, 2001). El segundo mecanismo depende de las creencias culturales concernientes a la aceptabilidad social de comportamientos agresivos en niños y niñas (Bacchini, 2008). Puede haber desvío en el comportamiento de niñas con TDAH debido a los comportamientos propios del TDAH (por ejemplo hiperactividad) pueden ser más notorios y menos aceptados en compañeras femeninas, y esto puede ser menos aceptable socialmente que cuando los niños están envueltos del mismo comportamiento. Las niñas agresivas son probablemente más rechazadas que los niños (Lloyd 2010). Además son más tolerados los síntomas de TDAH en niños que en niñas.

Como la relación entre pares de niñas envuelve grandes niveles de apego entre pares, la disrupción de las relaciones entre pares puede ser particularmente difícil para las niñas. Puede ser que el deterioro en las relaciones en las niñas pueda tener mayor impacto en el deterioro del desarrollo de las niñas.

Wiener y Mak encontraron que niños con TDAH son más propensos que los niños sin TDAH a involucrarse en bullying; sin embargo niñas con TDAH no son envueltas en bullying más que niñas sin TDAH. También que niños con TDAH tienen altas tasas de autoreporte de victimización (verbal, física, relacional, combinada) más que niños sin TDAH y niñas con TDAH reportan particularmente altas tasas de victimización aunque el tipo de victimización experimentado no es reportado (Albores, 2007; Weiner, 2009; Sciberras, 2012; Singh, 2012). Las niñas adolescentes experimentan tasas altas de victimización pública y relacional y son rechazadas por sus pares (Rutter, 2008). Es más probable que las niñas sean envueltas en rumores, comentarios sexuales y exclusión social. El

bullying psicológico es mayor entre mujeres (Oliver & Candappa, 2003, Singh 2012).

Las chicas con TDAH tienden a tener relaciones de amistad menos estables que sus pares. Estudios longitudinales han reportado que tener pocos amigos es predictivo de victimización entre pares.

Las mujeres adolescentes con TDAH tienen mayores tasas de Bullying relacional que aquellas sin TDAH. Los hallazgos de que mujeres adolescentes con TDAH son envueltas en mayores tasas de comportamiento de Bullying que mujeres adolescentes sin TDAH es consistente con el cuerpo emergente de la investigación documentada de que niños con TDAH son envueltos en mayores tasas de comportamiento de Bullying que sus pares e investigaciones reportan que niñas más jóvenes con TDAH son más agresivas que sus pares como lo son las mujeres adolescentes con TDAH. La agresividad de las niñas declina con la edad.

### ***La violencia en las aulas.***

Aspectos relevantes del sujeto agresivo *versus* el sujeto víctima

El Bullying toma lugar en la escuela antes que en el vecindario. Generalmente esos niños o grupo de niños realizan sus acciones siguiendo a un líder.

Es probable que los agresores estén envueltos en peleas. Ellos usualmente tienen la etiqueta de niños malos, frecuentemente roban, realizan actos vandálicos, beben alcohol y fuman. Frecuentemente tienen mal desempeño académico y la sensación de que el clima escolar es negativo, ellos son aptos para llevar un arma para ganar respeto asustando gente (Cunningham, Henggeler, Limber, Melton, & Nation, 2000). Ellos exhiben actitudes positivas hacia la violencia (Murray 2012).

Las personas más proclives a la violencia, además de ser más irritables y <rumiar> más sus pensamientos, son también más proclives a atribuir al exterior la responsabilidad de los eventos en los cuales se hallan implicados, más preocupados por defender la propia reputación y el propio honor, relativamente indiferentes respecto a las necesidades y

derechos de los más desfavorecidos, genéricamente hostiles a las instituciones y a sus representantes. Mientras que las personas que han sufrido maltrato con cierta frecuencia, pueden actuar en dos sentidos: o bien reaccionar con un alta tasa de violencia, o por el contrario una gran sumisión, son más depresivas y muestran elevados índices de ansiedad. Llegan a dudar de su propia valía y estima, con cierta frecuencia son dadas a atribuirse una total responsabilidad de su situación y, en ocasiones, a su mala suerte.

Estudios realizados por Cerezo (2010), precisan aspectos del perfil asociado a los agresores, como de tipo físico como el ser varón (en una proporción de 3:1), poseer una condición física fuerte. Presentan aspectos relativos a su autovaloración relevantes: se consideran líderes y sinceros, muestran una alta autoestima, considerable asertividad, rayando en ocasiones con la provocación. Presentan una acusada predisposición a culpar a los demás o a ofrecer razonamientos verosímiles de su propio comportamiento conflictivo. A esto hay que añadir irritabilidad persistente (Garaigodobil, 2010).

Existen variables asociadas a los comportamientos que comparan la agresión/victimización:

**Tabla 2. Variables asociadas a comportamientos de agresión y victimización**

Agresión	Victimización
<b>Personales</b> -Biológicos Fortaleza -Personalidad: Tendencia a crueldad Expansivo e impulsivo Labilidad emocional -Conducta social: Liderazgo Escasa empatía. Rechazo	<b>Personales</b> -Biológicos Handicap. -Personalidad: Debilidad Retraimiento Ansiedad -Conducta social: Ambiente amenazante Escasas habilidades sociales Aislamiento

<p><b>Ambientales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Escolares:</li> <li>  Algunas relaciones</li> <li>  Ascendencia social</li> <li>  Actitud negativa.</li> <li>-Familiares:</li> <li>  Actitud negativa</li> <li>  Nivel de conflicto</li> <li>  Escaso afecto-apego</li> <li>  Modelos violentos.</li> <li>-Medios de comunicación</li> <li>  Identificación modelo</li> <li>  Intencionalidad</li> </ul>	<p><b>Ambientales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Escolares:</li> <li>  Escasas relaciones</li> <li>  Desamparo</li> <li>  Actitud pasiva.</li> <li>-Familiares:</li> <li>  Alto control</li> <li>  Sobreprotección</li> <li>  Tolerancia</li> <li>  Modelos violentos.</li> <li>-Escasa cobertura legal</li> <li>  Indefensión</li> </ul>
---	---

Los trabajos de Serrano e Iborra (2006), sobre los efectos del Bullying en escolares de España, a través de entrevistas a los alumnos que declaran sufrir Bullying en escuelas, concluyen que los efectos de la victimización son muy diversos; así, la violencia escolar en general para el 32.8% de los jóvenes víctimas no tienen efectos negativos, y el 5 % confiesan que no les afecta de ninguna manera. Pero hay que destacar que para el 65.6%, las consecuencias más frecuentes a corto plazo se manifiestan en sentimientos como nerviosismo (35.3%), tristeza (26.7%), y soledad (18.1%); además suelen presentar alteraciones en el sueño y reducción del rendimiento escolar (Fuensanta 2012).

Craig y cols. (2009), midieron la prevalencia del Bullying en 40 países con muestras nacionales representativas, e informaron que ésta fue de 8.6 a 45.2% en varones y 4.8 a 35.8% en mujeres.

En México Albores y cols. (2011), realizaron un estudio de acoso escolar y su asociación con trastornos psiquiátricos en una muestra de 1092 escolares de 2º. a 6º. de primaria (media de edad de 9.6 años). En este estudio encontraron que 23.9% estuvieron implicados en el fenómeno de acoso escolar clasificados de la siguiente manera; víctimas 8.97%, agresores 12.27%, víctimas-agresores 2.7% y controles 76%. Las categorías de acoso fueron: neutro 51.4%, víctima 16.7%, agresor 26.1% y víctima-agresor 5.5%. Las niñas implicadas en el acoso representaron sólo 13.1%, concentrándose la mayoría en el grupo de víctimas. Así mismo se encontró que existe asociación con mayores niveles de

psicopatología en los grupos de víctima/agresor y el agresor, y que tuvieron puntajes más altos que el grupo control en las escalas de conducta, oposicionismo y trastorno por déficit de la atención (TDAH).

## JUSTIFICACIÓN

Debido al creciente desarrollo del Bullying, tanto las instancias de Salud Pública como las gubernamentales, han puesto énfasis en la promoción de identificación y prevención de violencia en las aulas con el fin de evitar repercusiones que pudieran estar agravando el desempeño en la escuela y a nivel social de los escolares, y es así mismo importante señalar que el hecho de ser víctima de cualquier tipo de violencia vuelve al escolar vulnerable a tener algún tipo de trastorno psiquiátrico, es también probable que el hecho de cursar con algún trastorno psiquiátrico hace más vulnerable al escolar.

El 24 de noviembre de 2011 en México se llevó a cabo una reforma del artículo 63 de la Ley de salud del Distrito Federal en su fracción III en la que se asienta que El Gobierno, en coordinación con las autoridades competentes, fomentará y apoyará:

“La creación de programas de atención médica a la salud mental, incluyendo, entre otros, programas especializados de **apoyo psicológico para víctimas de violencia intrafamiliar y abuso infantil, de prevención de los problemas de salud pública relacionados con el acoso laboral y la violencia e intimidación en el ámbito escolar** que incorpore la atención correspondiente a la víctima, agresor y observadores,”

Con este trabajo de investigación se pretende realizar un tamizaje de TDAH y así mismo se busca observar si existe asociación clara entre el fenómeno de bullying en los escolares de 4to., 5to y 6to de primaria para así poder llevar a cabo de manera oportuna intervenciones que identifiquen el Bullying y disminuyan la práctica del mismo por aquellos que cumplan con características que los hagan propensos para ser víctimas, agresores o víctimas-agresores.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Existe asociación entre el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y Bullying en escolares de 4to.5to y 6to de primaria?

## **OBJETIVOS**

### **→ Objetivo General**

Determinar la asociación entre el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y Bullying en escolares de 4to.5to y 6to de primaria.

### **→ Objetivos Específicos**

- Realizar tamizaje de TDAH en una población escolar de 4to. 5to. y 6to. grados de primaria.
- Observar la presencia de Bullying en sujetos de 4to. 5to. y 6to. de primaria y clasificar por roles su participación como víctima, agresor o víctima agresor.
- Observar si hay una asociación entre el sexo y el rol en el Bullying.

## DEFINICIÓN DE VARIABLES

### Definiciones operacionales

Escolar con TDAH es todo aquel que muestra conductas que cumplen con 6 o más ítems de Inatención, Hiperactividad/Impulsividad o combinados según la los criterios del DSM-IV TR.

Agresor es todo escolar que fue identificado por sus pares por mostrar conductas agresivas hacia otros.

Víctima es todo escolar que fue identificado por sus pares por ser receptor de agresión.

Agresor-Víctima es todo escolar que fue identificado por sus pares por ser emisores o receptores de agresión.

**Tabla 3. Variables y tipo de variables**

Variable	Tipo Variable
Escolar sin TDAH Escolar con TDAH	Categórica
Agresor Víctima, Agresor-victima	Categórica

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

DISEÑO: Estudio transversal, descriptivo.

### **POBLACIÓN:**

#### **Estudiantes**

La población total de estudiantes participantes fue de 318, de ellos 268 contestaron el cuestionario de Bullying, sin embargo, en el análisis estadístico sólo se consideraron a 214 (45.33% hombres, 54.67% mujeres) quienes respondieron adecuadamente a las escalas.

Las edades de los participantes fueron de entre 9 y 13 años.

#### **Padres**

Se entregaron cuestionarios a 225 padres, sin embargo, al final sólo se consideró para el análisis a 214, debido a que, por errores en el llenado, se tuvieron que eliminar algunos cuestionarios.

Se incluyó a todos los escolares que sabían leer y escribir y que no cursaban con alguna condición médica que limitara su posibilidad de entender y contestar la escala VEA.

Así mismo se incluyó a todos los padres de los escolares que sabían leer y escribir y que no contaban con una condición médica que les impidiera comprender adecuadamente las preguntas de la prueba de tamizaje CEAL y que aceptaron realizar la evaluación.

## **INSTRUMENTOS**

**PROCEDIMIENTO:** La investigación se llevó a cabo en la última semana de Febrero y la primera de Marzo del año 2013 durante el curso escolar 2012-2013.

Para tener acceso a la muestra de estudio se habló con las autoridades del plantel seleccionado y se les le solicitó ingresar a las aulas de los grupos de 4to. 5to y 6to. de primaria para aplicar las escalas tanto a los alumnos como a sus padres. El consentimiento informado por parte de los padres se obtuvo en el cuestionario CEAL-TDAH en donde se encontraba anexo en la parte superior del cuestionario.

Se explicó a los maestros y a los alumnos cómo es que se contesta la escala VEA para detección de “Bullying” y se les contestaron dudas. Posteriormente se procedió a leer una por una las preguntas de la escala. Durante una junta con los padres, se les explicó el motivo de la investigación y se les realizó la invitación a participar en el estudio de tamizaje. Se les resolvieron dudas y algunos padres accedieron a firmar el consentimiento informado y contestar las respuestas.

Una vez obtenidos todos los cuestionarios se integró la base de datos y por medio de análisis estadísticos de frecuencias, porcentajes y pruebas de asociación se analizaron los resultados del CEAL-TDAH y la Escala VEA para observar si existía asociación entre la presencia de TDAH y propensión a ser víctimas, agresores o víctimas-agresores.

**INSTRUMENTOS:** El CEAL-TDAH es un instrumento autoaplicable para padres y que cuenta con opciones de respuesta tipo likert y evalúa los factores de Hiperactividad/Impulsividad, Inatención y Tempo cognitivo lento. Se compone de 28 reactivos que se califican de acuerdo con la frecuencia con que los padres observan la conducta citada en sus hijos, con puntajes que van de 0 a 3, el puntaje total que se puede obtener va de 0 a 84 puntos. El alfa de Cronbach del CEAL-TDAH fue de 0.96 (Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, 2007). Para fines del estudio no fue incluido el ítem que evalúa Tempo cognitivo lento porque solo se buscó relacionar síntomas de Inatención e Hiperactividad/Impulsividad que son los establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM IV.

Escala V.E.A. para la valoración escolar del acoso “Bullying” en niños. Es un instrumento que se fundamenta la técnica peer nomination (nominación de pares). Analiza la estructura interna del salón de clases definida bajo los criterios siguientes: Aceptación-rechazo, agresividad-victimización y la apreciación de determinadas características personales como ser emisores o receptores de agresión física y verbal directa o verbal indirecta que se pueden asociar a los alumnos implicados. Este es contestado por alumnos y maestros. La escala para alumnos consta de 13 preguntas y para maestros consta de 12. En las que se identifica al Líder positivo, Alumno rechazado, Líder neutro, Líder negativo. Tiene un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.89 para los 13 ítems. En este estudio los ítems 1, 2, 3, 4, 6, 10,11, 12 y 13 no fueron tomados en cuenta puesto que los ítems que identifican al niño como agresor, víctima o agresor-víctima solo son los ítems 5, 7, 8 y 9,

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Para dar respuesta a los objetivos, con respecto al tamizaje de TDAH se incluyeron a todos los niños que cumplieron con los ítems necesarios según el DSM-IV TR (6 criterios o más para TDAH inatento y 6 criterios o más para TDAH hiperactivo). Con relación al Bullying, se consideró a todos los niños que fueron nombrados al menos una vez como víctimas, agresores o víctimas agresores, así como los observadores solamente. Se realizaron análisis de asociación con todos aquellos que cumplieron criterios para TDAH y aquellos que tuvieron participación en Bullying.

CONSIDERACIONES ÉTICAS: El estudio fue adaptado de acuerdo a los principios científicos y éticos para la investigación en seres humanos de la Declaración de Helsinki.

Tanto a los sujetos como a sus padres se les informó de manera verbal acerca de las evaluaciones a realizar y se solicitó el asentimiento de los niños y de sus padres de forma escrita para su participación en el estudio, guardando su confidencialidad y aprobación para reportar los resultados. Al tener los resultados de la evaluación del Bullying se informó a la directora del plantel acerca de los mismos. Así también se les informó de manera directa a los padres de los alumnos que cumplen con criterios para algún subtipo de TDAH y se les dio información acerca del

padecimiento y hoja de referencia para acudir a evaluación clínica y atención.



## RESULTADOS

Descripción de datos sociodemográficos

Estudiantes

Participaron en el estudio 214 estudiantes (45.32% hombres y 54.68% mujeres; rango de edad entre 9 y 13 años).

Padres

Contestaron los cuestionarios 214 padres.

A continuación se presentan los resultados para cada uno de los objetivos planteados.

**Tabla 4. Tamizaje de TDAH**

N= 214

Participantes	Todos	Niños	Niñas
Sí	9.34%(N=20)	5.14% (N=11)	4.20% (N=9)
No	90.66%(N=194)	40.18%(N=86)	50.48%(N=108)
Total	100% (N=214)	45.32%(N=97)	54.68%(N=117)

Para cumplir con el objetivo de tamizaje de TDAH se determinaron frecuencias y porcentajes y se encontró que 9.34% (N=20) de los niños cumplieron con criterios para trastorno por déficit de atención e hiperactividad siendo 5.14% (N=11) niños y 4.20% (N=9) niñas.

**Tabla 5. Subtipos de TDAH**

N= 20

TDAH	Todos	Niños	Niñas
Hiperactivo- Impulsivo	15% (N=3)	5% (N=1)	10% (N= 2)
Inatento	40% (N=8)	20% (N=4)	20% (N=4)
Combinado	45% (N=9)	30% (N= 6)	15% (N=3)
Total	100%	55%	45%

De los 20 niños que cumplieron con criterios para Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad 15% (N= 3, un hombre y dos mujeres) fueron de tipo Hiperactivo/Impulsivo, 40% (N=8, cuatro hombres y cuatro mujeres) fueron de tipo Inatento y 45% (N=9, seis hombres y tres mujeres) de tipo combinado.

**Tabla 6. Clasificación por tipo de rol en Bullying**

N= 214

Sujeto	Todos	Niños	Niñas
Víctima	2.8%	0.94%	1.87%
Agresor	5.14%	1.40%	3.74%
Víctima- agresor	79.44%	37.85%	41.59%
Observador	12.62%	5.14%	7.47%
Total	100%	45.33%	54.67

Para dar respuesta al objetivo de observar la presencia de Bullying en los participantes y clasificarlos por los roles de: víctima, agresor o víctima agresor, se calcularon frecuencias y porcentajes. Los resultados

indicaron que de los 214 sujetos evaluados 87.38% (N= 187) fueron identificados por sus pares como participantes en el Bullying por lo menos en una ocasión de alguna de las tres formas, 12.62% (N=27) fueron identificados como observadores solamente. 79.44% (N= 170) fueron identificados con el rol de víctima-agresor, 5.14% (N= 11) como agresor solamente y 2.8% (N=6) como víctima solamente. Con respecto al sexo 88.66% (N=86) del total de los niños y el 86.32% (N=101) del total de las niñas se encontraron como participantes en alguna de las tres formas de Bullying.

**Tabla 7. Promedio de menciones por ítem específico en cada rol de participación en el Bullying en niños con TDAH y sin TDAH.**

	Con TDAH		Sin TDAH	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Víctima	10.9	9	5.48	3.52
Agresor	16	5.66	6.47	3.82
Víctima-Agresor	8	3.22	3.83	1.43

Con respecto a la frecuencia máxima con la que los niños sin TDAH fueron identificados por sus pares en los ítems específicos para cada rol en la participación en Bullying, se encontró en las víctimas 37 menciones máximo, siendo mayor en promedio para hombres que para mujeres (hombres 5.48, mujeres 3.52), para los agresores un máximo de 42 menciones, siendo mayor en promedio para hombres que para mujeres (hombres 6.47, mujeres 3.82), para víctima-agresor un máximo de 34 menciones, siendo mayor en promedio para hombres que para mujeres (hombres 3.83, mujeres 1.43).

La frecuencia máxima de menciones en los niños con TDAH fue para las víctimas (41 menciones), siendo mayor en promedio para hombres que para mujeres (hombres 10.9, mujeres 9), para los agresores 46 menciones, siendo casi 3 veces mayor en promedio para hombres que para mujeres (hombres 16, mujeres 5.66), para víctima-agresor 24

menciones, siendo más de dos veces mayor en promedio para hombres que para mujeres (hombres 8, mujeres 3.22)<sup>1</sup>.

Cabe mencionar que las frecuencias más altas de mención con respecto a la agresión de tipo verbal y física fueron para los niños siendo las máximas de 19 y 17 menciones respectivamente. También se encontró que las niñas agreden con mayor frecuencia de manera indirecta esparciendo chismes, contando mentiras de otros compañeros, el mayor número de menciones fue de 19.

**Tabla 8. Asociación entre ser víctima y sexo**

N= 214

Sujeto	Niños	Niñas	Xi2	P
Víctima	2	4	0.358	0.549
Los demás	95	113		

Se encontró que del total de la muestra, 6 estudiantes fueron identificados como víctimas. De ellos, como se observa en la tabla, el doble son mujeres; sin embargo, las diferencias entre los sexos no son significativas.

**Tabla 9. Asociación entre ser agresor y sexo**

N= 214

Sujeto	Niños	Niñas	Xi2	P
Agresor*	3	8	1.525	0.216
Los demás	94	109		
*Incluye agresión física, verbal, psicológica y virtual				

<sup>1</sup> Los números entre paréntesis hacen referencia al promedio de veces en que fueron mencionados niños o niñas.

Se encontró que del total de la muestra, 11 estudiantes fueron identificados como agresores. De ellos, como se observa en la tabla, poco más del doble son mujeres; sin embargo, las diferencias entre los sexos no son significativas.

**Tabla 10. Diferencias entre sexos en agresión por internet**

AGRESORES POR INTERNET (Ciberbullying)		
N= 214		
	Contestaron	
	SI	NO
Con TDAH	9	11
Sin TDAH	71	123

Se encontró que 37.4% de los sujetos encuestados si contestaron el ítem que habla de ciberbullying. De estos tanto hombres como mujeres tienden a utilizar internet como medio de agresión. Los sujetos con TDAH tuvieron promedios más altos en la frecuencia de nominación por sus pares en el uso de internet para agredir en comparación con los que no tienen TDAH y con respecto al sexo se encontró que los hombres tienen promedios más altos que las mujeres tanto en los niños que tienen TDAH como en los que no lo tienen.

**Tabla 11. Número de menciones máximas de niños y niñas implicados en Bullying de acuerdo al rol.**

	Menciones					
	Víctima		Agresor		Víctima/ Agresor	
	Mín	Máx	Mín	Máx	Mín	Máx
<b>Hombre</b>	1	1	1	3	1	36
<b>Mujer</b>	1	1	1	4	1	41

Se incluye sólo a quienes fueron mencionados exclusivamente en cada uno de los roles

Para todos los sujetos la mención mínima exclusiva como participantes en cualquier rol fue de uno. El número máximo de mención para los sujetos nombrados exclusivamente como agresores fue; para los hombres fue 3 y mujeres 4. El número máximo de mención para los sujetos nombrados exclusivamente como víctimas fue; para los hombres fue 1 y para las mujeres 1. El número máximo de mención para los sujetos nombrados exclusivamente como víctimas-agresores fue; para los hombres fue 36 y para las mujeres fue 41. Lo anterior puede explicarse debido a que con una ocasión que fueran mencionados como participantes en dos tipos de rol, automáticamente se convertían como Víctimas-Agresores, por tal motivo en este rol se encuentran implicados la mayoría de los sujetos.

**Tabla 12. Asociación entre ser víctima-agresor y sexo**

N= 214

Sujeto	Niños	Niñas	Xi2	P
Víctima-Agresor	81	89	1.796	0.18
Los demás	16	28		

Se encontró que del total de la muestra, 170 estudiantes fueron identificados como víctima-agresor. Como se observa en la tabla, la cantidad de niños y niñas es casi similar; por lo que las diferencias entre los sexos no son significativas.

**Tabla 11. Asociación entre ser observador y sexo**

N= 214

Sujeto	Niños	Niñas	Xi2	P
Observador	11	16	0.262	0.608
Los demás	86	101		

Se encontró que del total de la muestra, 27 estudiantes fueron identificados como observadores. De ellos, como se observa en la tabla, menos del doble son mujeres; sin embargo, las diferencias entre los sexos no son significativas.

**Tabla 12. Asociación entre TDAH y rol en el Bullying**

**N= 214**

	VICTIMA	AGRESOR	VICTIMA AGRESOR	OBSERVADOR	TOTAL
Sin TDAH	5	11	151	27	194
Con TDAH	1	0	19	0	20
Total	6	11	161	27	214

El 86.08% de los niños que no cursaron con TDAH se encontraron como participantes en Bullying mientras que el 100% de los niños con TDAH fueron inmersos de alguna manera en este. De los 20 niños identificados con síntomas de TDAH se encontró que su participación en el Bullying fue de la siguiente manera: 8 de los niños con TDAH tipo combinado tuvieron el rol de víctima-agresor y uno tuvo el rol de víctima, 8 niños con TDAH tipo inatento tuvieron el rol de víctima-agresor, 3 de los niños con TDAH Hiperactivo impulsivo tuvieron el rol de víctima agresor.

En la tabla anterior se buscaba realizar comparación entre los niños con TDAH y los niños sin TDAH y su rol en el Bullying, pero no se pudo realizar una asociación debido al tamaño de la muestra (hay celdas vacías) y a que no hubo niños con TDAH tanto en el rol de agresor como en el de observador.

## DISCUSIÓN

Actualmente se ha estado poniendo especial interés a las diversas formas de violencia que existen a través de las distintas etapas de la vida tanto en México como en el mundo. Existen trastornos psiquiátricos asociados con este tipo de comportamiento dado que existen algunos que específicamente presentan conductas externalizadas que afectan la socialización del niño, como lo es en el caso del TDAH.

Este estudio tuvo como propósito evaluar la relación existente entre la presencia de TDAH y su relación con la participación en el Bullying en sus diferentes formas ya sea como víctima, agresor o víctima-agresor en escolares de primaria. Se encontró que 9.34% de los escolares cursaron con síntomas de TDAH de los cuales la mayoría fueron hombres. En la literatura mundial se ha encontrado que el TDAH afecta del 3 al 5% de los escolares. En un metaanálisis se reportó una prevalencia mundial de 5.29% (Polanczyk y cols. 2007) misma que puede variar entre regiones del 2.2% al 17.8%. (Holmberg, 2008). Se han encontrado variaciones en la prevalencia entre 2 y 18% (Kessler, 2006. Arnold, 1999. Torunn, 2006, Skounti, 2007).

Con respecto al Bullying 87.38% de los escolares fueron implicados por menos una vez en esta conducta al menos en una de sus tres formas: 79.44% (N= 170) fueron identificados con el rol de víctima-agresor, 5.14% (N= 11) como agresor solamente y 2.8% (N=6) como víctima solamente. 12.62% (N=27) fueron identificados como observadores solamente. En un estudio realizado en México por Albores y cols. con 1092 estudiantes, se encontró que 23.9% de los encuestados colaboró de alguna manera en Bullying siendo: víctimas 8.97%, agresores 12.27%, víctimas-agresores 2.7% y controles 76%.

Al comparar los datos de esta tesis con los de Albores y cols., se encuentran grandes diferencias, principalmente al ser identificados como víctima-agresor (2.7% vs 79.44%). Esto puede explicarse porque en este estudio al calificar la escala de Bullying se incluyeron como participantes del Bullying a los 187 (87.38%) escolares que habían sido mencionados al menos alguna vez en las tres formas siendo que en estudios realizados por Albores y cols. se utilizaron frecuencias y

porcentajes para hacer distinción entre los tipos, lo cual resulta en metodologías de medición diferentes.

En un estudio de Craig y cols, (2009), se midió la prevalencia del acoso escolar en 40 países con muestras nacionales representativas, e informaron que ésta varió de 8.6 a 45.2% en varones y 4.8 a 35.8% en mujeres.

Al asociar los tipos de participación en Bullying y el sexo, no se encontraron diferencias significativas probablemente por la manera en cómo fue calificada la escala de Bullying y por el hecho de haber identificado como parte del Bullying a todo aquel que fue nombrado al menos en una ocasión.

Al asociar la presencia de TDAH y Bullying en los escolares no se encontraron diferencias significativas con respecto a aquellos que no tenían TDAH y cursaban con Bullying, esto puede explicarse debido a que la muestra de este estudio fue pequeña como para observar dicha diferencia entre niños y niñas. Al comparar las frecuencias más altas de menciones se encontró que los niños con TDAH son mencionados mayor cantidad de veces en comparación con niños sin TDAH, es decir que sus pares los identifican con mayor frecuencia dentro de la práctica de Bullying. En este sentido, Wiener y Mak encontraron que niños con TDAH son más propensos que los niños sin TDAH a involucrarse en Bullying; las niñas con TDAH no son envueltas en Bullying más que niñas sin TDAH; sin embargo, en este estudio no se pudo hacer comparación entre niñas debido al tamaño de la muestra.

Se encontró también que los hombres tienden a presentar con mayor frecuencia agresión de tipo física y verbal que las mujeres, por otro lado, las mujeres tienden a presentar otras manifestaciones de Bullying como lo es la forma verbal y esparcir chismes.

## CONCLUSIONES

El primer propósito de este estudio fue observar la asociación existente entre los subtipos de TDAH y su asociación con las diferentes formas de participación en Bullying pero, dado que el tamaño de la muestra no fue suficiente, por lo tanto se decidió solamente observar la asociación entre TDAH y Bullying.

No se encontró asociación específica entre tener TDAH y participar en algún rol en el Bullying. La presencia de TDAH se encontró más en niños que en niñas. La participación en Bullying se encontró principalmente en varones que en mujeres aunque los resultados no fueron significativos.

Los varones se encuentran implicados primordialmente en violencia directa (física y verbal) mientras que las niñas presentan mayor frecuencia de violencia indirecta (esparcir chismes, hablar mal de alguien).

El Bullying requiere mucha atención ya que es un problema que debe ser estudiado desde los primeros indicios y desde etapas tempranas de la vida ya que estudios acerca de este fenómeno afirman que existen gran cantidad de causas que condicionan que los sujetos estén inmersos en este tipo de violencia y que requiere atención por su asociación con Trastornos externalizados, ansiedad, depresión, uso y abuso de sustancias, abandono escolar, violencia intrafamiliar, embarazo adolescente, conducta delictiva, portación de armas en la niñez

Con la información encontrada en esta investigación, se pretende que exista interés para realizar estudios más grandes en los que se pueda observar de manera más amplia el fenómeno de Bullying, sus diferentes tipos de participación y los trastornos psiquiátricos asociados, así como la realización de programas que impacten de manera más profunda en la prevención de los efectos negativos de este tipo de violencia que en algún momento ha sido visto como algo normal en la interacción entre escolares.

## ALCANCES Y LIMITACIONES

Este es uno de los pocos estudios que existen en México acerca del TDAH y el Bullying, a pesar de que el objetivo inicial del estudio era observar la asociación entre los tipos de TDAH y su asociación con Bullying, este no se realizó dado que la muestra no fue suficientemente grande ni representativa como para hacer distinción entre los subtipos de TDAH y su asociación con Bullying ni observar diferencias entre niños y niñas.

Por otro lado, el instrumento de tamizaje de Bullying utilizado en este estudio no es lo suficientemente específico como para determinar de una manera más exacta cuál era la principal participación en el Bullying de cada uno de los sujetos involucrados, ya que con una sola vez que fueran nominados como víctimas y/o acosadores, los niños estaban envueltos en ambas situaciones.

Otro elemento a considerar, es que no todos los niños de todos los grados, ni todos los padres contestaron adecuadamente las escalas; por lo que sería interesante observar el comportamiento de los grupos completos o de al menos la mayoría ya que solo 67.29% (dos tercios) de los alumnos de todos los grupos las contestaron adecuadamente. También sería interesante saber la percepción del maestro con respecto al comportamiento del alumno y la observación de los síntomas de TDAH con el fin de hacer comparaciones acerca de la percepción tanto de padres como maestros y alumnos pero esto se vuelve difícil ya que cada maestro debería contestar una encuesta individual por niño para identificar TDAH ya esto depende del tiempo y disponibilidad del mismo.

## BIBLIOGRAFIA

1. Holmberg K.Hjern A. Bullying and attention deficit hyperactivity disorder in 10 year old in a swedish community. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2008, 50: 134-138
2. Barragán PE, de la Peña OF, Ortiz LS, Ruiz GM, Hernández AJ, Palacios CL, Suárez RA. Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Bol Med Hosp Infant Mex* Vol. 64, septiembre-octubre 2007 ¿ASI SE CITA?
3. Biederman J, Spencer TJ, Newcorn JH, Gao H, Milton DR, Feldman PD, et al. Effect of comorbid symptoms of oppositional defiant disorder on responses to atomoxetine in children with ADHD: a meta-analysis of controlled clinical trial. *Psychopharmacology (Berl)*. 2007; 190: 31-41.
4. Spencer T. ADHD and comorbidity in childhood. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67 (Suppl 8): 27-31.
5. Montiel N, Peña L. Estimaciones de la prevalencia del trastorno por déficit de atención hiperactividad en niños marabinos. *Rev Neurol*. 2002; 35: 1019-24.
6. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition Text Revision. American Psychiatric Association. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. 2000
7. Garaigodobil, Oñeda. La violencia entre iguales, Revisión teórica y estrategias de intervención. Ediciones Piramide 2010.
8. WHO Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996. (document inédito WHO/EHA/SPI.POA.2)
9. Albores-Gallo L, Saucedo-García JM, Ruiz-Velasco S, Roque-Santiago E. El acoso escolar (bullying) y su asociación con trastornos psiquiátricos en una muestra de escolares en México. *Salud Publica Mex* 2011; 53:220-227.
10. Kumpulainen K, Rasänen E., Henttonen I, Almqvist F, Kresanov K, Linna SL, Moilanen I, Piha J, Puura K, Tamminen T. (1998) Bullying and psychiatric symptoms among elementary school-age children. *Child Abuse Negl* 22: 705–717.
11. Kimberly Twyman and Michelle Macias Adding insult to injury: Bullying Experiences of Youth with attention deficit hyperactivity disorder. Lloyd A. Taylor and Conway Saylor Department of Psychology, Department of Pediatrics, Medical University of South Carolina, Charleston, SCChildren's Health Care, 39:59–72, 2010

12. Fuensanta Cerezo. La violencia en las aulas. Edit. Piramide 2012.
  
13. Gaceta Oficial del Distrito Federal decima Séptima época. 24 de noviembre de 2011 no. 1231
  
14. Ulloa R. De la Peña F. Palacios L. Ortiz S. Palacio J. Grevet E. Resendiz J. y cols. Comité Internacional para el Desarrollo y Estudio del Cuestionario para Escolares y Adolescentes Latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (CEAL-TDAH) Cuestionario para Escolares y Adolescentes Latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (CEAL-TDAH). Construcción, descripción del instrumento y datos sociodemográficos y clínicos de la muestra. *Salud Mental* 2009; 32: S55- S62
  
15. Ulloa R. De la Peña F. Palacios L. Ortiz S. Palacio J. Grevet E. Resendiz J. y cols. Comité Internacional para el Desarrollo y Estudio del Cuestionario para Escolares y Adolescentes Latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (CEAL-TDAH) Cuestionario para Escolares y Adolescentes Latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (CEAL-TDAH). Validez y confiabilidad temporal. *Salud Mental* 2009; 32: 63-68 ¿Y EL AUTOR O AUTORES?
  
16. Palacios Cruz L. y cols. Algoritmo de Tratamiento Multimodal para Adolescentes Latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) *Salud Mental* 2009; 32:S31-S44
  
17. Egger H, Kondo D, Agnold A. The epidemiology and diagnostic issues in preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: A review. *Infants Young Children* 2006; 19 (2):109-22.
  
18. Schilling Catrina M., Walsh Anthony, Yun Ilhong. ADHD and criminality: A primer on the genetic, neurobiological, evolutionary, and treatment literature for criminologists . / *Journal of Criminal Justice* 39 (2011) 3–11.
  
19. Rutter Michael, Bishop Dorothy, Pine Daniel, Scott Sthephen, Stevenson Jim, Taylor Eric, Thapar Anita. Rutter`s Child and Adolescent Psychiatry Fifth Edition, 2008 pp- 521-536.
  
20. Sassi R. B. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and gender *Arch Womens Mental Health* (2010) 13:29–31
  
21. Zalecki C, Hinshaw S (2004) Overt and relational aggression in girls with attention deficit hyperactivity disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol* 33(1):125–137
  
22. Biederman J, Ball SW, Monuteaux MC, Mick E, Spencer TJ, McCreary M, Cote M, Faraone SV (2008) New insights into the comorbidity between ADHD and major depression in adolescent and young adult females. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 47(4):426–434

23. Skounti Maria & Philalithis Anastas & Emmanouil. Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide Galanakis Eur J Pediatr (2007) 166:117–123
24. Bjorkqvist K, Lagerspetz KMJ, Kaukiainen A (1992) Do girls manipulate and boys fight—developmental- trends in regard to direct and indirect aggression. *Aggress Behav* 18:117–127
25. Olweus D (1993) Bully victim problems among schoolchildren—basic facts and an effective intervention program. *Aggress Behav* 19:6
26. Hart EL, Lahey BB, Loeber R, Applegate B, Frick PJ (1995) Developmental change in attention-deficit hyperactivity disorder in boys: a four-year longitudinal study. *J Abnorm Child Psychol* 23:729–749
27. Biederman J, Mick E, Faraone SV (2000) Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry* 157:816–818
28. Maccoby EE (1998) *The two sexes: growing up apart, coming together*. Belknap-Harvard University Press, Cambridge
29. Crick NR (1996) The role of overt aggression, relational aggression, and prosocial behavior in the prediction of children's future social adjustment. *Child Dev* 67:2317–2327
30. Loredó Abdala, Perea Martínez, López Navarrete (2008) "Bullying": acoso escolar. La violencia entre iguales. *Problemática real en adolescentes. Acta Pediátrica Mexicana*.
31. Arseneault L, Walsh E, Trzesniewski K, Newcombe R, Caspi A, Moffitt TE. Bullying victimization uniquely contributes to adjustment problems in Young children: a nationally representative cohort study. *Pediatrics* 2006; 118:130-138.
32. Bauer NS, Herrenkohl TI, Lozano P, Rivara FP, Hill KG, Hawkins JD. Childhood bullying involvement and exposure to intimate partner violence. *Pediatrics* 2006; 118:235-242.
33. Lehti V, Sourander A, Klomek A, Niemelä S, Sillanmäki L, Piha J, et alF. Childhood bullying as a predictor for becoming a teenage mother in Finland. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2011; 20:49-55.
34. Arnold LE (1999) Sex differences in ADHD: conference summary. *J Abn Child Psychol* 24:555-569

35. Torunn S. Amaia H. Stephen J. Influence of gender on attention-Deficit/Hiperactivity Disorder in Europe- ADORE Eur Child Adolesc Psychiatry (suppl 1) 15:1/15-1/24 (2006).DOI 10.1007/s00787-006-1003-z
  
36. Murray Sandra S. Hewitt Patricia, Maniss Suzanne. University of Tennessee at Martin Joseph Molinatti College of Mount Saint Vincent“They’re Just Being Kids”: Recognizing and Preventing Bullying National Social Science Journal;Oct2012, Vol. 39 Issue 1, p56
  
37. Albores-Gallo L, Lara-Muñoz C, Esperón-Vargas C, Cárdenas Zetina JA, Pérez-Soriano AM, Villanueva-Colin G. Validity and reliability of the CBCL/6-18. Includes DSM scales. Actas Esp Psiquiatr 2007;35:393-399.
  
38. Wiener Judith. Peer victimization in children with attention deficit hyperactivity disorder Department of Human Development and Applied Psychology, Ontario Institute for Studies in Education, University of Toronto. Meghan Mak Psychology Department, Mount Royal College Psychology in the school Psychology in the Schools Volume 46, Issue 2, pages 116–131, February 2009.
  
39. Young R, Sweeting H (2004) Adolescent bullying, relationships, psychological well-being, and genderatypical behavior: a gender diagnosticity approach. Sex Roles 50:525–537
  
40. Bacchini Dario, Affuso Gaetana, and Teresa Trotta1Temperament, ADHD and Peer Relations Among School children: The Mediating Role of School Bullying Aggressive Behaviour Volume 34 issue 5 pages 447.459 2008.
  
41. Sciberras Emma, Ohan Geneva, Anderson Vicki, Bullying and Peer Victimization in Adolescent Girls with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Child Psychiatry & Human Development Volume 43, Issue 2 , pp 254-270 2012
  
42. Singh I.A disorder of anger and aggression: Children’s perspectives on attention deficit/hyperactivity disorder in the UK Soc Sci Med. 2011 September; 73(6): 889–896
  
43. Ellis, L., & Walsh, A. (2000). Criminology: A global perspective. Boston, MA: Allyn & Bacon. Faraone, S. V., Doyle, A. E., Mick, E., & Biederman, J. (2001). Meta-analysis of the association between the 7-repeat allele of the Dopamine D4 receptor gene and ADHD. American Journal of Psychiatry, 158, 1052–1057.
  
44. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. Am J Psychiatry. 2007;164:942-8.

45. Vreugdenhil C, Doreleijers TA, Vermeiren R, Wouters LF, van den Brink W. Psychiatric disorders in a representative sample of incarcerated boys in the Netherlands. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43:97-104.
46. Reinhardt M, Pheula G, Karam R, Zingano B, Falceto O. Prevalência de diagnósticos psiquiátricos em adolescentes infratores no centro de internação provisória de Porto Alegre- RS. Paper presented at XIX Congresso da ABENEPI. 2007
47. Kessler R, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners C et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States. Results of national comorbidity survey replication. *Am J Psychiatry* 2006; 163:716-723.

# ANEXOS

## ESCALA VEA DE VALORACION ESCOLAR DE ACOSO "BULLYING" PARA NIÑOS

### FORMATO PARA ALUMNOS

Apellidos y Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ No Lista: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Delegación: \_\_\_\_\_

El siguiente cuestionario ayudará a la detección del acoso escolar "Bullying" al cual se define como un tipo específica de agresión 1) en cual el acosar o molestar tiene como objeto la exclusión o el aislamiento 2) el comportamiento se produce de forma repetitiva en el tiempo y 3) hay un desequilibrio de poder (cuando una persona o grupo más poderoso afecta a otro(s) menos poderoso(s)).

Selecciona <b>COMO MAXIMO A TRES COMPAÑEROS/AS</b> , de tu clase que mejor se ajusten a cada pregunta. <b>ESCRIBE SOLO SUS NUMEROS DE</b> lista de asistencia. <b>Tus respuestas son confidenciales</b>		Lista de Asistencia			
1. ¿Selecciona a 3 compañeros/as para alguna actividad escolar, o de juego?					
2. ¿Selecciona a 2 compañeros/as que <b>NO</b> elegirías para actividades escolares, o de juego?					
3. ¿Quiénes te elegirían a ti para actividades escolares o de juego?					
4. ¿Quiénes <b>NO</b> te elegirían a ti para actividades escolares o de juego?					
5. <b>Elige tres compañeros de ambos sexos que:</b>					
A) Pegan, pellizcan, empujan, jalan el cabello, toman video para mostrárselos a los demás, pegan chicles a otros, muestran objetos, meten el pie, dañan, esconden o roban su material escolar o sus pertenencias de otros.					
B) Insultan, maltratan, amenazan, ponen apodos, se burlan de los demás y/o hacen gestos groseros a otros.					
C) Esparcen o cuentan chismes, inventan mentiras de otros compañeros, hacen rictos o dibujos ofensivos, dicen no invitándolos a jugar, a fiestas, o participar en actividades deportivas, los ignoran o les hacen la "ley del hielo".					
6. ¿Quiénes agriden a los demás por internet?					
7. ¿Quiénes fueron agredidos inicialmente y después ellos agreden a otros compañeros?					
8. ¿Quiénes agreden a otros compañeros y después son agredidos?					
9. <b>Elige a tres compañeros de ambos sexos o quienes:</b>					
A) Los pegan, los pellizcan, los empujan, los jalan el cabello, les toman video para mostrárselos a los demás, les pegan chicles, les muestran objetos, les meten el pie, les dañan, esconden o roban su material escolar o sus pertenencias.					
B) Los Insultan, maltratan, los amenazan, les ponen apodos, se burlan y/o les hacen gestos groseros.					
C) Esparcen o cuentan chismes de ellos, les inventan mentiras, les hacen rictos o dibujos ofensivos, los dicen no invitándolos a jugar, a fiestas, o participar en actividades deportivas, los ignoran o les hacen la "ley del hielo".					
<b>Menciona con una X una sola respuesta:</b>					
10. ¿Cuáles suelen ocurrir con esta frecuencia las agresiones: En el salón de clases _____ En el patio _____ En los pasillos _____ En los baños _____ Otros _____					
11. ¿Qué tan seguido ocurren las agresiones en los últimos 3 meses?	Todas las días	1-2 veces por semana	Dura vez	Nunca	
12. ¿Crees que estas situaciones son graves?	Frec o Frecd	Regular	Durante	Mucha	
13. ¿Te sientes seguro/a en tu escuela?	Frecu o Frecd	Regular	Bastante	Mucha	

# ANEXO

## CUESTIONARIO LATINOAMERICANO PARA DETECCIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN, VERSIÓN PADRES

Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño/ Adolescente: \_\_\_\_\_

Era: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Año escolar que cursa: \_\_\_\_\_

Responda el cuestionario: Padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_

Instrucciones: A continuación se describen algunas conductas que presentan los niños. Lea cuidadosamente cada una y marque la que más se relaciona con lo que ha observado en su hijo durante los últimos seis meses. En favor sugiérase de marcar todas las preguntas.

	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Le molesta tener que esperar	—	—	—	—
2. Parece no escuchar cuando se le habla	—	—	—	—
3. Se ve inquieto cuando está sentado	—	—	—	—
4. Interrumpe cuando otros hablan	—	—	—	—
5. Deja incompletas las cosas	—	—	—	—
6. Tiene dificultades para prestar/prender atención	—	—	—	—
7. Tiene dificultades para permanecer sentado	—	—	—	—
8. Pierde sus cosas	—	—	—	—
9. Es difícil pararlo en sus tareas	—	—	—	—
10. Corre en lugares donde no debe hacerlo (escuela, cine, pasillos, etc.)	—	—	—	—
11. Es más juguetón que los demás	—	—	—	—
12. Parece tener más energía que otros niños de su edad	—	—	—	—
13. Comete errores por descuido	—	—	—	—
14. Se mueve donde no le llaman	—	—	—	—
15. Evita las situaciones en las que tiene que mantenerse	—	—	—	—
16. Se distrae por cualquier cosa	—	—	—	—
17. Hace las cosas rápidas y mal	—	—	—	—
18. Olvida dónde dejó sus cosas (juegos, libros, zapatos, etc.)	—	—	—	—
19. Le cuesta trabajo terminar lo que comienza	—	—	—	—
20. Habla, habla y habla	—	—	—	—
21. Mueve constantemente las manos y/o pies	—	—	—	—
22. Tiene problemas para calmarse en los eventos sociales	—	—	—	—
23. Es demasiado	—	—	—	—
24. Responde antes que terminen de hacerle una pregunta	—	—	—	—
25. Le es difícil seguir instrucciones	—	—	—	—
26. Parece estar en la luna/ausente	—	—	—	—
27. Deja caer las cosas y/o se tropieza	—	—	—	—
28. Le falta tiempo para terminar sus cosas y/o tareas	—	—	—	—