



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

Factores clínicos, demográficos, de adversidad psicosocial y genéticos  
(SLC6A4 y DRD4) asociados con presentaciones de bullying en  
adolescentes

Tesis para obtener el grado de especialidad en Psiquiatría Infantil y del Adolescente que presenta:

**Valeria Melina Angulo Franco**

Tutor teórico:  
Dr. Francisco R. de la Peña Olvera

Tutor metodológico:  
Dr. Lino Palacios Cruz

Ciudad de México, marzo 2018.

Facultad de Medicina





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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





## **Agradecimientos**

Me gustaría agradecer particularmente a los doctores Francisco de la Peña, Lino Palacios y Beatriz Camarena por su apoyo, disposición y paciencia a lo largo de la realización de este trabajo, así como por la invaluable orientación que me otorgaron. Al ingeniero José Cortés por su genialidad y por el honor de trabajar tanto juntos. A Sandra Hernández por todo su trabajo y amabilidad.

Además quiero agradecer a Alejandra, Paola, Marlon y Edgar, por su ayuda vital en este proyecto. A los pacientes de la Clínica de Adolescencia por su participación voluntaria desinteresada en nuestros estudios.

También quiero agradecer a mi familia por su incondicional apoyo y cariño, a Yoshimar y a Alba por impulsarme todos los días.

# Índice general

<b>1. Introducción</b>	
1.1. Generalidades sobre bullying	6
1.2. Bullying y efectos en la salud mental	9
1.3. Factores de riesgo para involucramiento en bullying	11
1.4. Justificación	14
<b>2. Método</b>	
2.1. Pregunta de investigación	16
2.2. Tipo de estudio	16
2.3. Hipótesis de la investigación	16
2.4. Objetivos de la investigación	17
2.5. Participantes	18
2.6. Variables de estudio	19
2.7. Instrumentos	20
2.8. Procedimiento	29
2.9. Metodología genética	30
2.10. Análisis estadístico	31
2.11. Consideraciones éticas	32
<b>3. Resultados</b>	
3.1. Grupos de involucramiento en bullying	34
3.2. Variables sociodemográficas	35
3.3. Resultados clínicos de la muestra	36
3.4. Experiencias de maltrato en la infancia	38
3.5. Afrontamiento al estrés	39
3.6. Relación entre afrontamiento y experiencia de maltrato para padres e hijos	39
3.7. Modelo de trayectorias para menores y sus padres	40
3.8. Factores genéticos (polimorfismos 5-HTTLPR, r225531, y 7r-DRD4)	43
<b>4. Discusión</b>	46
<b>5. Conclusión</b>	52
<b>6. Referencias</b>	53
<b>7. Anexos</b>	
Consentimiento y Asentimiento informado	60
Instrumentos por orden alfabético	70

# 1. Introducción

El *acoso escolar*, conocido también como *bullying* por su término en inglés, se trata de un fenómeno complejo, generalizado, con efectos graves concurrentes y a largo plazo. Los factores que intervienen incluyen desde múltiples características o antecedentes individuales, interacciones familiares, de pares y maestros, hasta amplias condiciones socioculturales. Durante las últimas cuatro décadas este tema ha adquirido interés en el área de la investigación, con trabajos que estudian su prevalencia, factores asociados, efectos, teorías causales, y evaluación de programas de intervención y prevención.

## 1.1. Generalidades sobre bullying

La prevalencia de bullying a nivel mundial se ha estimado entre el 10% y el 50%. Un estudio multicéntrico, en el que participaron 40 países, encontró dicho rango de prevalencia, reportando una variación importante entre diferentes regiones <sup>1,2</sup>. En México, la frecuencia de escolares implicados se ha reportado entre el 18% y 32% según datos de la Consulta Infantil y Juvenil del año 2012 y de un estudio publicado por Albores-Gallo y colaboradores en el 2011 <sup>3,4</sup>.

La definición de bullying más aceptada por investigadores y clínicos es la de Dan Olweus, psicólogo noruego a quien se considera el padre de la investigación en el área del bullying. En un lenguaje general lo define como: *“Comportamientos negativos, desagradables o hirientes, intencionados y repetitivos realizados por una o más personas dirigidos en contra de otra que tiene dificultad para defenderse”*. Se ha acordado que las tres características que deben estar presentes en el fenómeno son: 1) Agresión o daño intencionales. 2) Repetitivo y con tendencia a ser crónico. 3) Desbalance de poder o fuerza, real o percibido, en la relación interpersonal. Estas descripciones establecen al bullying como una forma de violencia por lo que se ha empleado el término de *Abuso por Pares* para diferenciarlo como un subtipo de abuso infantil <sup>5</sup>.

La adolescencia es un periodo vulnerable en el que las relaciones entre pares forman una parte fundamental de esta etapa del desarrollo. El acoso en las escuelas es particularmente problemático en esta etapa, afectando el desempeño académico, las habilidades relacionales, y el bienestar psicológico, tanto de víctimas como de abusadores

<sup>6, 7</sup>. Algunos estudios incluso han encontrado que las conductas de bullying se incrementan a inicios y mediados de la adolescencia <sup>8, 2</sup>.

El bullying en la adolescencia se puede presentar de distintas maneras incluyendo formas físicas, verbales y sociales, llamadas también relacionales. Las formas físicas y verbales se consideran directas, mientras que la relacional se considera una forma indirecta. Los estudios que han investigado las formas directa e indirecta de bullying han encontrado consistentemente que los varones se involucran más frecuentemente en las formas directas, mientras que las mujeres participan más en las formas indirectas <sup>9, 10</sup>. Otro tipo de bullying con un impacto importante y que ha obteniendo rápida popularidad entre los adolescentes ha sido el acoso electrónico o cyberbullying <sup>11</sup>. Con el fin de identificar efectivamente los tipos de bullying se ofrecen las siguientes definiciones: *Bullying físico* incluye comportamientos en los que un individuo utiliza el contacto físico (golpes, empujones, patadas) o amenazas significativas de violencia hacia su compañero. *Bullying verbal* es aquel en que intencionalmente y de manera directa se utiliza lenguaje para causar malestar psicológico a otro compañero con propósito de humillar, intimidar u otra razón despectiva (por ejemplo apodosos hirientes). *Bullying relacional* ocurre cuando los individuos utilizan su posición dentro del grupo o relaciones interpersonales para causar malestar psicológico a sus compañeros (alienarlo de actividades, esparcir rumores). *Cyberbullying* consiste en el uso intencionado y repetido de tecnología de la información (redes sociales, e-mail, mensajes de texto) para humillar, avergonzar, degradar o afectar negativamente a un compañero <sup>12</sup>.

Según el papel que se juega dentro de los actos de acoso se han identificado subtipos de bullying. Frecuentemente en la literatura se describen cuatro subtipos: el abusador o bully, la víctima, el abusador-víctima o víctima agresiva, y los neutros o menos involucrados <sup>13</sup>.

*Abusador*: se trata de aquel sujeto que ejerce cualquiera de los tipos de abuso sobre sus pares sin tener la experiencia de ser victimizado por sus compañeros. Se ha reportado que los abusadores representan del 7% al 15% de la población escolar <sup>14, 2</sup>. Generalmente se caracterizan por tener un cierto nivel de dominancia física o social en comparación con el resto de sus compañeros, e incluso un mayor entendimiento o cognición del entorno social <sup>15</sup>.



*Víctima:* es aquel individuo que se caracteriza por ser receptor de abusos sin haber practicado violencia hacia otros. Las víctimas corresponden a cerca del 20% de los menores en el ámbito escolar <sup>14, 2</sup>. Proyectan cierta inferioridad física y social, es decir, comúnmente se observan como débiles, temerosos, poco asertivos, con baja autoestima, y retraídos en comparación con sus compañeros <sup>16</sup>.

*Abusador-víctima:* es el individuo que llega a desempeñar ambos papeles dentro de la dinámica del bullying. Frecuentemente se refiere a víctimas que presentan conductas de provocación agresiva, aunque el grado de involucramiento en estas conductas puede variar <sup>17</sup>. Generalmente conforman un grupo menor que el de las víctimas puras <sup>14</sup>, reportado en un 3% <sup>2</sup>. Dentro de las investigaciones, estos jóvenes se han distinguido por la presencia de agresividad reactiva e impulsividad, con una pobre regulación del afecto y control de la conducta <sup>18</sup>. Además, han presentado patrones de mayor complejidad o gravedad de síntomas psicológicos o psiquiátricos <sup>19</sup>.

*Neutro:* se utiliza para describir al individuo que no toma un rol activo sustancial en la dinámica del bullying. Sin embargo, el grupo neutro es un grupo amplio y heterogéneo que usualmente incluye tanto a diferentes tipos de espectadores como a aquellos que verdaderamente desconocen las situaciones de abuso en su medio <sup>20, 14</sup>.

Además de los subtipos comúnmente reportados, Salmivalli y colaboradores en 1999, propusieron una clasificación de siete 7 roles, agregando a: asistentes, reforzadores, y defensores. Los asistentes son aquellos que intervienen apoyando a los abusadores y facilitando los abusos, los reforzadores ofrecen retroalimentación a los abusadores mostrándoles aprobación sobre sus conductas, y los defensores son aquellos que toman partido por la víctima consolándola o tratando de detener el acoso. Los autores plantearon el estudio de otros miembros del grupo que aunque no participan de forma activa seguramente presentan posturas importantes con respecto a las situaciones de bullying, estos son afectados y afectan el resultado de los episodios de acoso <sup>20</sup>.

La magnitud del traslape de roles entre los participantes se desconoce. Es decir, se cree que los jóvenes pueden involucrarse de distinta manera en la dinámica de acoso en diferentes situaciones en un mismo periodo de tiempo o incluso cambiar de rol más adelante <sup>13</sup>. Un estudio utilizó análisis de transiciones latentes para calcular la estabilidad de las participaciones en bullying y explorar patrones de transición durante un periodo de 2 años. Encontraron que la clase neutra fue la más estable, mientras que la clase

predominantemente victimizada fue la menos estable. Los abusadores y las víctimas mostraron ambos cierta probabilidad de pasar a la clase de abusador-víctima. La continuidad de presentarse como abusador o víctima puede ser afectada por cambios en el ambiente social o en los estilos interaccionales del individuo <sup>21</sup>. Se han reportado incrementos en el comportamiento agresivo que se desarrollan durante la adolescencia. La transición de víctimas a abusadores-víctimas puede indicar que estos individuos recurren a efectuar agresión en respuesta a victimización crónica <sup>22</sup>, y en el caso de los abusadores, estos pueden experimentar alteraciones en el funcionamiento de la cognición social haciéndose susceptibles a episodios de victimización <sup>21</sup>.

Finalmente, entender estos patrones de participación como roles permite capturar lo esencial del concepto comunitario que representan, es decir expectativas sociales que los individuos deben cumplir en ciertas circunstancias <sup>20</sup>. Además, se entiende que los roles pueden modificarse, es decir, el subtipo de bullying puede cambiar a lo largo del tiempo, por lo que una conceptualización dinámica y longitudinal explica mejor el fenómeno que una descripción estática y transversal. Por ejemplo, en el caso del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, su clasificación en el DSM-5 cambió la especificación de subtipos a presentaciones por estos mismos motivos. Es por lo anterior, que se propone la denominación de los subtipos (víctima, abusador, abusador-víctima, y otros) como **presentaciones**, haciendo referencia a su naturaleza temporalmente inestable lo que puede traducirse en su capacidad de modificarse según el contexto o intervenciones.

## 1.2. Bullying y efectos en la salud mental

Los estudios transversales y longitudinales han apuntado al involucramiento en bullying, en cualquiera de sus presentaciones, como un problema de salud para los niños y adolescentes. Se ha demostrado su asociación con el desarrollo de problemas adaptativos, padecimientos psiquiátricos y alteraciones en el comportamiento. Además, se ha propuesto que estos efectos pueden permanecer hasta la vida adulta.

Algunos estudios han identificado las diferentes presentaciones del bullying y su relación con síntomas o diagnósticos psiquiátricos. La gran mayoría de estas investigaciones se realizan en poblaciones escolares reportando más alteraciones en los involucrados en

conductas de acoso, como, por ejemplo, problemas externalizados en los abusadores e internalizados en las víctimas, y un mayor número de alteraciones en los abusadores-víctima <sup>19, 23-26</sup>. Una muestra escolar de adolescentes encontró una mayor frecuencia de suicidalidad, problemas internalizados y problemas externalizados dentro de los subtipos de bullying al comparar con el grupo de no involucrados. Depresión, ansiedad y uso de cannabis fueron más relevantes en las víctimas, y uso de alcohol y problemas de conducta/hiperactividad fueron más prevalentes para los abusadores. Los abusadores-víctimas mostraron niveles alarmantes de síntomas de conducta/hiperactividad (49%), depresivos (46%) y ansiosos (40%). Dentro de este grupo cerca de un tercio reportaron ideación suicida frecuente <sup>27</sup>.

En la Ciudad de México, se determinó el rango de psicopatología asociándolo con los subtipos de acoso escolar en una muestra de 1092 asistentes a escuelas públicas. El grupo de agresores tuvo mayor puntuación en las escalas de ansiedad, síntomas somáticos, y conducta oposicionista. El grupo de víctimas-agresores presentó asociación con problemas de atención y de conducta oposicionista. En el grupo de víctimas puras las asociaciones fueron con problemas de ansiedad. Los participantes con mayores niveles de psicopatología fueron víctimas-agresores y agresores, con puntuaciones más altas que el grupo control en las escalas de conducta, oposicionismo y trastorno por déficit de la atención (TDAH) <sup>4</sup>.

Entre los estudios longitudinales, el de Sourander y colaboradores realizado en 2007, estudió las consecuencias en salud mental para hombres participantes en bullying en una cohorte de 8 años de duración. El grupo de abusadores mostró una mayor prevalencia de trastorno antisocial de la personalidad, abuso de sustancias y trastornos ansioso-depresivos. Los abusadores-víctima presentaron mayor ansiedad y trastorno antisocial de la personalidad, y las víctimas tuvieron mayor ansiedad <sup>28</sup>. Asimismo, investigaciones muestran que el acoso puede persistir por años con roles que se mantienen y los efectos sobre la salud mental llegan a permanecer después de hasta 10 a 15 años <sup>29</sup>.

El riesgo en grupos que presentan padecimientos psiquiátricos previos o concurrentes fue estudiado por Sourander en 2007, encontrando que el estatus de agresor frecuente mostró asociación con conducta delictiva en la adolescencia tardía. Incluyendo multas de tránsito, manejar en estado de ebriedad, robo, violencia y crímenes asociados a drogas ilícitas. Este riesgo fue solo para el grupo de agresores con trastornos psiquiátricos <sup>28</sup>. De igual

forma se ha observado que los jóvenes que buscan atención en salud mental son más vulnerables a ser victimizados <sup>30</sup>.

La Encuesta Nacional Epidemiológica de Estados Unidos sobre el uso de alcohol y condiciones relacionadas reportó que 6% de los individuos estuvo implicado como agresor escolar con riesgo significativo para abandonar estudios universitarios, uso de alcohol y marihuana, trastorno bipolar, trastorno de conducta, trastornos de personalidad tipo histriónico, paranoide, antisocial e historia familiar de conducta antisocial <sup>31</sup>. Por su parte, ser víctima de acoso escolar de tipo relacional aumenta el riesgo de portación de armas en alumnos de ambos sexos <sup>32</sup>.

### **1.3. Factores de riesgo para involucramiento en bullying**

El identificar oportunamente los factores de riesgo para participar en conductas de acoso puede orientar sobre las estrategias de prevención del bullying necesarias en jóvenes con riesgo crónico y reducir los problemas de salud mental relacionados. En particular se ha propuesto mover el foco de atención del ámbito escolar a otros aspectos de la vida del niño que puedan predisponerlo a tomar parte de estos estilos de interacción.

#### *Factores individuales*

De la misma manera en que se ha propuesto el desarrollo de psicopatología como consecuencia del bullying, se han encontrado trastornos psiquiátricos en los implicados que se cree actúan como factores de riesgo para la adquisición de ciertos roles <sup>33</sup>.

Algunos reportes han apuntado a que los abusadores presentan mayor probabilidad de experimentar niveles altos de depresión e ideación suicida <sup>34</sup> que se asocian a niveles altos de agresividad y trastornos de la conducta <sup>35</sup>. También se han observado en ellos dificultades en el desempeño académico atribuibles a estresores emocionales <sup>36</sup>. La agresión exhibida por estos individuos puede reflejar un comportamiento premeditado orientado a alcanzar ciertos propósitos, generalmente materiales <sup>37</sup>. Asimismo, se ha estudiado, con resultados contradictorios, si es que los abusadores presentan o no problemas de baja autoestima <sup>38, 39</sup>.

En las víctimas de bullying se han reportado depresión, baja autoestima, ansiedad social, hiperactividad y trastornos de conducta <sup>35, 36, 40</sup>. También se ha encontrado que las víctimas expresan una opinión negativa hacia el uso de métodos violentos físicos o sociales para alcanzar metas <sup>16</sup>. Presentan déficits en habilidades sociales y tienden a reflejar indefensión <sup>41</sup>.

Los abusadores-víctima presentan mayor número de problemas incluyendo comportamientos externalizados, hiperactividad y trastornos de conducta <sup>42</sup>. Así como también muestran menor rendimiento escolar, habilidades interpersonales, y pobre control de la irritabilidad <sup>43</sup>.

### *Factores parentales*

Entre otros factores de riesgo y protectores se ha reportado el rol de los padres como influencias sociales fundamentales relacionadas con el abuso y la victimización en los jóvenes. Las prácticas parentales positivas como la calidez y apoyo constante mostraron proteger a los adolescentes de aparecer como abusadores <sup>44</sup> o como víctimas <sup>45</sup>.

Entre los factores de riesgo que se han identificado en el medio familiar para presentarse como abusador se encuentran el diagnóstico de depresión en la madre, menor percepción de calidez en el trato con la madre, y experiencias de maltrato infantil. Estos factores actúan como mediador entre los problemas de conducta y la participación como abusadores <sup>46</sup>. Haber sido testigo de violencia doméstica hasta los 5 años de edad se asoció con abuso a pares independientemente de la presencia de problemas de conducta. Esto se puede explicar por un fenómeno de aprendizaje social en el que los hijos aprenden a percibir la violencia como un método aceptable para resolver conflictos <sup>47</sup>.

Los menores victimizados pueden haber presentado diferentes formas de victimización en casa. Se encontró que aquellos que han sufrido maltrato infantil tuvieron dos veces mayor probabilidad de ser víctimas <sup>46</sup>. Estudios longitudinales han asociado también la violencia intrafamiliar, depresión parental, y bajo nivel socioeconómico con el riesgo de ser víctima de bullying <sup>48</sup>. Sin embargo, un estudio de referencia utilizó análisis multivariado buscando identificar si los factores del medio familiar se asociaban independientemente con el riesgo de ser abusado por pares, *encontrando que la influencia de la familia no se mantuvo al controlar para las características individuales del menor* <sup>49</sup>. En el grupo de abusadores-víctima se relacionó la depresión materna y la poca frecuencia en la interacción con la

madre con efectos permanentes en el comportamiento, indicando que la cercanía con los padres no es solamente un factor dependiente de la calidad de la relación sino una variable que indica el grado de involucramiento y control que tienen los padres sobre las conductas de los hijos. Los padres de los abusadores-víctimas mostraron ser los menos involucrados con sus hijos <sup>44, 45</sup>. En el grupo mixto se encontró mayor cantidad de trastornos externalizados en los padres y menor nivel socioeconómico familiar <sup>49</sup>.

### *Factores genéticos*

De igual manera que con otros comportamientos humanos, la etiología del bullying apunta a que este se trata de un fenómeno multifactorial explicado por la intervención de ambiente y genes. Un estudio realizado por Ball y colaboradores en 2008, mostró que las influencias genéticas contribuyeron en dos terceras partes a las diferencias individuales de los menores involucrados en bullying <sup>50</sup>. Se cree que problemas internalizados y externalizados heredables pueden mediar el efecto de estas influencias sobre la participación en el acoso de pares <sup>51</sup>.

Por su parte, Sudgen y colaboradores en 2010, reportaron que un genotipo del transportador de serotonina 5-HTTLPR implica riesgo para presentar síntomas emocionales al exponerse a victimización por bullying <sup>52</sup>. Desde el punto de vista ambiental, algunos patrones de comportamiento se transmiten de padres a hijos por medio del aprendizaje de modelos de conducta. No obstante el comportamiento se modula por una interacción de tipo gen-ambiente. Esta interacción ocurre cuando un individuo con cierto genotipo es sometido a un estresor ambiental particular <sup>12</sup>. Blazei y colaboradores en 2008, examinaron la transmisión de las conductas antisociales entre padres e hijos determinando que el trastorno antisocial en el padre predice significativamente comportamientos externalizados en hijos. En este aspecto ha sido difícil clarificar si su asociación se basa en influencias genéticas o en la crianza <sup>53</sup>.

#### **1.4. Justificación**

El fenómeno del bullying es un tema que concierne a los profesionales en el área de la salud mental tanto como a los jóvenes que lo experimentan, sus padres, y personal escolar. Esto obedece a que se ha encontrado altamente prevalente en distintas partes del mundo asociándose a un deterioro en la calidad de vida, presencia de padecimientos psiquiátricos, riesgo suicida, uso de sustancias, conductas delictivas, entre otros. En particular, la adolescencia representa una etapa en la cual las relaciones con pares juegan un papel fundamental en el desarrollo. Esto ha enfatizado la necesidad de realizar investigaciones para explicar los mecanismos implicados en la aparición de psicopatología en los adolescentes involucrados en bullying <sup>54, 55</sup>. La contribución independiente del acoso escolar a los padecimientos mentales en niños y adolescentes se ha asociado a sintomatología severa y efectos negativos persistentes hasta la edad adulta. En los últimos años se han realizado múltiples estudios de prevalencia <sup>2, 3, 56, 57</sup> y comorbilidad <sup>4, 27, 58-60</sup>, así como estudios de asociación entre la exposición a bullying y problemas a largo plazo <sup>28, 61, 62</sup>.

En México, se cuenta principalmente con estudios de prevalencia realizados en escuelas. Una publicación reportó la relación entre el tipo de psicopatología y la presentación de acoso escolar en una muestra de niños de escuelas públicas de la Ciudad de México. Sin embargo, no existen en nuestro conocimiento estudios publicados que informen sobre la presencia de bullying en poblaciones clínicas. Incluso en otros países la información que se tiene sobre este grupo es muy limitada <sup>63, 64, 65</sup>.

Las investigaciones indican que el involucramiento en bullying no se trata de un evento aleatorio y que puede predecirse por características individuales y factores familiares. Los estudios de factores de riesgo han mostrado principalmente asociaciones entre maltrato en la infancia, conflicto parental, depresión parental, y nivel socioeconómico bajo con presencia de victimización en población general de niños y adolescentes <sup>46, 51</sup>. Sin embargo, se requiere más información acerca de los factores relacionados con la participación para los grupos de abusadores y abusadores-víctimas.

La relación con los padres y algunas experiencias tempranas se han propuesto como factores determinantes al influir sobre los patrones de socialización <sup>66</sup>. Hasta nuestro conocimiento, no existen estudios que comparen la psicopatología parental y las

experiencias de maltrato en la infancia con el involucramiento para cada presentación del bullying. Asimismo, las estrategias de afrontamiento han sido poco estudiadas en este fenómeno y principalmente descritas en las víctimas. Asimismo, desde el punto de vista genético, existen pocas investigaciones; sin embargo, la evidencia apunta a que las influencias determinadas por genes contribuyen a las diferencias individuales de los menores involucrados en bullying, y que estas pueden mediar la aparición de problemas psiquiátricos al existir involucramiento en bullying<sup>50, 52</sup>.

Al tratarse de un fenómeno de origen social, la cultura también puede implicar diferencias significativas en las manifestaciones del acoso, enfatizando la necesidad de buscar factores de riesgo en el entorno de la localidad<sup>2, 67</sup>.

Finalmente, es de relevancia mencionar que los programas de intervención para bullying se han enfocado en la erradicación de eventos de violencia en el ámbito educativo. Esto revela un área de oportunidad importante ya que los hallazgos de la investigación en bullying indican que las intervenciones no deben restringirse al ambiente escolar y deben también dirigirse a las comunidades y las familias. Asimismo, se debe considerar el abordaje de cada uno de los grupos involucrados y no solamente el de las víctimas. Aparentemente, ninguna intervención ha considerado la situación en que se encuentra el grupo de abusadores-víctima. Además, tampoco existen programas específicos requeridos para jóvenes involucrados en bullying que presentan padecimientos psiquiátricos. Por último, con respecto al desarrollo de intervenciones oportunas y eficaces, se deben tener en consideración las características culturales de la población en la cual se buscan implementar. Es por estas razones, que nos propusimos investigar más acerca de la naturaleza del bullying en una población clínica mexicana, con el propósito de sugerir nuevas intervenciones para contribuir en el manejo de cada uno de los grupos involucrados en este fenómeno de violencia.



## **2. Método**

### **2.1. Pregunta de investigación**

¿La psicopatología parental, las experiencias de maltrato en la infancia, las estrategias de afrontamiento, y los polimorfismos de los genes del transportador de serotonina y del receptor D4 a dopamina se asocian con la presentación de bullying en adolescentes con psicopatología?

### **2.2. Tipo de estudio**

Se trata de un estudio observacional, analítico (relacional y comparativo) y transversal <sup>68</sup>.

### **2.3. Hipótesis de la investigación**

#### ***Hipótesis general***

El fenómeno del bullying se asocia en el adolescente con su psicopatología, las experiencias de trauma en la niñez, sus estrategias de afrontamiento al estrés y con la portación del alelo S/LG del gen SLC6A4 y del alelo 7R del gen DRD4. Este fenómeno se asocia también con características de los padres: psicopatología, experiencias de trauma en la niñez, y estrategias de afrontamiento al estrés.

#### ***Hipótesis específicas***

- La psicopatología presente en pacientes adolescentes se asociará con el rol que presentan en relación con el fenómeno del bullying (No involucrados, víctimas, abusadores y abusadores-víctima).
- Las experiencias de trauma en la niñez en pacientes adolescentes se asociarán con el rol que presentan en relación con el fenómeno del bullying (No involucrados, víctimas, abusadores y abusadores-víctima).
- Las estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes adolescentes se asociarán con el rol que presentan en relación con el fenómeno del bullying (No involucrados, víctimas, abusadores y abusadores-víctima).

- El alelo S/L<sub>G</sub> del gen SLC6A4 y el polimorfismo 7R del gen DRD4 se presentarán con mayor frecuencia en pacientes adolescentes involucrados en el fenómeno del bullying (víctimas, abusadores y abusadores–víctima)
- La psicopatología presente en los padres de pacientes adolescentes se asociará con el rol que presentan estos pacientes en relación con el fenómeno del bullying (No involucrados, víctimas, abusadores y abusadores–víctima).
- Las experiencias de trauma en la niñez en los padres de pacientes adolescentes se asociarán con el rol que presentan estos pacientes en relación con el fenómeno del bullying (No involucrados, víctimas, abusadores y abusadores–víctima).
- Las estrategias de afrontamiento al estrés en los padres de pacientes adolescentes se asociarán con el rol que presentan estos pacientes en relación con el fenómeno del bullying (No involucrados, víctimas, abusadores y abusadores–víctima).

#### **2.4. Objetivos de la investigación**

##### ***Objetivo general***

El objetivo principal fue determinar la asociación de características **clínicas, demográficas, de adversidad psicosocial y genéticas (SLC6A4 y DRD4)** con las distintas presentaciones del bullying en una muestra clínica de adolescentes.

##### ***Objetivos específicos***

- Determinar la prevalencia que presentan estos pacientes en relación con el fenómeno del bullying (No involucrados, víctimas, abusadores y abusadores–víctima)
- Describir las características clínicas y sociodemográficas de una muestra de pacientes adolescentes categorizados según el estado actual de su involucramiento en bullying.
- Identificar la relación entre el diagnóstico psicopatológico del adolescente y la presentación de acoso escolar.
- Encontrar la asociación entre la psicopatología parental, las experiencias traumáticas en la infancia, las estrategias de afrontamiento, y los polimorfismos de los genes del transportador de serotonina y del receptor D4 a dopamina, con la presentación de bullying en adolescentes con psicopatología.

### ***Objetivos secundarios***

- Realizar un análisis factorial del Olweus Bully/Victim Scale y establecer puntos de corte para la escala que permitan identificar a los participantes víctimas, abusadores y abusadores–víctima.
- Realizar un análisis factorial del Cuestionario adaptado de Experiencias en la Infancia, para experiencias de maltrato infantil, que permita identificar los tipos de maltrato relevantes para la muestra de adolescentes y de padres.
- Realizar un análisis factorial de la versión breve del cuestionario COPE, para estrategias de afrontamiento, que permita agrupar las estrategias de afrontamiento al estrés para la muestra de adolescentes y de padres.

### ***2.5. Participantes***

Pacientes adolescentes con diagnóstico psicopatológico y plan de tratamiento establecidos en la Clínica de Adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, así como uno de los padres biológicos de los pacientes. Se incluyeron 101 adolescentes (de género femenino o masculino) y uno de los padres biológicos de cada adolescente. Este tamaño de muestra permitió determinar la prevalencia de los pacientes en relación con el fenómeno del bullying (No involucrados, víctimas, abusadores y abusadores – víctima) con una confiabilidad del 95%, un error del  $\pm 8.8\%$ , considerando una población objetivo de 500 nuevos pacientes durante el periodo en estudio (Calculada por Raosoft Sample Size Calculator <sup>69</sup>).

***Los Criterios de inclusión de los participantes fueron:***

#### ***Para Adolescentes:***

- Pacientes hombres o mujeres admitidos para tratamiento en la Clínica de Adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.
- Edad de 13 a 18 años.
- Nacionalidad mexicana.
- Alfabetizados.
- Asistencia a alguna institución escolar.
- Aceptación voluntaria de participación en el estudio con firma de la Carta de Asentimiento Informado.

**Para Familiares:**

- Padre y/o madre biológicos del paciente adolescente admitido para tratamiento en la Clínica de Adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”.
- Contacto mínimo con el paciente de una vez por semana.
- Haber recibido tratamiento psiquiátrico o psicosocial menor a 6 meses.
- Nacionalidad mexicana y también en los abuelos del paciente.
- Alfabetizados.
- Aceptación voluntaria de participación de los padres y del menor en el estudio con firma de la Carta de Consentimiento Informado.

**Los Criterios de exclusión de los participantes consistieron en:**

- Pacientes o padres con discapacidad para responder cuestionarios a criterio clínico.
- Pacientes o padres de pacientes con síntomas psicóticos activos que interfirieran con su participación en el estudio.

**Los Criterios de eliminación de los participantes consistieron en:**

- Solicitud de retirar el asentimiento/consentimiento de participación voluntaria.
- Presencia de criterios de exclusión durante el periodo de estudio.

**2.6. Variables de estudio**

<b>Edad del adolescente</b>	Dimensional	Años
<b>Género del adolescente</b>	Dicotómica	Masculino, femenino
<b>Género padre</b>	Dicotómica	Masculino, femenino
<b>Escolaridad adolescente</b>	Dimensional	Años
<b>Nivel socioeconómico</b>	Categórica ordinal	Nivel 1 a 6
Rol que presentan los adolescentes en relación con el fenómeno del bullying	Categórica nominal	Olweus 2 Dimensiones ..... <ul style="list-style-type: none"><li>• No involucrados</li><li>• Víctimas</li><li>• Abusadores</li><li>• Abusadores – víctimas.</li></ul>
<b>Diagnóstico adolescente</b>	Categórica nominal	Diagnóstico BPRS
<b>Comorbilidad adolescente</b>	Numérica discreta	Número de diagnósticos
<b>Diagnóstico padre</b>	Categórica	Diagnóstico MINI SCID II

	nominal	
<b>Comorbilidad padre</b>	Numérica discreta	Número de diagnósticos
<b>Experiencias traumáticas en la Infancia</b>	Dimensional	CTQ 3 dimensiones <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abuso Físico</li> <li>• Abuso Emocional o negligencia</li> <li>• Abuso Sexual</li> </ul>
<b>Estrategias de afrontamiento</b>	Categórica nominal	Brief COPE 3 dimensiones <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afrontamiento dirigido a la emoción</li> <li>• Afrontamiento dirigido al problema</li> <li>• Búsqueda de Ayuda</li> </ul>
<b>Polimorfismo 5-HTTLPR del gen SLC6A4</b>	Categórica nominal	Genotipificación
<b>Polimorfismo rs25531 del gen SLC6A4</b>	Categórica nominal	Genotipificación
<b>Polimorfismo 48 pb-exón III/DRD4</b>	Categórica nominal	Genotipificación

## **2.7. Instrumentos**

### **BPRS-C**

La Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica para Niños y Adolescentes en su versión mexicana es una entrevista clínica de 29 ítems desarrollada a partir del *Brief Psychiatric Rating Scale - Child* (BPRS-C) por médicos e investigadores de la Clínica de Adolescencia del INPRFM. Esta escala requiere ser aplicada por un profesional capacitado y tiene una duración aproximada de 45 minutos. La BPRS permite realizar el diagnóstico de distintos trastornos mentales de acuerdo a los criterios del DSM-IV-TR, así como evaluar cambios en la sintomatología de pacientes psiquiátricos. Esta versión incluye reactivos adicionales para la evaluación de trastornos de la eliminación, uso y abuso de sustancias, abuso psicológico, abuso sexual, y falta de emociones pro sociales. La confiabilidad inter-evaluador y test-retest ha sido reportada con  $r=0.824$  y  $r=0.661$ , respectivamente.

Los diagnósticos que se establecieron en este estudio por medio del instrumento incluyeron: trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta (trastorno disocial), trastorno explosivo intermitente, trastorno disruptivo de la regulación emocional, trastorno depresivo mayor, trastorno por autolesión no suicida, trastorno afectivo bipolar, trastornos

psicóticos, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de angustia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno por estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, tics, trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, trastornos de la eliminación, trastorno por uso de sustancias.

### ***MINI***

La *International Neuropsychiatric Interview* (MINI) es una entrevista diagnóstica estructurada, utilizada para explorar los principales trastornos psiquiátricos del Eje I según el DSM-IV y la CIE-10. Puede ser aplicada por clínicos y otros profesionales de la salud con un corto entrenamiento, y su tiempo de administración aproximado es de 15 minutos. En los estudios de validación demostró utilidad al compararse con otras entrevistas como la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI) y *Structured Clinical Interview for DSM-IV – Axis I* (SCID-I) con alta confiabilidad inter-evaluador así como test-retest.

Los diagnósticos principales que se evaluaron en este estudio en los padres participantes por medio del instrumento incluyeron: episodio depresivo mayor, trastorno depresivo crónico, trastorno de angustia, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, trastornos psicóticos, abuso y dependencia de alcohol, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno antisocial de la personalidad.

Estos diagnósticos fueron agrupados para su análisis en 4 áreas: problemas internalizados (episodio depresivo mayor, trastorno depresivo crónico, trastorno de angustia, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social), problemas externalizados (abuso y dependencia de alcohol, trastorno por déficit de atención e hiperactividad), trastornos psicóticos (trastornos psicóticos), y trastornos de personalidad (trastorno antisocial de la personalidad y trastorno límite de la personalidad según SCID II).

### ***SCID II***

La *Structured Clinical Interview for DSM-IV – Axis II Personality disorders* (SCID-II) es una herramienta clínica diseñada para la evaluación categórica o dimensional de los trastornos de personalidad según los criterios del DSM-IV. El cuestionario tiene 119 ítems. Esta

escala requiere ser aplicada por un profesional y tiene duración aproximada menor a 1 hora. Para cada criterio: 1 es igual a ausente, 2 es subclínico, y 3 es igual a presente.

Para este estudio se aplicaron únicamente los ítems 90 a 104 que corresponden al diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y se consideró positivo para el diagnóstico reunir 5 o más criterios. El resultado positivo se agregó al grupo de trastornos de personalidad (trastorno límite de la personalidad y trastorno antisocial de la personalidad según MINI).

### ***Olweus Bully/Victim Scale***

Esta escala fue desarrollada por Dan Olweus en 1996 y se trata del instrumento más utilizado a nivel mundial para la evaluación de involucramiento en bullying. Es autoaplicable y consta de 49 ítems. El cuestionario provee una definición de bullying y pide a los participantes que indiquen su experiencia en situaciones de acoso (victimización, perpetración o ambas) durante los últimos 2 meses.

En este estudio se determinó el puntaje de la escala de victimización y el puntaje de la escala de agresión, y se establecieron sus puntos de corte en la muestra de sujetos adolescentes. Se efectuó un análisis factorial con la muestra (n=101 participantes) utilizando los ítems asociados al fenómeno del bullying con la escala de Olweus. Se determinaron dos factores que explican el 38.7% de la varianza. El primer factor se denominó Intensidad de Victimización con el 19.5% de varianza explicada y el segundo factor Intensidad de Agresión con el 19.2% de varianza explicada. El bajo porcentaje de varianza explicado se debe fundamentalmente a que en la muestra 21.8% no presentaron puntuación en ninguno de los dos factores. Los menores con Intensidad de Victimización mayor a 5 puntos formaron un grupo inicial de víctimas y en contraparte los menores con Intensidad de Agresión mayor a 2 puntos formaron un grupo inicial de abusadores. Estos valores se determinaron utilizando el primer tercil, donde las víctimas sumaron 33 menores y los abusadores 40, la intersección entre ambos grupos generó el grupo de abusadores-víctimas. En la siguiente Tabla 1. se presentan las cargas factoriales por factor, y en la Tabla 2. se muestran los valores obtenidos en ambos factores. Algunos ítems fueron excluidos del análisis por tratar conceptos cualitativos relacionados con el bullying (p.ej., 1. ¿Qué te parece la escuela?, 3. ¿Cuántos buenos amigos tienes en tu clase o clases?, 23.

¿Cuándo presencias en la escuela que están abusando de un estudiante de tu edad, ¿qué piensas o sientes?).

**Tabla 1. Análisis factorial del Olweus Bully/Victim Scale**

ITEM	CONCEPTO	F1	F2
4	¿Qué tan frecuentemente han abusado de ti en la escuela en los últimos dos meses?	.787	
5	Me pusieron apodos ofensivos, me ridiculizaron o me molestaron de una forma hiriente.	.648	
6	Otros estudiantes me excluyeron a propósito de lo que estaban haciendo o de su grupo de amigos, o me ignoraron por completo.	.760	
7	Me pegaron, patearon, empujaron o me encerraron dentro del salón.	.702	
8	Otros estudiantes dijeron mentiras o esparcieron rumores falsos acerca de mí y trataron que les cayera mal a otros.	.564	
9	Me quitaron mi dinero u otras cosas o dañaron mis pertenencias.	.601	
10	Me amenazaron o me forzaron a hacer cosas que no quería hacer.	.738	
11	Me insultaron con comentarios acerca de mi raza o color de piel.	.123	
12	Me insultaron con comentarios o gestos con tonos sexuales.	.625	
12a	Han abusado de mí mandándome mensajes o fotos crueles o hirientes por medio de un celular, teléfono o Internet.	.302	
13	Han abusado de mi de otra forma.	.361	
16	En lo general, ¿cuántos estudiantes han abusado de ti?	.767	
17	¿Cuánto tiempo han estado abusando de ti?	.809	
22	¿Algún adulto de tu casa se ha comunicado con la escuela en los últimos dos meses para pedir que otros estudiantes dejen de abusar de ti?	.624	
38	¿Qué tan frecuentemente tienes miedo de que otros estudiantes abusen de ti?	.500	
24	¿Qué tan frecuentemente has participado en actos de abuso contra un estudiante(s) en la escuela en los últimos dos meses?		.652
25	Le puse apodos ofensivos, me burlé y lo(a) molesté de forma hiriente.		.744
26	Lo(a) excluí a propósito de lo que se estaba haciendo, de mi grupo de amigos(as) o lo(a) ignoré por completo.		.568
27	Le pegué, pateé, empujé o lo(a) encerré dentro del salón.		.747
28	Propagué rumores falsos de él o ella para provocar que les cayera mal a otros.		.640
29	Le quité dinero u otras cosas a él o a ella o dañé sus pertenencias.		.844
30	Lo(a) amenacé o forcé a hacer cosas que él o ella no quería hacer.		.500
31	Lo(a) insulté con comentarios despectivos acerca de su raza o color de piel.		.548
32	Lo(a) insulté con comentarios o gestos con tonos sexuales.		.708
32a	Abuse de él o ella mandando mensajes crueles e hirientes o fotografías ofensivas por medio de un celular o por el Internet.		.778
33	Abusé de él o ella de otra manera.		.634
34	¿Alguno(a) de tus maestros(as) ha hablado contigo en los últimos dos meses respecto a tu conducta de abuso hacia los demás?		.524
35	¿Algún adulto de tu casa ha hablado contigo en los últimos dos meses respecto a tu conducta de abuso hacia los demás?		.500

F1= Victimización. F2= Agresión.



<b>Tabla 2. Intensidad de Victimización e Intensidad de Agresión en la muestra.</b>						
<b>Factor</b>	<b>Intensidad</b>	<b>n</b>	<b>Media</b>	<b>DStd</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
Factor I	Victimización	101	4.67	6.7	0	31
Factor II	Agresión	101	2.83	5.2	0	31

Se clasificaron 4 tipos de involucramiento en bullying:

**Neutro:** Sujetos que no han sido victimizados ni han victimizado a otros de manera importante según los factores de Intensidad de Victimización o Agresión durante los últimos 2 meses.

**Víctima:** Sujetos que han sido victimizados de manera importante según el factor de Intensidad de Victimización durante los últimos 2 meses, pero no han victimizado a otros.

**Abusador:** Sujetos que no han sido victimizados pero sí han victimizado a otros de manera importante según el factor de Intensidad de Agresión durante los últimos 2 meses.

**Abusador-víctima:** Sujetos que han sido victimizados y han victimizado a otros de manera importante según los factores de Intensidad de Victimización y Agresión durante los últimos 2 meses.

### ***CTQ y Cuestionario adaptado de Experiencias en la Infancia***

El *Childhood Trauma Questionnaire - Short Form* (CTQ-SF), desarrollado por Bernstein en 2003, se considera el instrumento estándar de oro para el auto-reporte retrospectivo de maltrato en la infancia. Mide cinco tipos de maltrato los cuales incluyen: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligencia física, y negligencia emocional. Fue diseñado para edades de 12 años en adelante, y consta de 29 ítems (25 ítems maltrato y 3 ítems escala de minimización/negación) con respuesta en una escala de tipo Likert de 5 puntos (1= nunca cierto, 2= rara vez cierto, 3= a veces cierto, 4= frecuentemente cierto, 5= muy frecuentemente cierto). El tiempo de aplicación aproximado es de 10 a 20 minutos. La calificación ofrece una puntuación para maltrato general de 25 a 125 puntos. El CTQ-SF ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas en muestras clínicas y población abierta, además de especificidad, sensibilidad, validez convergente y validez discriminante satisfactorias. Se ha reportado una consistencia interna de 0.95.

El Cuestionario de Experiencias en la Infancia utilizado en este estudio es una traducción y adaptación del CTQ. Consta de 12 preguntas con respuesta en una escala de tipo Likert de 4 puntos. Se efectuaron al instrumento dos análisis factoriales para la muestra de adolescentes y sus padres (n= 101) utilizando los 12 conceptos que forman el Cuestionario de Experiencias en la Infancia. Para los adolescentes se determinaron tres factores que explican el 58.7% de la varianza. El primer factor se denominó Maltrato Físico en la Infancia con el 21.9% de varianza explicada, el segundo factor Maltrato Emocional en la Infancia con el 18.6% de varianza explicada y un tercer factor denominado Maltrato Sexual en la Infancia que explicó el 18.2% de la varianza. Estos mismos factores explicaron para los padres el 63.6% de la varianza. El primer factor Maltrato Físico en la Infancia con el 23.9% de varianza explicada, el segundo factor Maltrato Emocional en la Infancia con el 23.1% de varianza explicada y un tercer factor Maltrato Sexual en la Infancia que explicó el 16.6% de la varianza. En la Tabla 3. se presentan las cargas factoriales obtenidas para cada uno de los conceptos.

FACTOR	CONCEPTO	Adolescentes			Padres		
		Físico	Emocional	Sexual	Físico	Emocional	Sexual
1	¿Alguien en tu familia te golpeaba tan fuerte que dejó cicatrices o marcas, o tuviste que ir al hospital?	.885			.841		
1	¿Otras personas notaron las marcas de los golpes alguna vez?	.876			.814		
1	¿Alguien en tu familia te decía groserías, insultos o cosas hirientes como "tonto", "estúpido", "inútil", "ojalá no existieras" o "te odio"?	.316			.616		
1	¿Alguna vez en tu familia te negaron comida, ropa limpia o un lugar donde dormir?	.720			.660		

FACTOR	CONCEPTO	Adolescentes			Padres		
		Físico	Emocional	Sexual	Físico	Emocional	Sexual
2	¿En tu familia no te prestaban atención, aunque estuvieras enfermo o corrieras peligro?		.705			.689	
2	¿Alguna vez sentiste que por alguna razón (tus papás estaban borrachos, nunca estaban en casa, etc.) ningún adulto podía cuidar de ti?		.551			.815	
2	¿Piensas que en tu familia existía cariño, cuidados, confianza o amor?		.664			.580	
2	¿La situación en casa te hacía sentir poco especial o poco importante, con baja autoestima?		.756			.719	
2	¿Te has sentido cercano a algún miembro de tu familia, alguien te apoya?		.594			.687	
3	¿Alguien alguna vez trató o logró tocar alguna parte de tu cuerpo u obligarte a que lo tocaras sin tu consentimiento?			.470			.697
3	¿Alguien te amenazó o forzó para que hicieras cosas sexuales con esa persona?			.678			.865
3	¿Alguien abusó sexualmente de ti alguna vez?			.748			.807

Los constructos de maltrato propuestos dentro de la escala original son los siguientes:

**Maltrato infantil:** Incluye todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia, explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder <sup>70</sup>.

**Abuso físico:** Se refiere a actos infligidos que causen un daño físico real o actos con el potencial de provocarlo. Pueden ser cometidos de manera intencional o sin intención e incluyen golpes, empujones, mordeduras, rasguños, cortaduras y quemaduras <sup>71</sup>.

**Abuso sexual:** Incluye aquellos actos en que se utiliza al menor para obtener gratificación sexual sin ser necesario que exista un contacto físico. Algunos ejemplos son violación, vejación sexual, seducción y exhibicionismo <sup>71</sup>.

**Abuso emocional:** Se produce cuando no se brindan las condiciones apropiadas para el desarrollo emocional del menor, con actos que incluyen ridiculización, burlas, amenazas, intimidación, discriminación, rechazo, insultos y humillaciones, entre otros <sup>71</sup>.

**Negligencia física:** Hace referencia a situaciones en las cuales no se cumplen las medidas para promover el desarrollo del menor estando en condiciones de hacerlo. Incluye el descuido de la salud, educación, nutrición, y condiciones de vida seguras <sup>71</sup>.

**Negligencia emocional:** Se caracteriza por la falta de apoyo en cuanto al desarrollo afectivo, el cariño, la autoestima, la seguridad y confianza del menor <sup>71</sup>.

### ***Brief COPE***

La versión breve del cuestionario COPE, propuesto por Carver se basa en la teoría de Lazarus y Folkman, y plantea 14 posibles estrategias de afrontamiento llevadas a cabo por la persona ante una situación de estrés. Las estrategias incluyen autodistracción, afrontamiento activo, negación, uso de sustancias, apoyo emocional, apoyo instrumental, renuncia, descarga emocional, reformulación positiva, planificación, humor, aceptación, religión y autocrítica. El cuestionario consta de 28 ítems que clasifican las 14 estrategias en dos subtipos o estilos de afrontamiento, activo y pasivo. Se trata de una escala de tipo Likert de 4 puntos (1= nunca, 2= a veces, 3= casi siempre, 4= siempre). Cuenta con propiedades psicométricas adecuadas, con un alfa de Cronbach reportada entre 0.6 y 0.8 para cada estrategia.

Para este estudio se efectuaron dos análisis factoriales a la muestra de adolescentes y sus padres (n= 101) utilizando los 14 conceptos que forman la escala de Brief COPE. En los adolescentes se determinaron tres factores que explican el 55.2% de la varianza. El primer factor se denominó Afrontamiento Positivo con el 22.4% de varianza explicada, el segundo factor Afrontamiento Negativo con el 20.0% de varianza explicada y un tercer factor denominado Búsqueda de Ayuda que explicó el 12.8% de la varianza. Estos mismos factores explicaron para los padres el 57.6% de la varianza total, el Afrontamiento Positivo explicó el 22.4% de varianza, el Afrontamiento Negativo el 17.9% de varianza y la Búsqueda de Ayuda explicó el 17.3% de la varianza. A diferencia de la propuesta de Carver el Humor se consideró como Afrontamiento Negativo y la Religión como Afrontamiento Positivo. En la Tabla 4. se presentan las cargas factoriales por factor.

Tabla 4. Análisis factorial del Cuestionario de afrontamiento Brief COPE.							
FACTOR	CONCEPTO	Adolescentes			Padres		
		Positivo	Negativo	Ayuda	Positivo	Negativo	Ayuda
1	Aceptación	.591			.581		
1	Religión	.340			.527		
1	Planificación	.682			.816		
1	Afrontamiento activo	.768			.712		
1	Reformulación positiva	.815			.768		
2	Humor		.388			.438	
2	Descarga emocional		.601			.505	
2	Autodistracción		.185			.458	
2	Uso de sustancias		.655			.704	
2	Renuncia		.818			.677	
2	Autocrítica		.702			.652	
2	Negación		.715			.720	
3	Apoyo instrumental			.650			.862
3	Apoyo emocional			.805			.810

Los constructos propuestos por la escala original de afrontamiento son los siguientes:

**Estrategias de afrontamiento:** Se definen como esfuerzos conductuales y cognitivos que se llevan a cabo para hacer frente a una situación amenazante <sup>72</sup>. Estas estrategias pueden clasificarse en activas o pasivas según su forma de relacionarse con el estresor. El **afrontamiento activo** significa que el individuo se compromete a lidiar con el estresor o con las emociones desagradables que este genera. Incluye las estrategias de planificación, reformulación positiva, humor, aceptación, apoyo emocional y apoyo instrumental. El **afrontamiento pasivo** representa aquel en que el individuo busca la manera de escapar las implicaciones de lidiar con la situación estresante. Incluye las estrategias de renuncia, autodistracción, negación, religión, uso de sustancias, autocrítica y descarga emocional <sup>73, 74</sup>.

**Autodistracción:** Estrategia de afrontamiento utilizada para escapar del problema o situación al centrarse en actividades que impiden atenderlo y ayudan a olvidarlo <sup>74</sup>.

**Afrontamiento activo:** Estrategia de afrontamiento en la cual el individuo realiza acciones específicas para resolver el problema o situación <sup>74</sup>.

**Negación:** Estrategia de afrontamiento en la cual el individuo no cree en la realidad de lo que esta sucediendo con el resultado de no hacer frente al problema <sup>74</sup>.

**Uso de sustancias:** Estrategia mediante la cual se intenta olvidar o apartar el problema o situación con el uso de drogas ilícitas o consumo de alcohol <sup>74</sup>.

**Apoyo emocional:** Estrategia mediante la cual se busca la comprensión y el afecto de otras personas creyendo que esto apoyará en la solución del problema o situación <sup>74</sup>.

**Apoyo instrumental:** Estrategia mediante la cual se pretende encontrar apoyo de manera tangible en la utilización de material informativo o instrumentos para dar solución al problema <sup>74</sup>.

**Renuncia:** El individuo no se hace parte del problema o situación, y pretende dejarlo pasar sin enfrentarlo ni comprometerse <sup>74</sup>.

**Descarga emocional:** El individuo expresa o externa de cierta manera los sentimientos que el problema o situación le producen buscando eliminar su propia emoción negativa <sup>74</sup>.

**Reformulación positiva:** El individuo reevalúa el problema o situación buscando encontrarle un sentido diferente y obtener aprendizaje de la experiencia <sup>74</sup>.

**Planificación:** Esta estrategia de afrontamiento incluye la formulación de un proceso y pasos a seguir para controlar el problema o situación <sup>74</sup>.

**Humor:** El individuo le da un sentido diferente al problema restándole su importancia y connotaciones negativas <sup>74</sup>.

**Aceptación:** Estrategia de afrontamiento utilizada por un individuo que reconoce de forma adecuada el problema o situación por el cual está atravesando, y puede actuar de manera activa <sup>74</sup>.

**Religión:** Estrategia mediante la cual se busca refugio espiritual y se deposita la esperanza en creencias religiosas para la resolución del problema o situación <sup>74</sup>.

**Autocrítica:** El individuo se centra en sus limitaciones para resolver el problema o situación y utiliza formas de culpabilización <sup>74</sup>.

## **2.8. Procedimiento**

Se realizó el reclutamiento de los participantes adolescentes y sus familiares dentro de la Clínica de Adolescencia del INPRF. Una vez que el paciente fue admitido al Servicio de Consulta Externa y tuvo cita para integración de su expediente clínico, el investigador lo invitó a participar de acuerdo con los criterios de inclusión, explicando el objetivo y procedimientos del estudio. Los adolescentes que aceptaron participar voluntariamente

firmaron la Carta de Asentimiento Informado. Los padres que autorizaron la participación propia y de sus hijos en el estudio firmaron la Carta de Consentimiento Informado. Inicialmente se recolectó información respecto a las variables sociodemográficas de los participantes. Los adolescentes fueron valorados por medio de la entrevista clínica *Brief Psychiatric Rating Scale - Child* (BPRS-C) para determinar su diagnóstico psiquiátrico. La psicopatología de los padres se evaluó por medio de la entrevista estructurada *MINI International Neuropsychiatric Interview* (MINI) y parte del *Structured Clinical Interview for DSM-IV - Axis II Personality Disorders* (SCID-II) para diagnóstico del trastorno límite de la personalidad. Posteriormente se procedió a la aplicación de escalas clinimétricas de auto-reporte. Para los adolescentes se administraron la *Revised Olweus Bully/Victim Scale*, el cuestionario de experiencias en la infancia basado en el *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ), y el *Brief COPE Inventory*. Para los padres se administraron el cuestionario de experiencias en la infancia y el *Brief COPE Inventory*. Posteriormente se acompañó a los participantes al Laboratorio de Farmacogenética para la recolección de la muestra para el estudio genético realizado a los adolescentes.

## **2.9. Metodología genética**

La muestra fue obtenida mediante raspado bucal y obtención del ADN por el Kit Genra Puregen Buccal Cell (Qiagen).

### **Analisis del polimorfismo 5-HTTLPR del gen SLC6A4**

Se llevó a cabo la amplificación del polimorfismo 5-HTTLPR mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), en un volumen de reacción de 15 ul contenido 1.8mM mgCl<sub>2</sub>, 200mM de dATP, dCTP y dTTP, 100mM de dGTP y 7-deaza-dGTP, 1 unidad de AmpliTaq Gold polimerasa (AmpliTaQ Gold, Perkin Elmer, Norwalk, CT, USA), 0.25uM de cada primer (sense: 5-GGC GTT GCC GCT CTG AAT TGC y antisense: 5´GAG GGA CTG AGC TGG ACA ACC CAC) (Heils et al 1996) y 100 ng de ADN genómico.

El método consistió de un paso inicial de desnaturalización de 12 minutos a 95° C, seguido por 40 ciclos constituidos por 30 segundos a 95° C, 30 segundos a 62° C y 1 minuto a 72° C con un paso final de 7 minutos a 72° C. Los productos de la PCR fueron separados por electroforesis en geles de agarosa al 2% y visualizados con luz UV después de su tinción con bromuro de etidio.

### ***Análisis del polimorfismo rs25531 del gen SLC6A4***

La genotipificación de la región se realizó mediante el método de discriminación alélica con sondas TaqMan. El volumen final de la reacción fue de 5 ml y contuvo las siguientes condiciones de reacción: 20 ng de ADN genómico, 2.5 µL de TaqMan Master Mix, y 0.125 µL de 20x de las sondas “Assay made to order”, ensayo C\_11414113\_\_20. La amplificación fue llevada a cabo con el equipo 7500 real time PCR system con SDS v2.1 software (Applied Biosystems). El análisis mediante discriminación alélica se realizó por la identificación estandarizada de cada uno de los genotipos para cada región analizada.

### ***Análisis del polimorfismo 48 pb-exón III/DRD4***

El análisis del polimorfismo 48-bp repeat-exon III DRD4 se realizó utilizando las condiciones descritas por Lichter et al.: D4-3 (5'- GCG ACT ACG TGG TCT ACT CG -3') y D4-42 (5'- AGG ACC CTC ATG GCC TTG -3'). La reacción de PCR se llevó a cabo en un volumen final de 12.5 µl conteniendo 1 mM MgCl<sub>2</sub>, 200 µM de cada dATP, dCTP, dTTP, 100 µM dGTP y 100 µM 7-Deaza-dGTP, 10% DMSO, 0.6 U Taq polimerasa, 0.25 µM de cada primer y 125 ng de ADN. Después de un paso inicial de desnaturalización por 12 minutos a 95°C, 42 ciclos se realizaron con las siguientes condiciones: 20 segundos a 95°C, 20 segundos a 54°C y 40 segundos a 72°C, seguido por un paso final de extensión por 4 minutos a 72°C. Los productos de la PCR fueron resueltos en un gel de metaphor/agarosa 1:1 al 2.2% y visualizado bajo luz UV teñido con bromuro de etidio. El tamaño de los alelos fue determinado por comparación con escalera de 50 pb de ADN.

## ***2.10. Análisis estadístico***

Se realizó estadística descriptiva para las características clínicas y sociodemográficas entre grupos de presentación de bullying. Se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, así como medias y desviación estándar (DE) para las variables numéricas. Se efectuó análisis factorial exploratorio por el método de componentes principales con rotación varimax para las escalas de Olweus Bully/Victim, Cuestionario de Experiencias de Maltrato en la Infancia y Brief COPE. El procedimiento anterior proporcionó variables dimensionales. Para la comparación de las variables dimensionales



se utilizó ANOVA simple, para las variables categóricas Prueba  $\chi^2$  o Prueba Exacta de Fisher según el caso. Se realizaron regresiones lineales para el análisis de Trayectorias en el que se utilizó Análisis de Modelos de Ecuaciones Estructurales usando el programa IBM SPSS AMOS V21.0.

### **2.11. Consideraciones éticas**

Este estudio consistió solamente de una fase en que se requirió la participación del paciente y su familiar. Dicha participación consistió en responder a las entrevistas clínicas y escalas autoaplicables, y en el caso de los adolescentes, conceder la muestra de ADN obtenida mediante raspado bucal. El riesgo para ambos grupos participantes fue el mínimo de acuerdo a las especificaciones del Comité de Ética e Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” y de acuerdo con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. En todos los casos, se obtuvo el consentimiento de participación voluntaria previo al ingreso de las familias al estudio. Al tratarse de menores de edad, los participantes adolescentes debieron leer y firmar la *Carta de Asentimiento Informado*, mientras que los familiares debieron leer y firmar la *Carta de Consentimiento Informado*. Únicamente se incluyó a aquellos que contaban con ambos documentos firmados. Los participantes pudieron retirar su consentimiento de participación en cualquier momento sin que esto perjudicara la atención recibida en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

El investigador se presentó disponible para aclarar cualquier duda relacionada con los objetivos y procedimientos del estudio. Dentro de las explicaciones de la investigación se enfatizó la confidencialidad de las mediciones y resultados obtenidos. La confidencialidad de los sujetos participantes fue protegida por los investigadores durante todo el periodo del estudio y posterior a su terminación. Se omitieron los nombres de los participantes en las bases de datos, asignándose un código secuencial para los análisis estadísticos. El material genético de aquellos excluidos del protocolo por cualquier motivo fue destruido. La evaluación de las variables de estudio (diagnóstico psiquiátrico, involucramiento en bullying, experiencias traumáticas, estrategias de afrontamiento, y genotipos) se llevó a cabo respetando la individualidad del participante.

Finalmente, se proporcionaron a los participantes los números telefónicos del investigador para que pudieran contactarlo en caso necesario. Además, se informaron los horarios del Servicio de Atención Psiquiátrica Continua (APC) dónde se pudo solicitar atención ante cualquier eventualidad. La correlación entre variables se calculó utilizando el Coeficiente de Correlación de Person. El análisis multivariado

### 3. Resultados

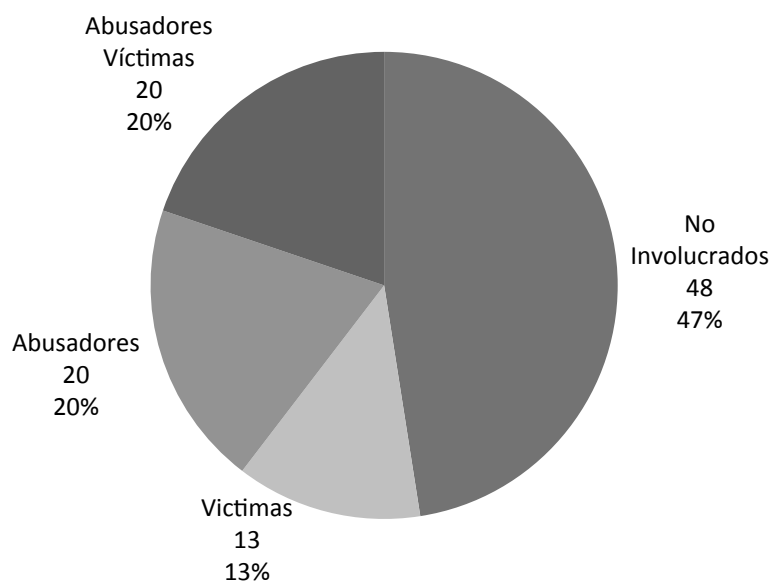
#### 3.1. Grupos de involucramiento en Bullying

Según los factores de la escala de Olweus para abusadores/víctimas se formaron los grupos de presentaciones del fenómeno de bullying. Se agrupó a los menores en 4 grupos: No involucrados (n=48), víctimas (n=13), abusadores (n=20), y abusadores-víctimas (n=20). Las víctimas y abusadores-víctimas mostraron una media mayor a 12.39 en las escala de victimización, mientras que los abusadores y los abusadores-víctimas mostraron una media mayor a 6.15 en la escala de agresión (Tabla 5.).

Intensidad	Grupo	n	Media	DStd	Min	Max
Victimización	No Involucrados	48	.81	1.1	0	4
	Víctimas	13	<b>12.39</b>	7.1	5	26
	Abusadores	20	1.15	1.1	0	3
	Abusadores-víctimas	20	<b>12.45</b>	8.0	5	31
Agresión	No Involucrados	48	.17	0.4	0	1
	Víctimas	13	.15	0.4	0	1
	Abusadores	20	<b>6.15</b>	6.4	2	31
	Abusadores-víctimas	20	<b>7.65</b>	6.37	2	23

Es importante mencionar que de los 33 menores considerados víctimas, 20 de ellos también manifestaron ser abusadores. Los grupos quedaron formados de acuerdo a la siguiente gráfica (Figura 1.).

**Figura 1. Grupos de involucramiento en bullying.**



### 3.2. Variables sociodemográficas

La muestra consistió de un total de 101 participantes y uno de sus padres biológicos. En la Tabla 6 se describen características sociodemográficas de la muestra. La edad promedio de los participantes fue de  $14.9 \pm 4.1$  años y 52.5% fueron del sexo femenino.

A continuación también se presentan las diferencias entre grupos para las variables sociodemográficas de edad del adolescente, género del adolescente, escolaridad del adolescente y nivel socioeconómico familiar (Tabla 7). La escolaridad mostró una tendencia a ser mayor para el grupo de abusadores y abusadores-víctima.

Característica	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Porcentaje de acumulación
<b>Sexo</b>			
Masculino	48	47.5	47.5
Femenino	53	52.5	100.0
<b>Grado escolar</b>			
1ro de secundaria	9	8.9	8.9
2do de secundaria	16	15.8	24.8
3ro de secundaria	33	32.7	57.4

1ro de preparatoria	31	30.7	88.1
2do de preparatoria	7	6.9	95.0
3ro de preparatoria	5	5.0	100.0
<b>Edad</b> (promedio $\pm$ DE)			14.9 $\pm$ 4.1 años
<b>Nivel Socioeconómico (NSE)</b>			
1	17	16.8	16.8
2	39	38.6	55.4
3	33	32.7	88.1
4	8	7.9	96.0
5	4	4.0	100.0

**Tabla 7. Variables sociodemográficas de la muestra.**

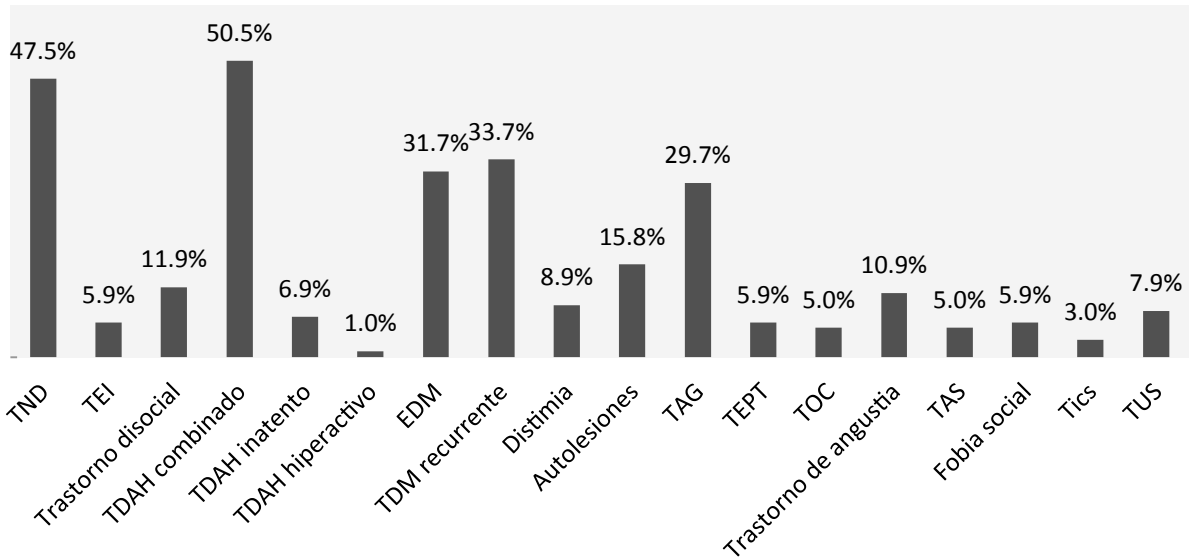
	No involucrados (n=48)	Víctimas (n=13)	Abusadores (n=20)	Abusadores víctimas (n=20)	F	Sig
Edad [media(DStd)]	15.2(1.5)	15.2(1.5)	14.5(1.2)	14.5(1.6)	1.986	0.121
Género [%(n)]	50.0%(48)	61.5%(13)	55.0%(20)	50.0%(20)		0.909 *
Escolaridad [media(DStd)]	9.5(1.1)	9.6(1)	9.1(1.2)	8.7(1.4)	2.800	0.044
Nivel Socioeconómico [media(DStd)]	2.5(0.9)	3.0(1.4)	2.3(0.9)	2.1(0.8)	2.409	0.072

\*Prueba Exacta de Fisher

### **3.3. Resultados clínicos de la muestra**

Se obtuvieron datos clínicos relacionados al diagnóstico de los participantes (Figura 2). El 50.5% de los jóvenes sostenía el diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad de presentación combinada, seguido de 47.5% con diagnóstico de trastorno negativista desafiante, 33.7% trastorno depresivo mayor recurrente, 31.7% episodio depresivo mayor único, y 29.7% trastorno de ansiedad generalizada. El 84.1% de los pacientes presentó más de un diagnóstico psiquiátrico por BPRS, y el 56.4% presentó 3 o más diagnósticos.

**Figura 2.** Características clínicas de la muestra de adolescentes.



TND: Trastorno Negativista Desafiante, TEI: Trastorno Explosivo Intermitente, TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, EDM: Episodio Depresivo Mayor, TDM: Trastorno Depresivo Mayor, TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada, TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático, TOC: Trastorno Obsesivo Compulsivo, TAS: Trastorno de Ansiedad por Separación, TUS: Trastorno por Uso de Sustancias.

En cuanto a los diagnósticos de psicopatología se encontraron diferencias significativas en el número de diagnósticos presentes en el menor ( $p= 0.032$ ), y en los problemas externalizados ( $p= 0.010$ ), ambos para las presentaciones de víctimas y abusadores. No se encontraron diferencias relacionadas a los diagnósticos de los padres. Tabla 8.

	No involucrados (n=48)	Víctimas (n=13)	Abusadores (n=20)	Abusadores víctimas (n=20)	F	Sig
Diagnósticos comórbidos [media(DStd)]	2.6 (1.3)	<b>3.4 (1.7)</b>	<b>3.5 (1.4)</b>	2.6 (1.3)	3.05	0.032
Problemas Externalizados [% (n)]	41.7 % (20)	<b>69.2 % (9)</b>	<b>70.0 % (14)</b>	25.0 % (5)		0.010*
Problemas Internalizados [% (n)]	43.8 % (21)	69.2 % (9)	40 % (8)	50 % (10)		0.370*
Diagnósticos comórbidos en Padres [media(DStd)]	1.6 (2.0)	1.5 (1.5)	1.2 (1.9)	1.4 (1.5)	0.249	0.862

Problemas Internalizados [% (n)]	43.8 % (21)	69.2 % (9)	40 % (8)	50 % (10)		0.366*
Trastorno de Personalidad [% (n)]	16.7 % (8)	7.7 % (1)	15 % (3)	10 % (2)		0.848*
Uso de Sustancias [% (n)]	8.3 % (4)	7.7 % (1)	0 % (0)	5 % (1)		0.598*

\*Prueba Exacta de Fisher

### 3.4. Experiencias de Maltrato en la Infancia

A continuación, se presentan las medias y desviaciones estándar encontradas para la escala de maltrato en la infancia de los menores y de sus padres. Las experiencias de Maltrato Físico mostraron una tendencia siendo mayores para el grupo de las víctimas. Asimismo, las víctimas mostraron una tendencia a presentar mayor Maltrato Emocional durante la infancia. Se encontró una relación significativa entre las víctimas y las experiencias de Maltrato Sexual en la infancia. En este análisis, no se encontraron diferencias significativas entre grupos al relacionarlos con las experiencias de maltrato en la infancia de los padres.

Correlación Adolescente-Padre	No involucrados (n=48)	Víctimas (n=13)	Abusadores (n=20)	Abusadores víctimas (n=20)	F	Sig
<b>Adolescentes</b>						
Físico	1.2(1.6)	<b>2.7(3.6)</b>	1.9(1.8)	2.3(2.6)	2.22	0.090
Emocional	1.0(2.2)	<b>2.8(3.2)</b>	1.6(1.8)	1.8(1.7)	2.43	0.070
Sexual	0.1(0.3)	<b>0.5(1.1)</b>	0.1(0.4)	0.2(0.4)	2.91	0.038
<b>Padres</b>						
Físico	2.4(2.7)	3.4(4.5)	2.1(2.8)	2.4(3.5)	0.48	0.699
Emocional	3.5(4.6)	3.9(5.7)	2.4(3.3)	2.7(3.7)	0.52	0.669
Sexual	0.9(1.5)	1.3(1.8)	1.1(1.7)	0.7(1.5)	0.52	0.667

### 3.5. Afrontamiento al estrés

Para la escala de afrontamiento, las medias y desviaciones estándar encontradas en los grupos de menores y padres mostraron una tendencia entre los abusadores-víctimas y víctimas, y el afrontamiento positivo. Se encontró una asociación significativa entre el afrontamiento negativo y el grupo de adolescentes víctimas. Por otra parte, los resultados de la escala de afrontamiento al estrés de los padres no mostraron diferencias significativas entre grupos (Tabla 10.).

<b>Tabla 10. Afrontamiento en menores y padres según grupo de involucramiento en bullying.</b>						
Afrontamiento [media(DStd)]	No involucrados (n=48)	Víctimas (n=13)	Abusadores (n=20)	Abusadores víctimas (n=20)	F	Sig
<b>Adolescentes</b>						
Positivo	12.8(5.7)	<b>14.1(6)</b>	10.1(5.8)	<b>15.2(6.9)</b>	2.60	0.057
Negativo	13.4(7.3)	<b>20.7(6.5)</b>	13.7(8.6)	17.9(7.6)	4.29	0.007
Ayuda	7.3(4.3)	8.0(2.5)	6.0(3.8)	7.6(3.4)	0.91	0.439
<b>Padres</b>						
Positivo	17.1(6.9)	17.1(6.1)	17.3(6.3)	18.1(5.9)	0.11	0.955
Negativo	12.7(7)	14.5(6.7)	16.7(6.8)	13.3(6.4)	1.64	0.186
Ayuda	5.8(3.6)	6.2(3)	6.7(3.2)	6.7(3.1)	0.46	0.713

### 3.6. Relación entre afrontamiento y experiencias de maltrato para padres e hijos

Se realizaron comparaciones de los resultados de las escalas de afrontamiento y de experiencias de maltrato en la infancia para los menores y sus padres. Las correlaciones encontradas para cada escala se muestran en la Tabla 11. Se encontraron correlaciones positivas significativas entre el Afrontamiento Negativo de los padres e hijos y el grupo de menores abusadores y una tendencia para el grupo de abusadores-víctimas. Se encontró una correlación positiva significativa entre la experiencia de Maltrato Sexual en la Infancia de los padres y sus hijos, y el grupo de menores abusadores.



**Tabla 11. Correlación entre Afrontamiento y Maltrato en la Infancia para padres e hijos.**

Correlación Adolescente-Padre	No involucrados (n=48)		Víctimas (n=13)		Abusadores (n=20)		Abusadores víctimas (n=20)		Total (n=101)	
	r	Sig	r	Sig	r	Sig	r	Sig	r	Sig
<b>Afrontamiento</b>										
Positivo	0.14	0.340	0.33	0.266	0.33	0.150	-0.11	0.647	0.15	0.136
Negativo	0.03	0.846	-0.06	0.842	0.49	<b>0.029</b>	0.45	<b>0.045</b>	0.19	<b>0.059</b>
Ayuda	-0.14	0.345	-0.10	0.750	-0.07	0.784	0.00	0.990	-0.10	0.299
<b>Maltrato en la Infancia</b>										
Físico	0.23	0.110	-0.07	0.812	-0.05	0.836	0.01	0.983	0.06	0.573
Emocional	0.04	0.809	-0.07	0.831	0.26	0.272	0.14	0.546	0.05	0.602
Sexual	0.11	0.467	-0.25	0.416	0.56	<b>0.011</b>	-0.09	0.702	0.06	0.536

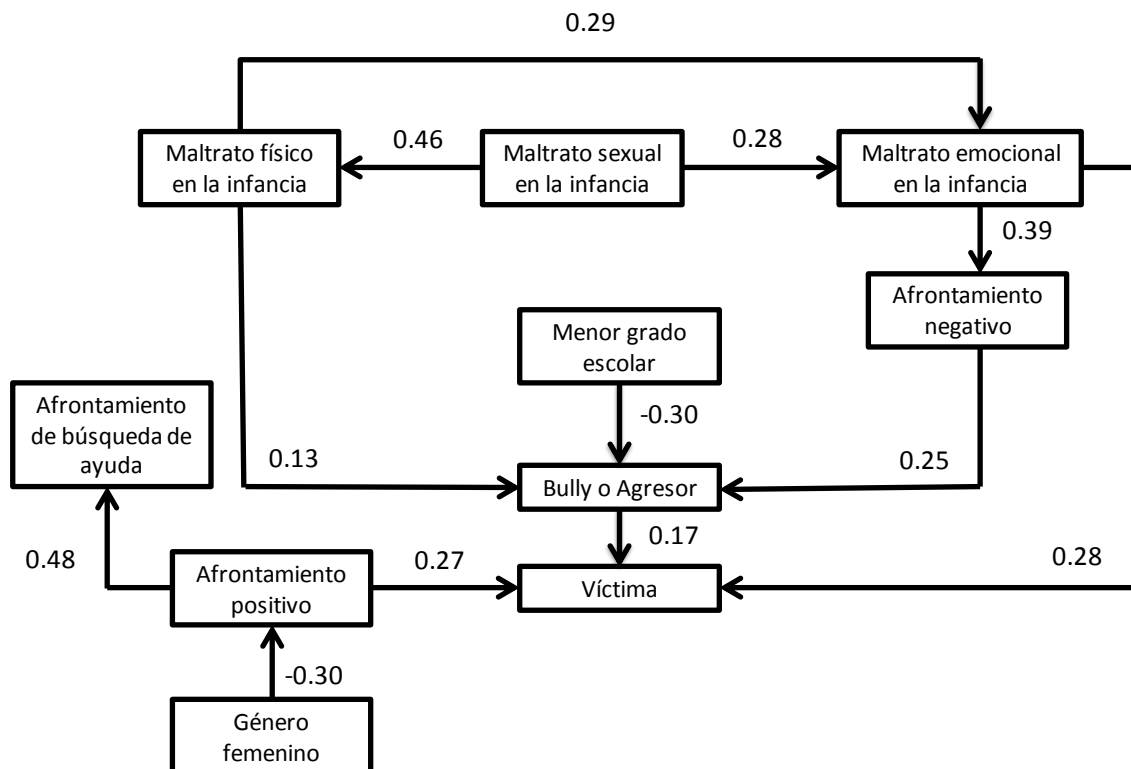
### 3.7. Modelos de trayectorias para menores y sus padres

El modelo de trayectorias mostró 12 relaciones hipotéticas entre las variables de estudio para los menores (Figura 3.). La descripción de estas relaciones para los adolescentes participantes de la muestra se presenta a continuación:

- El Maltrato Sexual en la Infancia predice Maltrato Físico en la Infancia ( $\beta = 0.46$ ,  $z = 5.174$ ,  $p = <0.001$ ).
- El Maltrato Físico en la Infancia predice Maltrato Emocional en la Infancia ( $\beta = 0.29$ ,  $z = 2.918$ ,  $p = 0.004$ ).
- El Maltrato Sexual en la Infancia predice Maltrato Emocional en la Infancia ( $\beta = 0.28$ ,  $z = 2.873$ ,  $p = 0.004$ ).
- El Maltrato Emocional en la Infancia predice un Afrontamiento Negativo ( $\beta = 0.39$ ,  $z = 4.271$ ,  $p = <0.001$ ).
- El Afrontamiento Negativo predice una mayor calificación en la Escala de Agresión del Cuestionario de Olweus ( $\beta = 0.25$ ,  $z = 2.744$ ,  $p = 0.006$ ).
- Una mayor escolaridad se asocia con menor calificación en la Escala de Agresión, es decir en los grados escolares más altos se encontraron menos agresores ( $\beta = -0.30$ ,  $z = -3.25$ ,  $p = 0.001$ ).

- Los varones presentaron menor Afrontamiento Positivo ( $\beta = -0.30$ ,  $z = -3.128$ ,  $p = 0.002$ ).
- El maltrato Físico en la Infancia predice una mayor calificación en la Escala de Agresión del Cuestionario de Olweus ( $\beta = 0.13$ ,  $z = 1.364$ ,  $p = 0.173$ ).
- El Afrontamiento Positivo fue encontrado mayormente en víctimas ( $\beta = 0.27$ ,  $z = 2.965$ ,  $p = 0.003$ ).
- El Maltrato Emocional en la Infancia predice mayor calificación en la Escala de Victimización del Cuestionario de Olweus ( $\beta = 0.28$ ,  $z = 3.037$ ,  $p = 0.002$ ).
- El Afrontamiento Positivo predice mayor Afrontamiento de Búsqueda de Ayuda ( $\beta = 0.48$ ,  $z = 5.403$ ,  $p < 0.001$ ).
- Ser agresor predice también poder ser víctima ( $\beta = 0.17$ ,  $z = 1.853$ ,  $p = 0.064$ ).

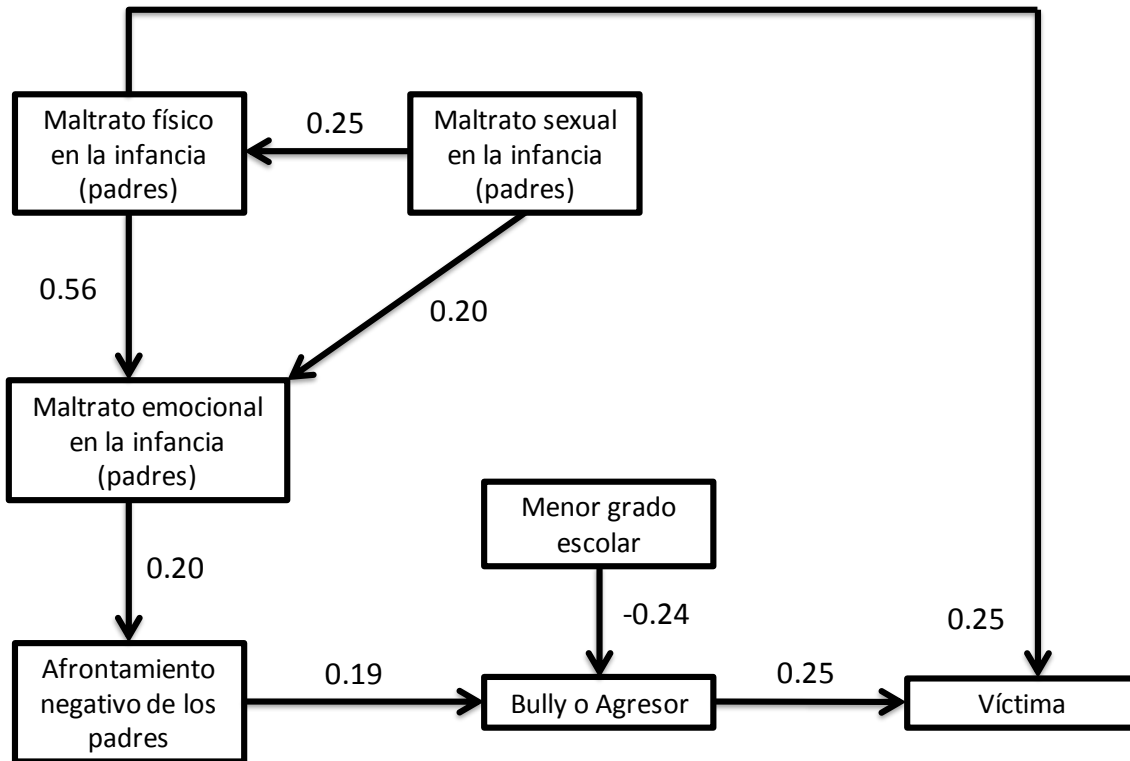
**Figura 3. Modelo de trayectorias para los menores involucrados en bullying.**



Asimismo, el modelo de trayectorias generó 8 relaciones para los padres (Figura 4.). La descripción de estas relaciones para los padres de menores involucrados en bullying es:

- El Maltrato Sexual en la Infancia de los padres predice que también sufrieran Maltrato Físico en la Infancia ( $\beta= 0.25$ ,  $z= 2.557$ ,  $p= 0.011$ ).
- El Maltrato Físico en la Infancia de los padres predice que también sufrieran Maltrato Emocional en la Infancia ( $\beta= 0.56$ ,  $z= 6.953$ ,  $p= <0.001$ ).
- El Maltrato Sexual en la Infancia de los padres predice que sufrieran también Maltrato Emocional en la Infancia ( $\beta= 0.20$ ,  $z= 2.478$ ,  $p= 0.013$ ).
- El Maltrato Emocional en la Infancia de los padres predice mayor Afrontamiento Negativo de los padres ( $\beta= 0.20$ ,  $z= 2.049$ ,  $p= 0.040$ ).
- Un mayor Afrontamiento Negativo en los padres predice mayor calificación en la Escala de Agresión del Cuestionario de Olweus de los hijos ( $\beta= 0.19$ ,  $z= 2.046$ ,  $p= 0.041$ ).
- Una mayor escolaridad se asocia con menor calificación en la Escala de Agresión del Cuestionario de Olweus, es decir en los grados escolares más altos se encontraron menos agresores ( $\beta= -0.24$ ,  $z= -2.563$ ,  $p= 0.01$ ).
- Ser agresor predice también poder ser víctima ( $\beta= 0.25$ ,  $z= 2.678$ ,  $p= 0.007$ ).
- El Maltrato Físico en la Infancia de los padres predice mayor calificación en la Escala de Victimización del Cuestionario de Olweus de sus hijos ( $\beta= 0.25$ ,  $z= 2.651$ ,  $p= 0.008$ ).

**Figura 4. Modelo de trayectorias para los padres de menores involucrados en bullying.**



### 3.8. Factores genéticos (polimorfismos 5-HTTLR, r225531, y 7r-DRD4)

En cuanto al estudio genético realizado a los participantes adolescentes, no se encontraron diferencias significativas entre las variaciones alélicas del polimorfismo 5-HTT del gen del transportador de serotonina (SLC6A4) y los grupos de bullying. Sin embargo el tamaño de la muestra no pudo alcanzar el poder estadístico para realizar un análisis más confiable entre los 4 grupos de involucramiento en bullying. Esto también fue cierto para el análisis del polimorfismo rs25531 del gen transportador de serotonina (SLC6A4) donde no se observó asociación entre presencia del alelo corto y el involucramiento en conductas de acoso escolar. A continuación se muestran las tablas de contingencia y pruebas de chi-cuadrado para la muestra genética.

**Tabla 12. Frecuencias de variaciones de alelos del polimorfismo 5-HTTPLR.**

<b>5-HTT2PR</b>	LL	SL	SS	Total
No involucrados	16	23	3	42
Víctimas	4	6	2	12
Abusadores	5	8	2	15
Abusadores-víctimas	6	10	0	16
Total	31	47	7	85

**Tabla 12a. Significancia de la asociación entre variantes alélicas 5-HTTPLR y grupos de bullying.**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.219 <sup>a</sup>	6	.781	.806
Estadístico exacto de Fisher	3.357			.793
N de casos válidos	85			

**Tabla 13. Frecuencias de variaciones de alelos del polimorfismo r225531.**

<b>r225531</b>	AA	AG	GG	SS	Total
No involucrados	20	5	16	1	42
Víctimas	6	2	4	0	12
Abusadores	9	2	5	0	16
Abusadores-víctimas	8	2	6	0	16
Total	43	11	31	1	86

**Tabla 13a. Significancia de la asociación entre variantes alélicas r225531 y grupos de bullying.**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>	Valor	gl	Sig.	Sig. Exacta
Chi-cuadrado de Pearson	1.574	9	.997	.999
Estadístico exacto de Fisher	2.983			.999
N de casos válidos	86			

Al análisis que se realizó a la muestra para determinar diferencias en el gen receptor a dopamina D4 (DRD4) tampoco mostró asociaciones significativas entre los varios polimorfismos del gen (en particular la variante de 7 repetidas (r) del exón 3 del gen DRD4), y la predisposición a pertenecer a algún grupo de presentación de bullying.

**Tabla 14. Frecuencias de variaciones polimórficas del gen DRD4.**

<b>DRD4</b>	Portador del alelo 7	No portador del alelo 7	Total
No involucrados	20	23	43
Víctimas	2	10	12
Abusadores	8	10	18
Abusadores-víctimas	8	9	17
Total	38	52	90

**Tabla 14a. Significancia de la asociación entre variantes polimórficas DRD4 y grupos de bullying.**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>	Valor	gl	Sig.	Sig. Exacta
Chi-cuadrado de Pearson	3.736 <sup>a</sup>	3	.291	.313
Estadístico exacto de Fisher	3.765			.305
N de casos válidos	90			

## 4. Discusión

El presente estudio se propuso identificar si existen asociaciones significativas entre las características clínicas, demográficas, de adversidad psicosocial y genéticas identificadas por los genes del transportador de serotonina (SLC6A4) y del receptor D4 a dopamina (DRD4) de una muestra de adolescentes con psicopatología, y las distintas presentaciones de bullying (no involucrados, víctimas, abusadores, y abusadores-víctima). Los principales hallazgos fueron: 1) Una estimación del involucramiento en bullying del 53% en una muestra formada por adolescentes con uno o más diagnósticos psiquiátricos. 2) Una asociación entre la comorbilidad y los trastornos externalizados con las presentaciones de bullying de víctimas y abusadores. 3) Una relación significativa entre las víctimas de bullying y el reporte de experiencias de Maltrato Sexual en la infancia. 4) Una asociación significativa entre el factor de afrontamiento negativo y el grupo de adolescentes víctimas de bullying. 5) Una correlación positiva entre el factor de afrontamiento negativo de los padres e hijos y el grupo de menores abusadores. 6) Una correlación positiva significativa entre la experiencia de Maltrato Sexual en la Infancia de los padres y de sus hijos, y el grupo de menores abusadores. 7) 12 relaciones hipotéticas entre las variables de estudio para los menores y 8 relaciones para sus padres descritas por un modelo de trayectorias. Desafortunadamente, en esta investigación no se logró establecer una asociación entre las presentaciones de involucramiento en bullying y los genes del SLC6A4y DRD4.

De manera esperada el involucramiento en bullying fue relevante en la población clínica de adolescentes con diagnósticos psicopatológicos, observándose en más de la mitad (53%) de los participantes de la muestra. La cantidad de abusadores, víctimas y abusadores-víctimas en este estudio fue muy similar entre sí, a diferencia de lo que se encuentra en la literatura principalmente para los abusadores-víctima donde se ha descrito que este grupo conforma aproximadamente el 3% de la población escolar <sup>2</sup>. En la muestra se encontraron en el 20% de los participantes. Esto sugiere posiblemente una distribución distinta para adolescentes en población clínica.

Acerca de la formación de los grupos de presentación del bullying, es importante tener en cuenta que la utilización de los puntos de corte establecidos para los factores de Intensidad de Victimización e Intensidad de Agresión da una mayor especificidad a los resultados, sin embargo estableció una medida menos sensible para el involucramiento en el fenómeno. Es decir, algunos participantes que reportaron involucramiento pero que no alcanzaron el punto de corte permanecieron en el grupo de no involucrados, sugiriendo que el involucramiento podría ser aún mayor al reportado. Sin embargo para fines del análisis de asociaciones se tomaron en cuenta aquellos con un grado mayor de participación en bullying ya sea para el factor de agresión o victimización.

En cuanto a la tendencia de los abusadores a tener menor grado escolar, un estudio realizado por Xingchao y colaboradores encontró que los menores que cursaban la adolescencia temprana y media eran más propensos a involucrarse en bullying como agresores que como defensores. En dicho estudio también se vinculó al maltrato en la infancia y se propuso a la edad como un moderador entre la relación del maltrato en la infancia con el bullying <sup>75</sup>, esto explicado posiblemente por la disminución de los efectos ambientales sobre el comportamiento antisocial conforme incrementa la edad <sup>76</sup>.

Contrario a lo que se ha descrito previamente en cuanto a las comorbilidades y su mayor prevalencia en el grupo de abusadores-víctima <sup>19, 42</sup>, en este estudio se encontraron mayor número de diagnósticos en víctimas y abusadores puros que en los involucrados “mixtos”. Esto podría deberse a un efecto de características de la muestra al tratarse de una población clínica. En las poblaciones clínicas en psiquiatría se dice que la comorbilidad es más la regla que la excepción, y en este trabajo de investigación se encontró en el 84.1% de los participantes de la muestra. Asimismo, los problemas externalizados mostraron una asociación significativa con las presentaciones de bullying de víctimas y abusadores, este resultado fue independiente a que se presentaran como los diagnósticos más prevalentes en la muestra después del trastorno por déficit de atención (trastorno negativista desafiante: 47.5%). Por otra parte, la psicopatología en los padres no mostró ninguna relación con el involucramiento de los menores como víctima, agresor o ambos. Esto pudo deberse a un efecto del tamaño de la muestra o a que solamente participó uno de los padres del menor en el análisis. Probablemente el padre más involucrado con la atención



en beneficio del menor o el más resiliente e inclinado a aceptar una atención médica psiquiátrica en ayuda al menor <sup>44,45</sup>.

La presentación de bullying de víctima fue la más afectada por las experiencias de maltrato infantil, mostrando una tendencia de mayor maltrato físico y emocional por parte de familiares en algún punto durante su infancia, y una asociación significativa entre la victimización escolar y el trauma sexual. Se ha explicado en estudios como el de Duncan en 1999, que el maltrato temprano genera esquemas maladaptativos que promueven el desarrollo de trastornos emocionales y victimización subsecuente en el transcurso de la vida <sup>77, 78, 79</sup>. A su vez, los padres de la muestra reportaron mayor frecuencia de maltrato emocional, físico y sexual que sus hijos, sin embargo esto no se vio asociado a la participación de sus hijos en bullying, y podría considerarse que guarde relación con el hecho que se trata de una muestra clínica. Incluso podría sugerir la existencia de un factor protector en los padres abusados que procuran proteger a sus hijos de ciertos tipos de abuso que ellos pudieron haber sufrido (físico y sexual), y que están mayormente dispuestos a buscar atención para ellos. El abuso más reportado por los menores fue de tipo emocional, el ítem más calificado altamente por los jóvenes fue el de insultos por parte de un miembro de su familia.

Las víctimas y los abusadores-víctimas mostraron una tendencia a emplear un mayor afrontamiento positivo que involucra el aceptar su situación, planificar posibles soluciones, actuar para resolver el problema, o reinterpretar su situación. La asociación significativa encontrada en el grupo de adolescentes víctimas con el afrontamiento negativo sugiere que aquellos jóvenes receptores de agresiones también tienden a emplear, y en mayor medida, estrategias como la autodistracción, uso de sustancias, renuncia, autocrítica y negación como estrategias de afrontamiento. Cabe mencionar que la escala de afrontamiento se aplicó en este estudio sin especificar a que situación estresante se referían los participantes al calificar, los menores probablemente no se refirieron específicamente a su afrontamiento del bullying, sino a las estrategias que conforman su estilo de afrontamiento en general. Es esperado que aquellos menores que caen víctimas de un abuso escolar crónico tengan fallas para afrontar los estresores, lo que explica su inhabilidad para resolver o salir del estatus de victimizados <sup>41</sup>. El afrontamiento de los

padres no se vio relacionado con el involucramiento de sus hijos en bullying como víctima, abusador, abusador-víctima, o “neutro”. El afrontamiento de los padres mostró una mayor influencia sobre el afrontamiento negativo de sus hijos, como se describió en el análisis de correlación de padres e hijos.

Al realizar las correlaciones entre escalas de experiencias en la infancia y afrontamiento, para padres e hijos, se encontró una correlación del afrontamiento negativo de los padres y de los menores con el grupo de abusadores, y una tendencia para el grupo de abusadores-víctimas. Esto sugiere que aquellos padres con uso de sustancias, renuncia, autocrítica, y negación como principales estrategias de afrontamiento son más propensos a tener hijos con mayor calificación en la escala de agresión. Esto probablemente influenciado por sus prácticas de crianza. En el grupo de abusadores se ha descrito que las prácticas disciplinarias abusivas o punitivas por parte de los padres en la adolescencia generan vulnerabilidad para ejercer abusos en el ámbito escolar <sup>80</sup>. Sin embargo, los estilos de crianza no fueron evaluados de forma objetiva en esta investigación. Por otra parte, la segunda correlación positiva significativa observada en este estudio, fue una mayor experiencia de maltrato sexual en padres e hijos asociada con la presentación de bullying de abusadores. A pesar de que este hallazgo no ha sido replicado, corresponde con las teorías que apuntan a la importancia de las experiencias graves de maltrato en el contexto familiar y su relación con el involucramiento en bullying <sup>75, 81</sup>.

El modelo de trayectorias para menores, confirmó que los diferentes tipos de maltrato en la infancia se relacionan entre sí. Por ejemplo, un mayor maltrato físico predice con mayor probabilidad la presencia de maltrato emocional. Este hecho se ha reproducido en estudios similares reportados en la literatura científica sobre abuso infantil <sup>82, 83</sup>. Un estudio realizado por Frías y Finkelhor a una muestra de jóvenes mexicanos entre los 12 y 17 años de edad, examinó sus experiencias de victimización mostrando que durante el año 2014 más de 2.8 millones de menores fueron víctimas de bullying, cyberbullying, asalto, abuso sexual, violencia física, amenazas, y extorsión. Esta investigación describió que las experiencias de victimización no son independientes unas de otras y que la probabilidad de experimentar un tipo de abuso incrementaba las posibilidades de sufrir otros (por ejemplo el maltrato físico incrementó 8.3 veces la probabilidad de recibir bullying

y 6.4 veces la probabilidad de sufrir abuso sexual)<sup>84</sup>. En nuestro modelo de trayectorias, el afrontamiento negativo se encontró más en aquellos menores con puntuaciones altas en la escala de agresión comprobando la hipótesis de que los agresores mostrarían estrategias de afrontamiento al estrés características. Sin embargo, no se encontraron más asociaciones entre el factor de afrontamiento y otros grupos de involucramiento en bullying. Esto pudiera ser, como se mencionó anteriormente, debido a un efecto del tamaño de la muestra, o bien, a la aplicación de la escala de afrontamiento sin hacer referencia a la situación específica a la que se referían esas estrategias de afrontamiento al estrés (en este caso bullying o afrontamiento para resolver situaciones relacionadas con sus compañeros). Asimismo, el maltrato físico en la infancia de los participantes mostró una asociación con las conductas de abuso hacia pares, con una mayor calificación en la escala de Intensidad de la Agresión ya sea que se perteneciera al grupo de agresores puros o al grupo “mixto”. El maltrato emocional mostró en este modelo también una asociación con el ser receptor de abuso por pares, es decir una mayor calificación en la escala de Intensidad de la Victimización. Estas asociaciones son similares a las descritas en otras investigaciones para los grupos de abusadores y víctimas<sup>85</sup>, donde al agresor se le vincula más con maltrato físico por parte de familiares<sup>46, 47</sup>, y a la víctima como receptora de múltiples abusos principalmente psicológicos<sup>41, 46</sup>.

El modelo para los participantes adolescentes también mostró una asociación negativa entre el grado escolar y la escala de agresión. Lo cual como se mencionó anteriormente, es consistente con la literatura donde se ha descrito que para los adolescentes en los grados más altos se tiende a observar una disminución en las conductas de abuso de pares<sup>75,76</sup>. Las participantes de género femenino y las víctimas de bullying mostraron un mayor afrontamiento positivo. Varios estudios han encontrado diferencias por género en las estrategias de afrontamiento<sup>86, 87, 88</sup>. Las mujeres tienden a responder al estrés generando cambios en su respuesta emocional más frecuentemente que cambios instrumentales (más comunes en los hombres)<sup>89</sup>. La reformulación positiva, por ejemplo, fue una estrategia utilizada con frecuencia mayor por las jóvenes de la muestra. Uno de los hallazgos más interesantes del modelo fue la asociación entre el estatus de abusador y la tendencia a puntuar también como víctima. Este resultado apoya las observaciones que

proponen al bullying como un continuo en el cual el estatus de víctima o abusador es una “presentación” que puede y tiende a modificarse a lo largo del tiempo<sup>13,20, 21</sup>.

De manera similar el modelo de trayectorias para los padres mostró asociaciones entre los diferentes tipos de maltrato. Principalmente fue el maltrato sexual el que se observó de forma más frecuente en el grupo de padres en comparación con el grupo de menores. Este se asoció a que los padres sufrieran también maltrato físico y emocional como experiencias durante la infancia. El maltrato emocional predijo un mayor afrontamiento negativo en los padres, y este factor de afrontamiento en los padres predijo una mayor probabilidad de tener hijos que ejercieran abuso. A nuestro conocimiento, este hallazgo no ha sido descrito en investigaciones previas, y podría ser replicado en futuras investigaciones proponiendo al afrontamiento negativo como posible mediador entre una experiencia de abuso emocional en la infancia del padre y la aparición de conductas de bullying en los hijos. Asimismo, el maltrato físico en la infancia de los padres predijo mayor calificación en la escala de victimización de los menores. Sin embargo, esto no involucró maltrato físico en los menores, por lo que el mecanismo mediante el cual estas experiencias de los padres se traducen en mayor probabilidad de los hijos de recibir bullying esta aún por definirse. Otros estudios a futuro podrían incluir, además de las características parentales de experiencias en la infancia y estilos de afrontamiento, descripciones conductuales como por ejemplo estilos de crianza y calidad de la relación padre-hijo, buscando esclarecer mejor como los padres ejercen influencia sobre los comportamientos de bullying de sus hijos.

Finalmente, el estudio de factores genéticos no vinculó ninguna variante alélica con la probabilidad de involucrarse en bullying ya sea como abusador, víctima, abusador-víctima o neutro. Esto podría deberse principalmente al tamaño de la muestra. Estudios realizados por Arseneault y colaboradores han explorado la asociación entre algunos genotipos del transportador de serotonina SLC6A4 y un mayor riesgo de presentar alteraciones después de exposición a bullying (IGA), sin embargo otros estudios que pretenden vincular estas variantes directamente con el fenómeno de bullying han encontrado resultados mixtos<sup>50, 90, 91, 92</sup>. No existen, a nuestro conocimiento, estudios que relacionen la aparición de conductas específicas del abuso de pares y polimorfismos del DRD4.

## **CONCLUSIÓN**

La evidencia empírica sugiere que el involucramiento en bullying se encuentra asociado a factores clínicos, demográficos, y psicosociales identificables en los menores escolares. Se requiere continuar investigando para generar mayor conocimiento de cómo el contexto y la biología de los adolescentes contribuyen a que se impliquen en conductas de riesgo entre pares (agresión o victimización). La importancia del bullying radica en su prevalencia y su contribución al desarrollo de padecimientos mentales sobretodo aquellos con sintomatología severa y efectos negativos persistentes hasta la edad adulta. Consideramos importante la aplicación de estrategias de prevención e intervención con la intención de reducir el riesgo de los menores de involucrarse en el fenómeno del bullying.

## 5. Referencias

1. Currie C, Zanotti C, Morgan A et al. Social Determinants of Health and Well-being among Young People. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International report from the 2009/2010 survey. University of Bergen: World Health Organization, Bergen.
2. Craig W, Harel-Fisch Y, Fogel-Grinvald H et al. A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries. *Int J Public Health* 2009;54(2):216–224.
3. Consulta Infantil y Juvenil 2012. Sitio en internet, consultado 2015 marzo 14. Disponible en:  
[http://www.ife.org.mx/documentos/DECEYEC/consultaInfantilJuvenil2012/Informe\\_ejecutivo\\_consulta2012.pdf](http://www.ife.org.mx/documentos/DECEYEC/consultaInfantilJuvenil2012/Informe_ejecutivo_consulta2012.pdf)
4. Albores-Gallo L, Saucedo-García JM, Ruiz-Velasco S et al. El acoso escolar (*bullying*) y su asociación con trastornos psiquiátricos en una muestra de escolares en México. *Salud Publica Mex* 2011; 53:220-227.
5. Olweus D. School Bullying: Development and some Important Challenges. *Annu Rev Clin Psychol* 2013;9:751–780
6. Hawker DS, Boulton MJ. Twenty years of research on peer victimization and psychosocial maladjustment: A meta-analytic review of cross-sectional studies. *J Child Psychol Psychiatry* 2000;41:441–455.
7. Roland E. Aggression, depression, and bullying others. *Aggressive Behav* 2002;28:198–206.
8. Smith PK, Cowie H, Olafsson RF et al. Definitions of bullying: a comparison of terms used, and age and gender differences, in a fourteen-country international comparison. *Child Dev* 2002;73(4):1119–1133.
9. Wang J, Iannotti RJ, Nansel TR. School bullying among adolescents in the United States: physical, verbal, relational, and cyber. *J Adolesc Health* 2009;45(4): 368–375.
10. Crick NR, Grotpeter JK. Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment. *Child Dev* 1995;66:710–722.
11. Raskauskas J, Stoltz AD. Involvement in traditional and electronic bullying among adolescents. *Dev Psychol* 2007;43:564–575.

12. Freeman BW, Thompson C, Jaques C. Forensic Aspects and Assessment of School Bullying. *Psychiatr Clin N Am* 2012;35:877–900.
13. Gumpel TP, Zioni-Koren V, Bekerman Z. An ethnographic Study of Participant Roles in School Bullying. *Aggr Behav* 2014;40:214-228.
14. Gumpel TP. Behavioral disorders in the school: Participant Roles and sub-roles in three types of school violence. *J Emot Behav Disord* 2008;16:145–162.
15. Sutton J, Smith PK, Swettenham J. Social cognition and bullying: Social inadequacy or skilled manipulation?. *Br J Dev Psychol* 1999;17:435–450.
16. Olweus D. *Bullying at school: What we know and what we can do*. Oxford 1993, UK: Blackwell.
17. Salmivalli C. Bullying and the peer group: A review. *Aggress Violent Behav* 2010;15:112–120.
18. Schwartz D. Subtypes of victims and aggressors in children's peer groups. *J Abnorm Child Psych* 2000; 28:181–192.
19. Juvonen J, Graham S, Schuster MA. Bullying Among Young Adolescents: The Strong, the Weak, and the Troubled. *Pediatrics* 2003;112:1231–1237.
20. Salmivalli C. Participant role approach to school bullying: implications for interventions. *J Adolesc* 1999;22:453-459.
21. Bettencourt A, Farrell A, Liu W et al. Stability and Change in Patterns of Peer Victimization and Aggression during Adolescence. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2013;42(4):429-441.
22. Schwartz D, McFadyen-Ketchum SA, Dodge KA et al. Peer victimization as a predictor of behavior problems at home and in school. *Develop Psychopathol* 1998;10:87–100.
23. Menesini E, Modena M, Tani F. Bullying and victimization in adolescence: concurrent and stable roles and psychological health symptoms. *J Genet Psychol* 2009;170(2):115–133.
24. Arseneault L, Milne BJ, Taylor A et al. Being bullied as an environmentally mediated contributing factor to children's internalizing problems: a study of twins discordant for victimization. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008;162(2):145–150.
25. Reijntjes A, Kamphuis JH, Prinzie P et al. Peer victimization and internalizing problems in children: a meta-analysis of longitudinal studies. *Child Abuse Negl* 2010;34(4):244–252.
26. Reijntjes A, Kamphuis JH, Prinzie P et al. Prospective linkages between peer victimization and externalizing problems in children: a meta-analysis. *Aggress Behav* 2011;37(3):215–222.

27. Kelly EV, Newton NC, Stapinski LA et al. Suicidality, internalizing problems and externalizing problems among adolescent bullies, victims and bully-victims. *Prev Med* 2015;73:100–105.
28. Sourander A, Jensen P, Rönning JA et al. What is the early adulthood outcome of boys who bully or are bullied in childhood? The Finnish “From a Boy to a Man” study. *Pediatrics* 2007;120:397-404.
29. Sourander A, Helstela L, Helenius H et al. Persistence of bullying from childhood to adolescence—a longitudinal 8-year follow-up study. *Child Abuse Negl* 2000;24:873-881.
30. Yen CF. School Bullying and Mental Health in Children and Adolescents. *Taiwanese J Psychiatr* 2010;24:3-13.
31. Vaughn MG, Fu Q, Bender K et al. Psychiatric Correlates of Bullying in the United States: Findings from a National Sample. *Psychiatr Q* 2010; 81:183-195.
32. Glew GM, Fan MY, Katon W et al. Bullying and school safety. *J Pediatr* 2008;152:123-128.
33. Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Rantanen P et al. Bullying at school—an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *J Adolesc* 2000;23:661-674.
34. Rigby K, Slee PT. Suicidal ideation among adolescent school children, involvement in bully victim problems and perceived low social support. *Suicide Life Threat Behav* 1999;29:119-130.
35. Seals D, Young J. Bullying and victimization: prevalence and relationship to gender, grade level, ethnicity, self-esteem, and depression. *Adolescence* 2003;38:735-47.
36. Loeber R, Dishion TJ. Early predictors of male delinquency: a review. *Psychol Bull* 1983;94:68-99.
37. Dodge KA, Coie JD. Social-information-processing factors in reactive and proactive aggression in children’s peer group. *J Pers Soc Psychol* 1987;53:1146-1158.
38. Olweus D. Bully/victim problems in school: facts and interventions. *Eur J Psychol Educ* 1997;12: 495-510.
39. Kaukiainen A, Salmivalli C, Lagerspetz K et al. Learning difficulties, social intelligence, and self-concept: connections to bully-victim problems. *Scand J Psychol* 2002;43:269-278.
40. Gini G. Associations between bullying behaviour, psychosomatic complaints, emotional and behavioural problems. *J Paediatr Child Health* 2008;44:492-497.
41. Hanish LD, Guerra NG. Children who get victimized at school: What is known? What can be done?. *Prof School Psychol* 2000;4:113–119.



42. Kokkinos CM, Panayiotou G. Predicting bullying and victimization among early adolescents: Associations with disruptive behavior disorders. *Aggress Behav* 2004;30:520-533.
43. Toblin RL, Schwartz D, Gorman AH et al. Social-cognitive and behavioral attributes of aggressive victims of bullying. *J Appl Dev Psychol* 2005;26:329-346.
44. Bowers L, Smith PK, Binney V. Perceived family relationships of bullies, victims and bully/victims in middle childhood. *J Soc Pers Relat* 1994;11:215–232.
45. Haynie DL, Nansel T, Eitel P et al. Bullies, victims, and bully/victims: Distinct groups of at-risk youth. *J Early Adolesc* 2001;21:29–49.
46. Bowes L, Arseneault L, Maughan B et al. School, Neighborhood, and Family Factors Are Associated With Children's Bullying Involvement: A Nationally Representative Longitudinal Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48(5):545-553.
47. Kim-Cohen J, Moffitt TE, Taylor A et al. Maternal depression and children's antisocial behavior: nature and nurture effects. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:173-181.
48. Baldry AC. Bullying in schools and exposure to domestic violence. *Child Abuse and Neglect* 2003;27:713–732.
49. Veenstra R, Lindenberg S, Oldehinkel AJ et al. Bullying and victimization in elementary schools: a comparison of bullies, victims, bully/victims, and uninvolved preadolescents. *Dev Psychol* 2005;41:672-682.
50. Ball H, Arseneault L, Taylor A et al. Genetic and environmental influences on victims, bullies and bully-victims in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2008;49:104–112.
51. Arseneault L, Bowes L, Shakoor S. Bullying victimization in youths and mental health problems: 'Much ado about nothing'? *Psychol Med* 2010;40:717–729.
52. Benjet C, Thompson RJ, Gotlib IH. 5-HTTLPR Moderates the Effect of Relational Peer Victimization on Depressive Symptoms in Adolescent Girls. *J Child Psychol Psychiatry* 2010;51(2):173–179.
53. Blazer RW, Iacono WG, McGue M. Father-child transmission of antisocial behavior: the moderating role of father's presence in the home. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47(4):406–415.
54. Loredano-Abdalá A, Perea-Martínez A, López-Navarrete GE. "Bullying": acoso escolar. La violencia entre iguales. Problemática real en adolescentes. *Acta Pediatr Mex*

2008;29(4):210-214.

55. Kaltiala-Heino R, Rimpela M, Rantanen P et al. Bullying at school an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *J Adolesc* 2000;23(6):661-674.
56. Avilés-Dorantes DS, Zonana-Nacach A, Anzaldo-Campos MC. Prevalencia de acoso escolar (bullying) en estudiantes de una secundaria pública *Salud Pub Mex* 2012;54(4):362-363.
57. Muñoz G. "Violencia escolar en México y en otros países: comparaciones a partir de los resultados del INEE". *Rev Mex Investig Educ* 2008;13(39):1195-1228.
58. 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;15:128–132.
59. Ivarsson T, Broberg AG, Arvidsson T et al. Bullying in adolescence: psychiatric problems in victims and bullies as measured by the Youth Self Report (YSR) and the Depression Self-Rating Scale (DSRS). *Nord J Psychiatry* 2005;59(5):365–373.
60. Kumpulainen K, Räsänen E, Puura K. Psychiatric disorders and the use of mental health services among children involved in bullying. *Aggress Behav* 2001;27(2):102–110.
61. Copeland WE, Wolke D, Angold A et al. Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *JAMA Psychiatry* 2013;70:419–426.
62. Sigurdsona JF, Wallander J, Sund AM. Is involvement in school bullying associated with general health and psychosocial adjustment outcomes in adulthood? *Child Abuse & Neglect* 2014;38:1607–1617.
63. Salmon G, James A, Cassidy EL, et al. Bullying a Review: Presentations to an Adolescent Psychiatric Service and Within a School for Emotionally and Behaviourally Disturbed Children. *Clin Child Psych Psychiatry* 2000;5: 1359–1045.
64. Quinn P. Bullying in schools: Detection in an adolescent clinic practice compared with questionnaire survey. *Child Psych Psychiatry Rev* 1996;1:139–145.
65. Karunaratne S, Perera H, Jayawardana W. Prevalence and factors associated with bullying in children attending mental health clinics: a case control study. *SL J Psychiatry* 2011;2(2):60-62.
66. Idsoe T, Solli E, Cosmovici EM. Social Psychological Processes in Family and School: More Evidence on Their Relative Etiological Significance for Bullying Behavior. *Aggr Behav* 2008;34:460-474.

67. Hilton JM, Anngela-Cole L, Wakita J. A Cross-Cultural Comparison of Factors Associated With School Bullying in Japan and the United States. *Fam J Counsel Ther Coupl Fam* 2010;18(4):413-422.
68. AFMC Primer on Population Health. The Association of Faculties of Medicine of Canada, [Phprimer.afmc.ca](http://phprimer.afmc.ca). (2016). Available at: <http://phprimer.afmc.ca/> [Accessed 6 Dec. 2017]. An AFMC Public Health Educators' Network resource.
69. Raosoft Sample Size Calculator: <http://www.raosoft.com/samplesize.html>
70. Santana-Tavira R, Sánchez-Ahedo R, Herrera-Basto E. El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud Publica Mex* 1998;40:58-65.
71. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* 151:1132–1136.
72. Carver CS, Connor-Smith J. Personality and coping. *Annu Rev Psychol* 2010;61:679-704.
73. Golden-Kreutz DM, Thornton LM, Wells-Di Gregorio S. Traumatic stress, perceived global stress, and life events. Prospectively predicting quality of life in breast cancer patients. *Health Psychol* 2005;24(3):288-296.
74. Sandín B, Chorot P. Cuestionario de Afrontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Rev psicopatología y psicología clínica* 2003;8(1):39-54.
75. Xingchao W, Li Y, Ling G et al. Childhood maltreatment and Chinese adolescents' bullying and defending: The mediating role of moral disengagement. *Child Abuse Negl* 2017;69:134–144.
76. Burt SA, Neiderhiser JM. Aggressive versus nonaggressive antisocial behavior: Distinctive etiological moderation by age. *Dev Psychol* 2009;45(4):1164–1176.
77. Calvete E. Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child Abuse Negl* 2014;38:735–746.
78. Hong JS, Espelage DL, Grogan-Kaylor A et al. Identifying potential mediators and moderators of the association between child maltreatment and bullying perpetration and victimization in school. *Educational Psychology Review* 2012; 24(2):167–186.
79. Wang G, Jiang L, Wang L et al. Examining childhood maltreatment and school bullying among adolescents: A cross-sectional study from Anhui province in China. *J Interpers Violence* 2016;3:41-46.
80. Gómez-Ortiza O, Romera EM, Ortega-Ruiza R. Parenting styles and bullying. *The*

mediating role of parental psychological aggression and physical punishment. *Child Abuse Negl* 2016;51:132–143.

81. Stevens V, De Bourdeaudhuij I, Van Oost P. Relationship of the family environment to children's involvement in bully/victim problems at school. *J Youth Adolesc* 2002;31(6):419–428.
82. Duncan RD. Maltreatment by parents and peers: The relationship between child abuse, bully victimization, and psychological distress. *Child Maltreat* 1999;4(1):45–55.
83. Koenig AL, Cicchetti D, Rogosch FA. Child compliance/noncompliance and maternal contributors to internalization in maltreating and nonmaltreating dyads. *Child Dev* 2000;71:1018–1032.
84. Frías SM, Finkelhor D. Victimization of Mexican youth (12–17 years old): A 2014 national survey. *Child Abuse Negl* 2017;67:86–97.
85. Hoeve M, Colins OF, Mulder EA et al. The association between childhood maltreatment, mental health problems, and aggression in justice-involved boys. *Aggress Behav* 2015;41(5):488–501.
86. Endler NS, Parker JD. Multidimensional assessment of coping: A theoretical analysis. *J Pers Soc Psychol* 1990;58:844–854.
87. Ptacek JT, Smith RE, Dodge KL. Gender differences in coping with stress: When stressors and appraisal do not differ. *Pers Soc Psychol Bull* 1994;20:421–430.
88. Matud MP. Gender differences in stress and coping styles. *Pers Individual Differ* 2004;37:1401–1415.
89. Kelly MM, Tyrka AR, Price LH. Sex differences in the use of coping strategies: Predictors of anxiety and depressive symptoms. *Depress Anxiety* 2008;25(10):839–846.
90. Marzi SJ, Sugden K, Arseneault L et al. Analysis of DNA Methylation in Young People: Limited Evidence for an Association Between Victimization Stress and Epigenetic Variation in Blood. *Am J Psychiatry* 2018; publicación pendiente.
91. Singham T, Viding E, Schoeler T et al. Concurrent and longitudinal contribution of exposure to bullying in childhood to mental health. *JAMA Psychiatry* 2017;74(11):1112–1119.
92. Liu J, Cao F, Li P et al. 5-HTTLPR, victimization and ecological executive function of adolescents. *Psychiatry Res* 2016;30:55–59.

### **Carta de Asentimiento Informado para participantes**

Esta carta es para invitarte a participar en el estudio titulado: *“Factores ambientales y genéticos asociados con el involucramiento en bullying en una muestra clínica de adolescentes.”*, llevado a cabo en la Clínica de Adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (INPRFM).

#### **¿De qué se trata este estudio?**

Este estudio es un proyecto necesario para ayudar a muchos jóvenes que son afectados por acoso de pares o “bullying” y buscan atención psiquiátrica, como puede ser tu caso. Lo que intenta es determinar que aspectos relacionados con tu ambiente y con tus genes (información heredada) se asocian a tu participación en ciertas situaciones sociales y al desarrollo de ciertos síntomas.

#### **¿Cuál es el objetivo de este estudio?**

Nuestro propósito es identificar características que se relacionan a que los jóvenes que acuden a atención psiquiátrica participen en bullying. Las características que estudiaremos son aspectos de salud de la familia, experiencias durante la infancia, estilos de solución o afrontamiento de los problemas, y ciertas variantes de dos genes asociados con las emociones (transportadores de serotonina y receptor D4 a dopamina).

#### **¿Cómo puedo participar?**

Si aceptas participar, además de las entrevistas que ya tienes programadas en la Clínica de Adolescencia, se te aplicarán unos cuestionarios breves en una sola ocasión y se tomará una muestra de células obtenida por cepillado bucal. La muestra será entregada al Departamento de Farmacogenética de esta institución para que realicen el estudio de los genes. También le pediremos a uno o ambos de tus padres que contesten algunas preguntas sobre ellos. Participar no tiene ningún costo para ustedes.

#### **¿Existe algún riesgo en el procedimiento de toma de muestra?**

No, los utensilios con que se toma la muestra serán nuevos y estériles. Tu salud e integridad física serán cuidadas en todo momento. La muestra de células se toma por un cepillado en la boca que no es doloroso ni peligroso.

#### **¿Cómo me beneficiaré de participar?**

Las entrevistas y cuestionarios que se aplican en este estudio, tanto a ti como a tus familiares, podrán aportar mayor información acerca de los síntomas por los que acudes ayudando en tu evaluación y tratamiento. Además, puedes contribuir de forma muy importante para que los médicos entendamos y podamos asistir mejor a otros jóvenes que llegan a consulta reportando situaciones de bullying.

**¿Qué sucederá con la muestra de información genética?**

Si estás de acuerdo, la muestra será almacenada en un refrigerador en el Departamento de Farmacogenética de esta institución **durante 5 años** bajo la supervisión de la Dra. Beatriz Camarena Medellín.. Esta se almacenará bajo un código numérico y el archivo que especifica el código se mantiene estrictamente confidencial. Ninguna persona que no esté ligada a estas investigaciones tendrá acceso al material o la información. **Cumpliendo los 5 años, la muestra será destruida**

**¿Cuáles son mis derechos como participante?**

Tú y tu familia tienen derecho a participar de ~~forma~~ voluntaria. En caso que alguno de ustedes no desee participar, de ninguna manera se verá afectada la calidad de la atención médica que van a recibir en la Clínica de Adolescencia. También tienen derecho a retirar su participación en el estudio en el momento que quieran. En caso que decidas salir del estudio, la muestra de información genética será destruida. Esto tampoco tendrá consecuencias negativas en tu atención. Tienes derecho a la confidencialidad por lo que todos tus datos y muestra se tendrán en anonimato, asignando un código que solo conocerá el investigador responsable. Tu identidad nunca será revelada en referencias al estudio o sus resultados.

**¿Podré conocer los resultados del estudio genético?**

Los resultados individuales del análisis genético no serán proporcionados ya que estos datos solo son útiles para la investigación y no tiene significado clínico particular por el momento.

**¿A quién puedo llamar si tengo dudas o decido retirar mi participación una vez tomada mi muestra?**

En ambos casos, puedes contactar a la Dra. Melina Angulo Franco, investigadora principal del proyecto, al teléfono 41605312. También puedes contactar al Dr. Francisco de la Peña Olvera y Dr. Lino Palacios Cruz al teléfono 41605305. O bien, puedes acudir directamente al Instituto Nacional de Psiquiatría edificio de Servicios Clínicos, Torre de Subespecialidades 1er piso (Clínica de Adolescencia) o al Edificio de Neurociencias 1er piso (Laboratorio de Genética).

**Consentimiento y Firmas**

He hablado con el personal de investigación y han contestado cordialmente todas mis preguntas o dudas en términos que he podido entender. Además, entiendo y se me ha expresado claramente, que en cualquier momento puedo volver a consultarlos para aclaraciones respecto a este estudio.

Luego de leer y entender este documento, estoy de acuerdo en proporcionar una muestra de cepillado bucal que contenga ADN (o en otras palabras, información genética), y que tal muestra sea almacenada para su uso de la manera descrita en este documento. Es mi propia elección el proporcionar una muestra para esta investigación. Entiendo que no me serán entregados los resultados del estudio genético ya que solo serán útiles para fines del proyecto. Recibiré una copia de esta Carta de Asentimiento Informado para participantes.

Estoy de acuerdo en que se consulte mi expediente para recabar información sobre sintomatología clínica y datos sociodemográficos:

Sí

No

Nombre/Firma \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo en que la información obtenida en este estudio sea compartida con mi médico tratante con el propósito de optimizar la atención que recibo en esta institución:

Sí

No

Nombre/Firma \_\_\_\_\_

**ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.**

Entiendo que puedo suspender mi participación en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi relación con la institución. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia al estudio o sus resultados. Recibí copia de los documentos de consentimiento.

Nombre y firma del participante:

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

Nombre y firma del investigador principal:

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

Nombre y firma del testigo 1:

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

Nombre y firma del testigo 2:

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



COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN  
APROBADO



## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL RESGUARDO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

**Proyecto: Factores clínicos, demográficos, adversidad psicosocial y genéticos (5HTTPLR y DRD4) asociados con las presentaciones del bullying en adolescentes.**

Usted aceptó participar en el presente estudio que tiene como objetivo investigar los genes SLC6A448 y DRD4 que se encuentran relacionados con la enfermedad que se le ha diagnosticado. Sin embargo, existen otros genes que también podrían estar involucrados en el desarrollo de dicho padecimiento. De tal manera, se le invita a que su muestra sea almacenada por 5 años, bajo el resguardo de la Dra. Beatriz Camarena Medellín en el departamento de Farmacogenética, para que en un futuro sean analizados otros genes que en este momento no están disponibles en el laboratorio. Cumpliendo los 5 años, su muestra será destruida.

Su muestra será manejada por medio de códigos numéricos que hacen imposible su identificación. La información de su número de identificación solo será registrada en formatos de investigación bajo resguardo de la Dra. Beatriz Camarena Medellín. Si los resultados de esta investigación son presentados, su identidad no será revelada.

Si usted no desea que su muestra quede almacenada, ésta se destruirá inmediatamente después de concluir el análisis para el presente estudio, sin que se vea afectada la atención médica que recibe de esta institución.

Si tiene alguna pregunta sobre el estudio, por favor comuníquese con la Investigadora principal, la Dra. Melina Angulo Franco al número telefónico 41605312 y con la Dra. Beatriz Camarena Medellín al 41605073, en horarios regulares de trabajo.

Estoy de acuerdo en que el material genético sea almacenado en el departamento de genética para futuros estudios:

Si  No

Nombre y firma del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



### **Carta de Consentimiento Informado para participantes (padres)**

Esta carta es para invitarle a participar en el estudio titulado: "*Factores ambientales y genéticos asociados con el involucramiento en bullying en una muestra clínica de adolescentes.*", llevado a cabo en la Clínica de Adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" (INPRFM).

#### **¿De qué se trata este estudio?**

Este estudio es un proyecto necesario para ayudar a muchos jóvenes que son afectados por acoso de pares o "bullying" y buscan atención psiquiátrica. Lo que intenta es determinar cuáles aspectos relacionados con el ambiente y con los genes (información heredada) se asocian a la participación en ciertas situaciones sociales y al desarrollo de ciertos síntomas.

#### **¿Cuál es el objetivo de este estudio?**

Nuestro propósito es identificar características que se relacionan a que los jóvenes que acuden a atención psiquiátrica participen en bullying. Las características que estudiaremos son aspectos de salud de la familia, experiencias durante la infancia, estilos de solución o afrontamiento de los problemas, y ciertas variantes de dos genes asociados con las emociones (transportadores de serotonina y receptor D4 a dopamina).

#### **¿Cómo puedo participar?**

Si acepta participar, además de las entrevistas que ya se tienen programadas en la Clínica de Adolescencia, se les aplicarán unos cuestionarios breves en una sola ocasión. Participar no tiene ningún costo para ustedes, solo solicitamos su tiempo por aproximadamente 45 minutos para completar los instrumentos de reporte.

#### **¿Existe algún riesgo en el procedimiento?**

No existe riesgo por participar, sin embargo durante las valoraciones se podrían identificar algunas necesidades de atención psicológica o psiquiátrica, en este caso se procederá a orientar al participante sobre cuáles son las opciones de tratamiento y se realizará una referencia al sitio de atención pertinente.

#### **¿Cómo me beneficiaré de participar?**

Las entrevistas y cuestionarios que se aplican en este estudio, podrán aportar mayor información acerca de los síntomas por los que acuden a esta institución, ayudando la evaluación y tratamiento de su familiar. También detectar necesidades de atención en ustedes y sugerir el apoyo necesario. Además, puede contribuir de forma muy importante para que los médicos entendamos y podamos asistir mejor a otros jóvenes que llegan a consulta reportando situaciones de bullying.

**¿Cuáles son mis derechos como participante?**

Tienen derecho a participar de forma voluntaria. En caso que alguno de ustedes no desee participar, de ninguna manera se verá afectada la calidad de la atención medica que van a recibir en la Clínica de Adolescencia. También tienen derecho a retirar su participación en el estudio en el momento que quieran. Tienen derecho a la confidencialidad por lo que todos sus datos se tendrán en anonimato, asignando un código que solo conocerá el investigador responsable. Su identidad nunca será revelada en referencias al estudio o sus resultados.

**¿A quién puedo llamar si tengo dudas o decido retirar mi participación?**

Usted puede contactar a la Dra. Melina Angulo Franco, investigadora principal del proyecto, al teléfono 41605312. También puede contactar al Dr. Francisco de la Peña Olvera y Dr. Lino Palacios Cruz al teléfono 41605305. O bien, puede acudir directamente al Instituto Nacional de Psiquiatría edificio de Servicios Clínicos, Torre de Subespecialidades 1er piso (Clínica de Adolescencia) o al Edificio de Neurociencias 1er piso (Laboratorio de Genética).

**Consentimiento y Firmas**

He hablado con el personal de investigación y han contestado cordialmente todas mis preguntas o dudas en términos que he podido entender. Además, entiendo y se me ha expresado claramente, que en cualquier momento puedo volver a consultarlos para aclaraciones respecto a este estudio. Recibiré una copia de esta Carta de Consentimiento Informado para participantes (padres).

**ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.**

Entiendo que puedo suspender mi participación en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi relación con la institución. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia al estudio o sus resultados. Recibí copia de los documentos de consentimiento.

Nombre y firma del participante: \_\_\_\_\_

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

Nombre y firma del investigador principal: \_\_\_\_\_

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

Nombre y firma del testigo 1: \_\_\_\_\_

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

Nombre y firma del testigo 2: \_\_\_\_\_

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

### Carta de Consentimiento Informado para participantes

**Título del Proyecto:** *Factores ambientales y genéticos asociados con el involucramiento en bullying en una muestra clínica de adolescentes*

Código del proyecto: \_\_\_\_\_

Le invitamos a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñoz" (INPRFM). Esto requiere de su consentimiento voluntario.

Le pedimos lea con cuidado la siguiente información:  
(Se responderá a todas sus preguntas, no dude en preguntar)

**1. Objetivo:** Determinar la posible relación entre las distintas presentaciones de bullying (víctima, abusador, abusador-víctima) y los factores de psicopatología parental, experiencias en la infancia, estrategias de afrontamiento, y variantes genéticas de los transportadores de serotonina y dopamina, en una muestra de adolescentes que acuden a consulta psiquiátrica:

**2. Justificación:** El acoso de pares o "bullying" es una forma de violencia altamente prevalente que puede contribuir a un deterioro en la calidad de vida, la salud, y la participación social de los jóvenes. Sus efectos negativos permanecen llegando a persistir hasta la edad adulta. Mientras que en la actualidad los programas de intervención se han enfocado en erradicar las conductas de acoso en las escuelas, las investigaciones indican que el abordaje debería considerar a cada uno de los involucrados, sus familias, y los grupos de jóvenes con riesgo para presentar, o que presentan padecimientos psiquiátricos. Parece que la implicación en bullying no es un evento aleatorio y puede predecirse identificando ciertas características o factores en el menor y en el ambiente donde se desarrolla. Por este motivo se considera necesario estudiar los factores que se relacionan con el involucramiento en situaciones de bullying en adolescente mexicanos, especialmente aquellos que solicitan asistencia médica en una institución de salud mental.

**3. Procedimiento:** Si ustedes aceptan participar en este estudio, inicialmente se les pedirá completar una entrevista para establecer diagnósticos psiquiátricos (BPRS-C de rutina para el adolescente, MINI para los padres). Posteriormente, se entregará a ambos la escala CTQ para identificar experiencias traumáticas en la infancia y la escala Brief COPE para identificar estrategias de afrontamiento más utilizadas ante problemas o situaciones de estrés. Los familiares deberán completar también el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Los adolescentes deberán completar la Escala Revisada de Olweus para Bully/Víctima con la cual se determinará involucramiento en bullying. Finalmente, al menor se le tomará una muestra de mucosa bucal mediante cepillado que será entregada al Departamento de Genética de esta institución para que realicen el estudio de genes. Todos estos procedimientos conllevan un riesgo mínimo para los participantes.

**APROBADO**

**4. Tratamiento:** Se impartirá la atención médica habitual a cargo del médico tratante en la Clínica de Adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría. El médico podrá estar enterado de la participación en el estudio y en caso de ser necesario, con consentimiento del participante, se le contactará para cualquier consideración referente al estudio.

**5. Beneficios derivados del estudio:** En caso de encontrarse resultados relevantes para la atención médica, estos se les darán a conocer a ustedes y de ser necesario a su médico tratante. Además, al participar en este proyecto su familia estará contribuyendo de forma muy importante a que los médicos entendamos y podamos asistir mejor a otros jóvenes que llegan a consulta reportando situaciones de bullying.

**6. Incomodidades:** Se le solicitará colaborar con una entrevista adicional a las programadas de rutina como parte de la evaluación de su hijo en la Clínica de Adolescencia. También se les solicitará a ambos conceder su tiempo para completar algunos cuestionarios breves. Y por último, al participante adolescente se le tomará una muestra de células de la mucosa bucal obtenida mediante cepillado. Esta toma de muestra no implica dolor.

**7. Confidencialidad:** Toda la información personal y de características clínicas obtenida será manejada de forma totalmente confidencial. Los datos serán codificados para no utilizar el nombre de ningún participante. Además, usted y su familiar pueden retirarse del estudio en cualquier momento que lo decidan sin que esto altere la relación con el médico tratante, o produzca cualquier otro perjuicio en la atención recibida en esta institución. Es importante aclarar que la muestra donada para análisis genético será destruida en caso que decidan retirar su consentimiento voluntario para la participación en la investigación.

**8. La participación en este estudio es totalmente voluntaria.** Es importante que haya comprendido el objetivo por el cual han sido invitados a participar en esta investigación. De lo contrario, o en caso de cualquier otra duda, pueden dirigirse con el investigador.

**Contacto.** Dra. Melina Angulo Franco. Investigadora principal del proyecto. Consultorio No. 7. Clínica de Adolescencia 1er piso de la Torre de Subespecialidades en el edificio de Servicios Clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" ubicado en Calzada México-Xochimilco No. 101, San Lorenzo Huipulco, delegación Tlalpan. Teléfono: 41605312. Horario de atención de lunes a viernes de las 08:00 a las 17:00 horas.

Estaría usted de acuerdo en que consultemos el expediente del paciente participante para recabar información al respecto de sintomatología clínica y datos sociodemográficos:

Sí

No

Firma \_\_\_\_\_

Estaría usted de acuerdo en que la información obtenida en este estudio sea compartida con el médico tratante con el propósito de optimizar la atención que reciben en esta institución:

Sí

No

Firma \_\_\_\_\_

He leído esta Carta de Consentimiento Informado y comprendo de qué trata el presente estudio. También, he hablado directamente con el investigador responsable y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Se que existe la posibilidad de resolver otras dudas que pudieran surgir en cualquier momento de la investigación.

**ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.**

Entiendo que puedo suspender mi participación en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi relación con la institución. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia al estudio o sus resultados. Recibí copia de los documentos de consentimiento.

Nombre y firma del padre/tutor:

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

Nombre y firma del investigador principal:

\_\_\_\_\_

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

Nombre y firma del testigo 1: \_\_\_\_\_

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

Nombre y firma del testigo 2: \_\_\_\_\_

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



## Brief COPE

Las siguientes son algunas maneras de enfrentarse y adaptarse a problemas o situaciones difíciles. Piensa en una situación difícil que tuviste que enfrentar en el pasado, estamos interesados en saber cómo enfrentaste esa situación difícil. ¿Cuáles de las siguientes estrategias utilizas más para resolver tus problemas?

Marca 0, 1, 2, o 3 para especificar con qué frecuencia usas cada estrategia:

	No hice esto en lo absoluto 0	Hice esto un poco 1	Hice esto con cierta frecuencia 2	Hice esto con mucha frecuencia 3
1. Yo me enfoqué en el trabajo u otras actividades para distraer mi mente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Yo concentré mis esfuerzos para hacer algo acerca de la situación en la que estaba.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Yo me dije a mi mismo(a): "esto no es real".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Yo usé alcohol u otras drogas para sentirme mejor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Yo recibí apoyo emocional de otras personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Yo me di por vencido(a) al tratar de lidiar con eso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Yo tomé acción para poder mejorar la situación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Yo me rehusé a creer que eso hubiera pasado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Yo dije cosas para dejar escapar mis sentimientos desagradables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Yo traté de conseguir consejos o ayuda de otras personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Yo usé alcohol u otras drogas para que me ayudaran a pasar por eso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Yo traté de verlo con un enfoque distinto para que pareciera más positivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Yo me critiqué a mí mismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Yo traté de crear una estrategia para saber qué hacer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Yo recibí apoyo y comprensión de alguien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Yo me rendí y dejé de hacerle frente a la situación en la que estaba.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Yo busqué algo bueno en lo que estaba pasando.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Yo hice bromas acerca de eso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Yo hice algo para pensar menos en eso, como ir al cine, ver televisión, leer, soñar despierto(a), dormir, o ir de compras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Yo acepté la realidad de que eso haya pasado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Yo expresé mis pensamientos negativos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Yo traté de encontrar apoyo en mi religión o mis creencias espirituales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Yo obtuve ayuda de otras personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Yo aprendí a vivir con esto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Yo pensé mucho cuales eran los pasos a tomar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Yo me culpé por lo que estaba pasando.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Yo recé o medité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Yo hice gracia o me burlé de la situación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Referencia: Perczek, R., Carver, C. S., Price, A. A., Pozo-Kaderman, C. (2000). Coping, mood, and aspects of personality in Spanish translation and evidence of convergence with English versions. *Journal of Personality Assessment*, 74, 63-87.

## Cuestionario de experiencias en la infancia

Por favor responde las siguientes preguntas **sobre experiencias que pudiste haber tenido en la infancia**.  
Tus respuestas son completamente confidenciales y puedes preguntar al investigador si tienes cualquier duda.

### Durante tu infancia:

1. ¿Alguien en tu familia te golpeaba tan fuerte que dejó cicatrices o marcas, o tuviste que ir al hospital?      Sí  No

En caso de que sí, esto ocurría:      Rara vez  A veces  Frecuentemente  Muy frecuentemente

2. ¿Otras personas notaron las marcas de los golpes alguna vez?      Sí  No

En caso de que sí, esto ocurría:      Rara vez  A veces  Frecuentemente  Muy frecuentemente

3. ¿Alguien en tu familia te decía groserías, insultos o cosas hirientes como "tonto", "estúpido", "inútil", "ojalá no existieras" o "te odio"?      Sí  No

En caso de que sí, esto ocurría:      Rara vez  A veces  Frecuentemente  Muy frecuentemente

4. ¿Alguien alguna vez trató o logró tocar alguna parte de tu cuerpo u obligarte a que lo tocaras sin tu consentimiento?      Sí  No

En caso de que sí, esto ocurría:      Rara vez  A veces  Frecuentemente  Muy frecuentemente

5. ¿Alguien te amenazó o forzó para que hicieras cosas sexuales con esa persona?      Sí  No

En caso de que sí, esto ocurría:      Rara vez  A veces  Frecuentemente  Muy frecuentemente

6. ¿Alguien abusó sexualmente de ti alguna vez?      Sí  No

7. ¿Alguna vez en tu familia te negaron comida, ropa limpia o un lugar donde dormir?      Sí  No

En caso de que sí, esto ocurría:      Rara vez  A veces  Frecuentemente  Muy frecuentemente

8. ¿En tu familia no te prestaban atención, aunque estuvieras enfermo o corrieras peligro?      Sí  No

En caso de que sí, esto ocurría:      Rara vez  A veces  Frecuentemente  Muy frecuentemente

9. ¿Alguna vez sentiste que por alguna razón (tus papás estaban borrachos, nunca estaban en casa, etc.) ningún adulto podía cuidar de ti?      Sí  No

En caso de que sí, esto ocurría:      Rara vez  A veces  Frecuentemente  Muy frecuentemente

10. ¿Piensas que en tu familia existía cariño, cuidados, confianza o amor?      Sí  No

En caso de que no, esto ocurría:      Rara vez  A veces  Frecuentemente  Muy frecuentemente

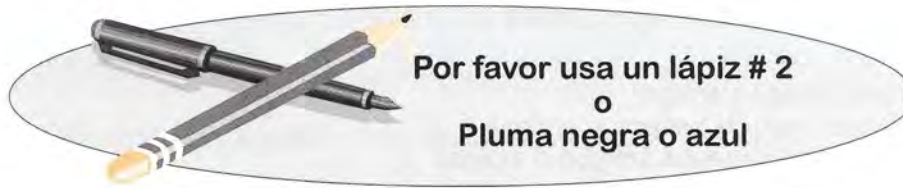
11. ¿La situación en casa te hacía sentir poco especial o poco importante, con baja autoestima?      Sí  No

En caso de que no, esto ocurría:      Rara vez  A veces  Frecuentemente  Muy frecuentemente

12. ¿Te has sentido cercano a algún miembro de tu familia, sientes que alguien te apoya?      Sí  No

En caso de que no, esto ocurría:      Rara vez  A veces  Frecuentemente  Muy frecuentemente





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

Escuela: \_\_\_\_\_

Grado:  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12


Salón de clases:  A  B  C  D  E  F  G  H  I  J  K

En este cuestionario encontrarás preguntas sobre tu vida en la escuela. Debajo de cada pregunta hay varias respuestas. Contesta la pregunta rellenando el círculo junto a la respuesta que mejor describa lo que piensas o sientes. Por ejemplo, en la pregunta # 1, si en verdad te desagrada la escuela, rellena el círculo que corresponda a "Me desagrada mucho". Si en verdad te gusta la escuela, rellena el círculo que corresponda a "Me agrada mucho", etc. **Sólo rellena un círculo por cada pregunta.** Procura rellena el círculo sin salirte de la raya.

**Ahora rellena el círculo junto a la respuesta que mejor describa como te sientes con respecto de la escuela.**

1. ¿Qué te parece la escuela?

- Me desagrada mucho
- No me agrada
- Ni me agrada ni me desagrada
- Me agrada
- Me agrada mucho

Si **rellenas el círculo equivocado**, puedes cambiar tu respuesta así: Pon una "X" que atraviese el círculo  y después rellena el círculo que esté junto a la respuesta correcta.

No escribas tu nombre en el cuestionario. Nadie sabrá lo que contestaste, pero es importante que respondas con sinceridad. A veces será difícil decidir cual es la mejor respuesta, pero trata de contestarla lo mejor que puedas. Si tienes preguntas, levanta la mano.

La mayoría de las preguntas tienen que ver con **tu vida en la escuela en los últimos dos meses; es decir, desde que comenzó la escuela después de las vacaciones de verano (invierno) hasta ahora.** Cuando contestes las preguntas piensa cómo ha sido tu vida en la escuela durante los últimos dos o tres meses y **no únicamente como es en el presente.**

2. ¿Eres niño o niña?

- niña
- niño

3. ¿Cuántos buenos amigos o amigas tienes en tu clase o clases?

- Ninguno(a)
- Tengo un buen amigo o amiga
- Tengo dos o tres buenos amigos o amigas
- Tengo cuatro o cinco buenos amigos o amigas
- Tengo seis o más buenos amigos o amigas

### **Cuando Un Estudiante Es Intimidado o Abusado "Bully" Por Otros Estudiantes**

A continuación encontrarás preguntas que tienen que ver con que un estudiante sea objeto de abuso por otros estudiantes. Primero explicaremos lo que quiere decir abusar de otros. Decimos que **un(a) estudiante está siendo objeto de abuso cuando otro(a) estudiante u otros(as) estudiantes**

- le dicen cosas hirientes o se burlan de él o de ella o le ponen apodosos ofensivos
- lo(a) ignoran por completo o excluyen a propósito del grupo de amigos o de lo que están haciendo
- lo(a) golpean, patean, empujan o lo(a) encierran en un salón
- dicen mentiras o propagan falsos rumores acerca de él o ella, o envían notas maliciosas y hacen que les caiga mal a otros estudiantes
- le hacen o dicen otras cosas ofensivas de índole parecida

Los actos de abuso "bully" por lo general **se repiten y al estudiante que esta siendo objeto de este abuso se le dificulta defenderse**. También se considera abuso cuando otros estudiantes molestan repetidamente a un alumno(a) de forma hiriente y con maldad.

Sin embargo, **no se considera abuso** cuando se hacen bromas a un estudiante de manera amistosa y juguetona. Tampoco se considera abuso cuando dos estudiantes con casi igual fuerza o poder discuten o pelean.

4. ¿Qué tan frecuentemente han abusado de ti en la escuela **en los últimos dos meses?**

- No han abusado de mí en la escuela en los últimos dos meses
- Sólo ha ocurrido una o dos veces
- 2 o 3 veces al mes
- Como una vez a la semana
- Varias veces a la semana

**¿Han abusado de ti en la escuela en los últimos dos meses en alguna de las siguientes maneras? (preguntas 5–13)**

5. Me pusieron apodosos ofensivos, me ridiculizaron o me molestaron de una forma hiriente.

- No me ha ocurrido en los últimos dos meses
- Sólo ha ocurrido una o dos veces
- 2 o 3 veces al mes
- Como una vez a la semana
- Varias veces a la semana

6. Otros estudiantes me excluyeron a propósito de lo que estaban haciendo o de su grupo de amigos, o me ignoraron por completo.
- No me ha ocurrido en los últimos dos meses
  - Sólo ha ocurrido una o dos veces
  - 2 o 3 veces al mes
  - Como una vez a la semana
  - Varias veces a la semana
7. Me pegaron, patearon, empujaron o me encerraron dentro del salón.
- No me ha ocurrido en los últimos dos meses
  - Sólo ha ocurrido una o dos veces
  - 2 o 3 veces al mes
  - Como una vez a la semana
  - Varias veces a la semana
8. Otros estudiantes dijeron mentiras o esparcieron rumores falsos acerca de mí y trataron que les cayera mal a otros.
- No me ha ocurrido en los últimos dos meses
  - Sólo ha ocurrido una o dos veces
  - 2 o 3 veces al mes
  - Como una vez a la semana
  - Varias veces a la semana
9. Me quitaron mi dinero u otras cosas o dañaron mis pertenencias.
- No me ha ocurrido en los últimos dos meses
  - Sólo ha ocurrido una o dos veces
  - 2 o 3 veces al mes
  - Como una vez a la semana
  - Varias veces a la semana
10. Me amenazaron o me forzaron a hacer cosas que no quería hacer.
- No me ha ocurrido en los últimos dos meses
  - Sólo ha ocurrido una o dos veces
  - 2 o 3 veces al mes
  - Como una vez a la semana
  - Varias veces a la semana
11. Me insultaron con comentarios acerca de mi raza o color de piel.
- No me ha ocurrido en los últimos dos meses
  - Sólo ha ocurrido una o dos veces
  - 2 o 3 veces al mes
  - Como una vez a la semana
  - Varias veces a la semana
12. Me insultaron con comentarios o gestos con tonos sexuales.
- No me ha ocurrido en los últimos dos meses
  - Sólo ha ocurrido una o dos veces
  - 2 o 3 veces al mes
  - Como una vez a la semana
  - Varias veces a la semana

- 12a. Han abusado de mí mandándome mensajes o fotos crueles o hirientes por medio de un celular, teléfono o Internet (computadora). (Por favor recuerda que no es abuso cuando esto se hace bromeando y de un modo amistoso).
- No me ha ocurrido en los últimos dos meses
  - Sólo ha ocurrido una o dos veces
  - 2 o 3 veces al mes
  - Como una vez a la semana
  - Varias veces a la semana
- 12b. Si abusaron de ti por medio del Internet o un celular, ¿cómo fue?
- Sólo por un celular
  - Sólo por medio del Internet
  - De las dos maneras
13. Han abusado de mí de otra forma.
- No me ha ocurrido en los últimos dos meses
  - Sólo ha ocurrido una o dos veces
  - 2 o 3 veces al mes
  - Como una vez a la semana
  - Varias veces a la semana
14. ¿En qué clase o clases está el estudiante o estudiantes que abusan de ti?
- No han abusado de mí en la escuela en los últimos dos meses
  - En mi clase
  - En una clase diferente, pero en el mismo grado (año) escolar
  - En un grado(s) más alto
  - En un grado(s) más bajo
  - En diferentes grados
15. ¿Han abusado de ti niños o niñas?
- No han abusado de mí en la escuela en los últimos dos meses
  - Principalmente una niña
  - Varias niñas
  - Principalmente un niño
  - Varios niños
  - Niños y niñas por igual
16. En lo general, ¿cuántos estudiantes han abusado de ti?
- No han abusado de mí en la escuela en los últimos dos meses
  - Principalmente un estudiante
  - Un grupo de 2–3 estudiantes
  - Un grupo de 4–9 estudiantes
  - Un grupo de 10 o más estudiantes
  - Varios estudiantes o grupos de estudiantes distintos
17. ¿Cuánto tiempo han estado abusando de ti?
- No han abusado de mí en la escuela en los últimos dos meses
  - Una o dos semanas
  - Un mes aproximadamente
  - Aproximadamente 6 meses
  - Aproximadamente un año
  - Ha estado sucediendo por varios años

18. ¿En **qué lugar** han abusado de ti?

- No han abusado de mí en la escuela en los últimos dos meses
- Han **abusado de mí en uno o más de los siguientes lugares** en los dos últimos meses

**Por favor rellena los círculos de todos los lugares donde han abusado de ti:**

- 18a. En el área de juegos/en el patio (en el recreo o en los ratos de descanso)
- 18b. En los pasillos
- 18c. En clase (cuando el maestro(a) estaba presente)
- 18d. En clase (cuando el maestro(a) estaba **ausente**)
- 18e. En el baño
- 18f. En la clase de educación física, en los casilleros o regaderas del gimnasio
- 18g. En la cafetería/comedor de la escuela
- 18h. De ida y vuelta a la escuela
- 18i. En la parada del autobús escolar
- 18j. Dentro del autobús escolar
- 18k. En alguna otra parte de la escuela

19. ¿Le has **contado a alguien** que han abusado de ti en la escuela en los últimos dos meses?

- No han abusado de mí en la escuela en los últimos dos meses
- Han abusado de mí, **pero no se lo he contado a nadie**
- Han abusado de mí **y se lo he contado a alguien**

**Rellena los círculos que correspondan a todas las personas a las que les has contado:**

- 19a. A tu maestro(a)
- 19b. A otro adulto en la escuela
- 19c. A tu papá, mamá, tutor o tutora
- 19d. A tu(s) hermano(s) o hermana(s)
- 19e. A tu amigo(a) o amigos(as)
- 19f. A otra persona

20. ¿Qué tan frecuentemente **los maestros u otros adultos en la escuela** tratan de poner el alto cuando un estudiante abusa de otro?

- Casi nunca
- De vez en cuando
- A veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

21. ¿Qué tan frecuentemente **otros estudiantes** tratan de poner el alto cuando un estudiante abusa de otro?

- Casi nunca
- De vez en cuando
- A veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

22. ¿Algún **adulto de tu casa** se ha comunicado con la escuela en los últimos dos meses para pedir que otros estudiantes dejen de abusar de ti?

- No han abusado de mí en la escuela en los últimos dos meses
- No, no se han comunicado con la escuela
- Sí, se comunicaron con la escuela una vez
- Sí, se comunicaron con la escuela varias veces

23. Cuando presencias en la escuela que están abusando de un estudiante de tu edad, ¿**qué piensas o sientes?**

- Que probablemente se lo merece
- No me afecta mucho
- Siento un poco de lastima por él o ella
- Siento lastima por él o ella y quisiera ayudarle

## Quando un Estudiante Abusa de Otros

24. ¿Qué tan frecuentemente has participado en actos de abuso contra un estudiante(s) en la escuela **en los últimos dos meses?**

- No he abusado de otro(s) estudiante(s) en la escuela en los últimos dos meses
- Sólo ha ocurrido una o dos veces
- 2 o 3 veces al mes
- Aproximadamente una vez a la semana
- Varias veces a la semana

**¿Has abusado de otro(s) estudiante(s) en la escuela en los últimos dos meses de alguna de las siguientes maneras? (preguntas 25–33)**

25. Le puse apodosos ofensivos, me burlé y lo(a) molesté de forma hiriente.

- No ha ocurrido en los últimos dos meses
- Sólo una o dos veces
- 2 o 3 veces
- Aproximadamente una vez a la semana
- Varias veces a la semana

26. Lo(a) excluí a propósito de lo que se estaba haciendo, de mi grupo de amigos(as) o lo(a) ignoré por completo.
- No ha ocurrido en los últimos dos meses
  - Sólo una o dos veces
  - 2 o 3 veces
  - Aproximadamente una vez a la semana
  - Varias veces a la semana
27. Le pegué, pateé, empujé o lo(a) encerré dentro del salón.
- No ha ocurrido en los últimos dos meses
  - Sólo una o dos veces
  - 2 o 3 veces
  - Aproximadamente una vez a la semana
  - Varias veces a la semana
28. Propagué rumores falsos de él o ella para provocar que les cayera mal a otros.
- No ha ocurrido en los últimos dos meses
  - Sólo una o dos veces
  - 2 o 3 veces
  - Aproximadamente una vez a la semana
  - Varias veces a la semana
29. Le quité dinero u otras cosas a él o a ella o dañé sus pertenencias.
- No ha ocurrido en los últimos dos meses
  - Sólo una o dos veces
  - 2 o 3 veces
  - Aproximadamente una vez a la semana
  - Varias veces a la semana
30. Lo(a) amenacé o forcé a hacer cosas que él o ella no quería hacer.
- No ha ocurrido en los últimos dos meses
  - Sólo una o dos veces
  - 2 o 3 veces
  - Aproximadamente una vez a la semana
  - Varias veces a la semana
31. Lo(a) insulté con comentarios despectivos acerca de su raza o color de piel.
- No ha ocurrido en los últimos dos meses
  - Sólo una o dos veces
  - 2 o 3 veces
  - Aproximadamente una vez a la semana
  - Varias veces a la semana
32. Lo(a) insulté con comentarios o gestos con tonos sexuales.
- No ha ocurrido en los últimos dos meses
  - Sólo una o dos veces
  - 2 o 3 veces
  - Aproximadamente una vez a la semana
  - Varias veces a la semana

32a. Abuse de él o ella mandando mensajes crueles e hirientes o fotografías ofensivas por medio de un celular o por el Internet (computadora).

- No ha ocurrido en los últimos dos meses
- Sólo una o dos veces
- 2 o 3 veces
- Aproximadamente una vez a la semana
- Varias veces a la semana

32b. Si abusaste de un(a) estudiante usando un celular o por medio del Internet (computadora), ¿cómo lo hiciste?

- Sólo por medio de un celular
- Sólo por medio del Internet (computadora)
- De las dos maneras

33. Abusé de él o ella de otra manera.

- No ha ocurrido en los últimos dos meses
- Sólo una o dos veces
- 2 o 3 veces
- Aproximadamente una vez a la semana
- Varias veces a la semana

34. ¿Alguno(a) de tus **maestros(as)** ha hablado contigo en los últimos dos meses respecto a tu conducta de abuso hacia los demás?

- No he abusado de otro(s) estudiante(s) en la escuela en los últimos dos meses
- No, no han hablado conmigo al respecto
- Sí, hablaron conmigo una vez
- Sí, hablaron conmigo varias veces

35. ¿**Algún adulto de tu casa** ha hablado contigo en los últimos dos meses respecto a tu conducta de abuso hacia los demás?

- No he abusado de otro(s) estudiante(s) en la escuela en los últimos dos meses
- No, no han hablado conmigo al respecto
- Sí, hablaron conmigo una vez
- Sí, hablaron conmigo varias veces

36. ¿Si están abusando de un estudiante que te cae mal, crees que tú participarías también?

- Sí
- Sí, quizás
- No sé
- No, no creo
- No
- Definitivamente no

37. ¿Por lo general, **qué haces** si ves o te enteras que otros estudiantes están abusando de un estudiante de tu edad?

- Nunca he visto que abusen a un estudiante de mi edad
- Tomo parte en el abuso yo también
- No tomo parte en el abuso, pero creo que no tiene nada de malo
- Sólo observo lo que pasa
- No hago nada, pero creo que debería ayudar
- Trato de ayudar al estudiante de una forma u otra



38. ¿Qué tan frecuentemente tienes **miedo de que otros estudiantes abusen de ti**?

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Con cierta frecuencia
- Con frecuencia
- Con mucha frecuencia

39. ¿Cuánto crees que **tu maestro(a)** ha hecho en los últimos dos meses para disminuir los actos de abuso entre estudiantes?

- Poco o nada
- Muy poco
- Algo
- Bastante
- Mucho

*(La pregunta que sigue es opcional. No tienes que contestarla si no quieres.)*

40. ¿A qué grupo étnico perteneces? **(Rellena todos los círculos que apliquen.)**

- Indio Americano
- Negro o Negro Americano
- Árabe o Árabe Americano
- Hispano o Latino
- Asiático Americano
- Blanco
- Otro
- No sé

## Preguntas Específicas de la Escuela

41.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

42.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

**¡Muchas Gracias!**

SCID II (TLP)

	0 Ausente	1 Subclínico	2 Presente
90. ¿Se ha puesto furioso con frecuencia cuando ha creído que alguien a quien realmente quería iba a abandonarle?	0	1	2
91. Las relaciones con las personas que verdaderamente quiere, ¿tienen muchos altibajos extremos?	0	1	2
92. ¿Cambia a veces de repente su sentido de quién es usted o hacia dónde va?	0	1	2
93. ¿Cambia a menudo dramáticamente su sentido de quién es?	0	1	2
94. ¿Es usted diferente con diferentes personas o en diferentes situaciones, de tal manera que a veces no sabe quién es usted en realidad?	0	1	2
95. ¿Se han producido muchos cambios bruscos en sus metas, planes profesionales, creencias religiosas, etc.?	0	1	2
95. ¿Ha hecho a menudo cosas impulsivamente?	0	1	2
97. ¿Ha tratado de hacerse daño o matarse, o ha amenazado con hacerlo?	0	1	2
98. ¿Alguna vez se ha cortado, quemado o herido a sí mismo a propósito?	0	1	2
99. ¿Experimenta usted muchos cambios repentinos de estado de ánimo?	0	1	2
100. ¿Se siente con frecuencia vacío por dentro?	0	1	2
101. ¿Tiene usted a menudo arranques de cólera o se enfurece tanto que pierde el control?	0	1	2
102. Cuando se enfada, ¿golpea usted a las personas o arroja objetos?	0	1	2
103. ¿Se pone muy furioso incluso por cosas sin importancia?	0	1	2
104. Cuando se halla bajo una gran tensión, ¿se vuelve suspicaz con otras personas o se siente especialmente distante y ausente?	0	1	2

Total: \_\_\_\_\_  
(Mayor a 10 = positivo)