



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PROGRAMA DE POSGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS

“BULLYING” COMO POSIBLE FACTOR DE RIESGO
DE CONDUCTAS AUTOLESIVAS O SUICIDAS
EN VÍCTIMAS INFANTILES Y ADOLESCENTES”

TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN PARA OPTAR POR EL GRADO Y
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

AUTORA: DRA. LUCRECIA VILLALOBOS PARRA

TUTORA: DRA. MYLEEN MADRIGAL SOLANO

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica 2013



**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PROGRAMA DE POSGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS POSGRADO EN
PSIQUIATRÍA**

TRABAJO DE GRADUACIÓN

El Posgrado en Psiquiatría y este Tribunal que lo representa, hace constar que la Dra. Lucrecia Villalobos Parra, cédula 1-1106-0222, estudiante de este Posgrado, ha cumplido satisfactoriamente con la realización y presentación del Trabajo Final de Graduación: “Bullying” como posible factor de riesgo de conductas autolesivas o suicidas en víctimas infantiles y adolescentes”, el cual se da por aprobado.

Se extiende la presente a los 30 días del mes de agosto del año 2013, en la Ciudad de San José, Costa Rica.

**Dra. Carolina Montoya Brenes Presidente del Tribunal Coordinador Nacional Comité
Director Posgrado en Psiquiatría Médico Especialista en Psiquiatría Hospital Nacional
Psiquiátrico**

**Dra. Myleen Madrigal Solano Miembro del Tribunal (Tutora de Tesis) Médico Especialista en
Psiquiatría Hospital Nacional de Niños**

Dr. Carlos Garita Arce (Lector de Tesis) Psicólogo Clínico Hospital Chacón Paut

ÍNDICE

DEDICATORIA ~ pág.....	V
AGRADECIMIENTOS ~ pág.....	V
INTRODUCCIÓN ~ pág.....	1

CAPÍTULO 1

1. Marco contextual ~ pág.....	3
1.1 Antecedentes internacionales ~ pág.....	3
1.2 Antecedentes nacionales y locales ~ pág... ..	5
1.3 Justificación e importancia ~ pág.....	8
1.4 Delimitación y formulación del problema ~ pág.....	9
1.5 Objetivo general ~ pág.....	9
1.6 Objetivos específicos ~ pág.....	9
1.7 Hipótesis ~ pág.....	10

CAPÍTULO 2

2. Marco conceptual y teórico ~ pág.....	11
--	----

CAPÍTULO 3

3. Marco metodológico ~ pág.....	15
3.1 Diseño del estudio ~ pág.....	15
3.2 Población del estudio ~ pág.....	16
3.2.1 Unidad de análisis ~ pág.....	16
3.2.2 Población ~pág.....	17

CAPÍTULO 4

El bullying ~ pág.....	18
------------------------	----

CAPÍTULO 5

Las víctimas y sus variables ~ pág.....	38
---	----

CAPÍTULO 6

Planes de acción en los servicios de salud ~ pág.....	48
---	----

CAPÍTULO 7

Resultados y conclusiones ~ pág.....	55
7.1 Resultados ~ pág.....	56
7.2 Conclusiones ~ pág.....	63

BIBLIOGRAFÍA ~ pág.....	66
Índice de anexos ~ pág.....	IV
Tabla 1. Número y porcentaje de víctimas, “bullys” y “bully”-víctimas, selección por características demográficas. Massachusetts Youth Health Survey, 2009. ~ pág.....	73
Tabla 2. Porcentaje de víctimas, “bullys” y “bully”-víctimas, seleccionada por factores de riesgo. Massachusetts Youth Health Survey, 2009. ~ pág.	74
Tabla 3. Índice de probabilidades para las víctimas, “bullys” y “bully”-víctimas seleccionadas por factores de riesgo. Massachusetts Youth Health Survey, 2009. ~ pág.....	75
Tabla 4. Estilos de vida y variables discriminatorias. ~ pág.....	76
Tabla 5. Comparación de tasas para los trastornos mentales, lo que consideraron y cometieron suicidio, los que beben de forma nociva. ~ pág.....	77
Tabla 6. Resultados encontrados en los artículos utilizados en los capítulos 4-5-6. ~ pág.....	78
Figura 1. Media grupal en muestras estandarizadas de trastornos de ajuste social según pares. ~ pág.....	83
Figura 2. Media grupal en muestras estandarizadas de trastornos de ajuste social según los maestros. ~ pág.....	84

DEDICATORIA

Namo Guru Be Venerable Kensur Rinpoche

Namo Buda Ya Venerable Shakyamuni

Namo Dharma Ya

Namo Sangha Ya

A mi padre, mi referente de amor, lealtad, idealismo, humildad

A Carolina, por quien conocí el camino que guiaría mi vida

A mi madre, quien me apoyó en mi carrera profesional

A mi esposo Adrián, cuyo amor y apoyo incondicional han sido de importancia vital

Agradecimientos

A la Dra. Jaramillo por confiar en mí y apoyarme para realizar uno de mis sueños

A Carlos Garita por ser más que un lector, un compañero y un amigo

A la Dra. Madrigal por su paciencia

INTRODUCCIÓN

La palabra “bullying” proviene del inglés “bully” que significa matón o bravucón y, como verbo: intimidar, amedrentar según Cabezas (2007). Es un fenómeno donde se da una agresión específica caracterizada por conductas dirigidas a molestar de forma repetida en el tiempo y donde hay un desequilibrio de poder, de manera que los demás agreden física o psicológicamente a los de menos poder. Olweus en 1993 acuñó el término “bullying”.

Tal como lo reporta Cabezas (2007), el maltrato escolar entre iguales o “bullying” es un fenómeno que se ha dado desde hace mucho tiempo; sin embargo, no es sino en los últimos años en que se ha profundizado más en el estudio de este tema, pues es un problema importante entre los jóvenes de la actualidad.

Menciona además que el catedrático en Psicología de la Universidad de Bergen, Noruega, Dan Olweus, comenzó a investigar en los años setenta este fenómeno. Asimismo, a finales de la década de los ochenta y noventa el maltrato escolar captó la curiosidad de los investigadores de otros países como Japón, Gran Bretaña, Holanda, Canadá, Estados Unidos y España.

El “bullying” se relaciona con la intimidación y la victimización entre iguales, donde uno o más alumnos acosan e intimidan a otros por medio de insultos, rumores, aislamiento social, apodos, entre otras maneras.

Vessey (2006) menciona que las bromas entre los niños son una "dinámica de interacción social conformada por un conjunto de comportamientos verbales o no verbales que se dan entre compañeros y que es humorístico y lúdico, pero puede ser molesto para el niño que las recibe”.

Cierta cantidad de bromas son normales en la niñez y pueden, incluso, promover un intercambio relacional entre los niños más que intimidación dada por un solo lado refiere Vessey (2006). No es fácil determinar cuándo las bromas exceden lo normal.

Barudy (1998) hizo mención, como factor desencadenante del “bullying” al entorno social en que se desarrolla la víctima cuyos modelos son los adultos, y sus escenarios están conformados por el hogar y la escuela.

Jaana (2003) propone, igualmente, que las causas de la violencia escolar son múltiples y, por lo tanto, se expresa como un fenómeno social y cultural, debido a que son prácticas aprendidas como parte de las interacciones sociales que realiza el estudiante con el medio en el cual vive y/o estudia.

En la siguiente revisión, se expondrán las características que poseen los niños a quienes escogen los “bullys” (victimizadores) principalmente, tales como los rasgos atípicos en su personalidad, el aspecto físico, los factores sociofamiliares y el tipo de víctima cuyo riesgo es mayor para cometer actos autolesivos o suicidas.

CAPÍTULO 1

1. MARCO CONTEXTUAL

1.1. Antecedentes internacionales

Refiere Arseneault (2006) que el “bullying” debería ser un objetivo prioritario de investigación e intervención, pues es un fenómeno generalizado entre los niños y adolescentes; encuestas recientes en los Estados Unidos, el Reino Unido y varios países europeos han indicado que las tasas de participación en el “bullying” varían según los países y pueden afectar hasta la mitad de la juventud.

Smith (2003) comenta que en las últimas dos décadas, la investigación y los esfuerzos contra el bullying escolar se han expandido a nivel mundial; se ha circulado material antibullying y en algunos países las escuelas deben contar con una política antibullying.

Debido a que el “bullying” es un desafío global, no podrían esperarse otros resultados más esperanzadores. Documentó King (2003) el fenómeno desde la perspectiva de la preferencia sexual, los resultados entre gays, lesbianas y bisexuales y demostró que hasta unas 361 personas víctimas de “bullying” (31%) de una muestra de 1285 habían intentado suicidarse. En este caso, se asociaron factores como el ataque físico.

Harel et al. (2012) exploraron la epidemiología social de la ideación suicida y el comportamiento entre adolescente Israelí y Palestinos. Encontraron que estos adolescentes cargan con una angustia mental significativa, con niveles similares para los jóvenes árabes e israelíes. La juventud árabe israelí demostró en este estudio estar experimentando niveles superiores de angustia mental, en comparación con los jóvenes palestinos y judíos israelíes, que se manifiesta por medio de comportamientos y tendencias suicidas; además, estas poblaciones presentan, particularmente, altos niveles de factores de riesgo como lesiones y “bullying”.

En Europa, O'Connor (2009) documentó el intento por identificar la prevalencia de autolesiones entre los adolescentes y varios países desarrollaron y completaron el "Cuestionario Europeo de Autolesiones en Niños y Adolescente Europeos" (CASE). Causas como el fumado, el "bullying", las preocupaciones sobre la orientación sexual, los problemas familiares y la ansiedad se asociaron con autolesiones en ambos géneros.

En un estudio realizado en Grecia por Skapinakis (2011), se concluye que las víctimas del "bullying" eran más propensas a expresar ideas suicidas. Esta asociación fue particularmente importante cuando la frecuencia era semanal y resultó ser independiente de la morbilidad psiquiátrica. Por el contrario, los victimarios del "bullying" no asociaron este tipo de ideas. Los resultados fueron similares en ambos géneros, aunque el impacto de la población con mayor prevalencia de victimización con ideación suicida era más alto para los niños.

Por el contrario, Hepburn (2011) realizó un estudio con jóvenes que cursaban desde el 9no al 12vo año en un colegio público de Boston, MA (USA), y concluyó que los estudiantes que fueron "bullies" sí mostraban mayor riesgo de ideación suicida y de intento de suicidio. Las víctimas o víctimas-"bullies" también presentaron mayor probabilidad de considerar seriamente realizar un intento de suicida.

Brunstein (2011) con la misma población matriculada desde el 9no al 12vo año en seis colegios del estado de New York, concluyó que el "bullying" en ausencia de depresión o ideas suicidas no garantiza ser un indicador de riesgo independiente para el suicidio. Sin embargo, experimentar "bullying" junto con depresión o ideas suicidas resultó ser indicativo en la concurrencia de mayores problemas mentales, y hace predecir un resultado peor cuatro años más tarde si la víctima solo exhibe depresión o ideas suicidas.

La Organización Mundial de la Salud en el 2004 obtuvo datos de una encuesta basada en la Escuela Global de Zambia (GSHS) realizada por Seter (2012) entre adolescentes en los grados de 7mo a 10mo. Se estimó que la prevalencia de victimización por “bullying” es frecuente desde los grados 7mo a 10mo. De ellos, 1559 adolescentes informaron haber sido víctimas de “bullying”. De estos un 95% consideró el intento de suicidio asociado significativamente con el “bullying”.

Un estudio de Owusu (2011), en Ghana, demuestra, por el contrario, que no hubo diferencias significativas en los auto informes de salud psicológica al comparar a los estudiantes que experimentaron formas físicas de “bullying” contra quienes no fueron víctimas de este.

1.2. Antecedentes nacionales y locales

En Costa Rica, se han realizado algunos estudios, como la investigación que presentaron Coto et al. (2007), para optar por el grado de licenciatura en Pedagogía, con énfasis en I y II Ciclos de la Universidad Nacional, sede la regional Chorotega. El objetivo de este trabajo según Navas (2012) consistió en analizar las conductas que afectan la calidad de los recreos de los niños y las niñas de II Ciclo, para elaborar una propuesta de posibles soluciones que ofrecieran mecanismos de socialización y que mitigaran las conductas agresivas de los niños en los recreos.

En el año 2008, Moreno, E. presentó una investigación para optar por el título de máster en Planificación Curricular de la Universidad de Costa Rica. Este estudio tiene como título: “Comportamiento agresivo en los recreos escolares: una propuesta de juegos alternativos para propiciar la socialización”. Este tenía los siguientes objetivos: caracterizar los comportamientos calificados como agresivos que presentan durante los recreos los niños y las niñas de educación general básica; distinguir, desde la percepción de las personas involucradas, las posibles causas de los eventos agresivos

presentados por el estudiantado durante el recreo; determinar el alcance de las estrategias de intervención que se ponen en práctica para el manejo del comportamiento agresivo, a partir de las opiniones de las personas involucradas en el desarrollo del recreo y, finalmente, plantear una propuesta curricular para la prevención de la agresión entre el estudiantado durante los recreos según reportó Navas (2012).

En el año 2010, Jenny Artavia Granados presentó los resultados de un proyecto de investigación de la Universidad de Costa Rica, denominado: “La violencia escolar explícita e implícita en las y los estudiantes de segundo ciclo de la Enseñanza General Básica de una escuela del circuito 01, de la Dirección Regional de Educación Occidente, durante el desarrollo del recreo”. Dentro de los objetivos que se procuraron alcanzar estaban: reconocer los tipos de violencia explícita e implícita que se propician en las actividades lúdicas y en las interacciones personales de las y los estudiantes de segundo ciclo de la Enseñanza General Básica en los recreos; identificar los mecanismos de prevención y las estrategias empleadas por la escuela, para contrarrestar la violencia explícita e implícita que se suscita en los recreos y, por último, determinar el nivel de integración del personal docente y administrativo de la escuela, durante el desarrollo de los recreos. (Navas W 2012).

En el año 2011, se presentó una investigación de Jenny Artavia Granados para optar por el Doctorado Latinoamericano en Educación de la Universidad Estatal a Distancia, denominado: Juegos e interacción social en los recreos y su relación con los comportamientos violentos: El caso de las y los estudiantes de VI año de una escuela de la Dirección Regional de Educación Occidente, según Navas (2012). Esta investigación tiene como propósito comprender cómo los juegos y la interacción social, de las y los estudiantes de VI año, durante los recreos de una escuela de la Dirección Regional de Educación Occidente, se relacionan con los comportamientos violentos en esa institución educativa. Para su logro se empleó la investigación cualitativa, la cual permitió adentrarse en el desarrollo del recreo escolar: los juegos y las interacciones sociales de las y los niños, para tratar de indagar si estas actividades suscitan

comportamientos violentos de índole física, psicológica, verbal y de maltrato sexual refirió el mismo autor.

Para el ex director del Hospital Nacional de Niños (HNN), Dr. Rodolfo Hernández, la base fundamental consiste en hablar del problema con los niños, pues muchas veces el “bully” no actúa solo, sino que lo acompaña otro grupo de menores que acrecienta y estimula aún más estas conductas agresivas. Además, indicó que “los espectadores pasivos que permiten estos hechos son tan culpables como el matón, por no reaccionar y evitar estos hechos”. (García Daniela. 2013).

Hernández admitió que a pesar de que la cifra es baja, en efecto, en el Hospital Nacional de Niños (HNN) se reciben niños con agresiones provocadas por sus pares. “Esto es una patología social, una vez detectada hay que tratar tanto a la víctima como al matón, de igual forma a la familia, porque la dinámica de tratamiento es con ellos. Aquellos profesores que se hagan de la “vista gorda” o tolerantes también agreden a los niños por su omisión”, agregó el director, quien insistió en que la detección temprana de las actitudes de los niños que son víctimas de “bullying” es la solución para evitar mayores daños a la autoestima de los menores. (García Daniela 2013).

El HNN mantiene el “Programa de atención integral al niño agredido”, existe un equipo de trabajo para la atención de casos de agresión, donde los asisten desde enfermeras, psicólogos, pediatras y trabajadores sociales, “a todos les practicamos un protocolo que incluye el estudio de la comunidad para poder ayudarles a esos pacientes”, indicó Hernández. (García Daniela 2013).

Según Arias (2009), la violencia escolar en Costa Rica es un fenómeno social serio que ha venido aumentando durante los últimos años y puede ser indicativo de una sociedad violenta que se refleja en las instituciones educativas, por medio de comportamientos violentos, manifestaciones agresivas de los jóvenes y su incapacidad para resolver los problemas ante las situaciones de conflicto.

Los datos de la muestra costarricense reportados por Cabezas (2007) demuestran que son comparables con los reportados en países como Noruega y Estados Unidos. En una muestra representativa a nivel nacional, de sexto a décimo año, el 29,9% de los encuestados informó participar frecuentemente del “bullying” en la escuela. El 13% indicó haber participando como agresores, el 10,9% como víctimas y el 6% como ambos.

Un estudio nacional de Cabezas (2007) dio a conocer que el tipo de violencia más frecuente en los grupos costarricenses estudiados es la verbal, por medio de insultos, la seguida de empujones y los golpes.

Preocupa que en otra publicación costarricense de Alfaro (2010) se señala que las amenazas han trascendido al uso de puñales y armas.

Posteriormente, otra investigación nacional de Cabezas (2011) determinó que las formas de “bullying” más usadas fueron los golpes, las patadas, los empujones, los insultos, las amenazas y las burlas que afectaron su moral y autoestima.

1.3 Justificación

Se justifica que esta problemática sea presentada desde una perspectiva en salud ya que en nuestro país solo ha sido discutida desde la perspectiva pedagógica y no como un factor de riesgo para la salud mental.

Al conocer mejor las consecuencias que produce el “bullying” y reconocerlo como un posible factor de riesgo de conductas suicidas y autolesivas, se pueden desarrollar mejores políticas en la atención del sector salud en todos sus niveles para intentar prevenirlo.

Como problema de salud pública, el suicidio en los niños y los adolescentes han adquirido especial relevancia en las últimas décadas.

Conocer que fenómenos tales como el “bullying” pueden desencadenarlo, así como la identificación de las víctimas que pueden encontrarse bajo mayor riesgo de intento de suicidio, es vital para ejercer la prevención y el tratamiento específico.

1.4 Formulación del problema

¿Es el “bullying” un factor de riesgo de conductas autolesivas o suicidas en los niños y los adolescentes víctimas de este?

Objetivos

1.5 Objetivo general

1.5.1 Determinar si el “bullying” es un factor de riesgo relevante para que los niños y los adolescentes víctimas presenten comportamientos auto lesivos y/o suicidio.

1.6 Objetivos específicos

1.6.1 Describir el “bullying”, sus causas y consecuencias en los niños y los adolescentes.

1.6.2 Revisar las variables que influyen para que los niños y los adolescentes que han experimentado el “bullying” como víctimas incurran en conductas autolesivas o suicidio.

1.6.3 Proponer planes de acción en los servicios de la salud y otros que involucren a los niños y adolescentes.

1.7 Hipótesis

Con esta revisión se pretende concientizar sobre el gran problema que es el “bullying” en una población vulnerable a ser victimizada como son los niños y los adolescentes, además describir cuales son las víctimas a las cuales más afecta el bullying.

Los niños y los adolescentes con características, tales como vivir una problemática familiar importante, poseer una discapacidad, padecer de sobrepeso u obesidad o presentar trastornos mentales, como ansiedad y depresión, corren un riesgo mayor de pensar en soluciones que preocupan a la sociedad como autolesionarse o cometer un suicidio.

CAPÍTULO 2

2.1 MARCO TEÓRICO

Según Bjaana (2006), diversos estudios realizados en torno al “bullying” muestran que existen varios protagonistas en este fenómeno: los “bullies”, quienes no eran intimidados pero reconocieron ser “bullies”; las víctimas, quienes han sido intimidados y no han sido “bullies”; los bully-víctimas que han sido intimidados además de bullies y, finalmente, los espectadores o “ninguno”, o sea, no han sido intimidados ni tampoco fueron “bullies”.

Para Vessey (2006), generalmente la idea de un “bully” es alguien quien muestra un comportamiento agresivo hacia otro. La intimidación física es más evidente y se identifica al agresor con mayor frecuencia; sin embargo, hay muchos tipos de acoso escolar que no son tan evidentes y son más difíciles de detectar.

Avilés (2007) cita a Cabezas, para clasificar los siguientes tipos de maltrato:

- a) Físico: se refiere a él como el que se manifiesta por medio de empujones, patadas, puñetazos, pellizcos y hasta el empleo de cualquier objeto para arremeter contra un estudiante. Este tipo de maltrato suele ser más común en la educación primaria que en la secundaria.
- b) Verbal: el que se ha relacionado con insultos, burlas, rumores y con poner sobrenombres que resaltan un defecto físico o de acción, principalmente.
- c) Psicológico: son las acciones tendientes a minimizar la autoestima del individuo y fomentar sentimientos de inseguridad y temor.

d) Social: se busca aislar al individuo del resto del grupo, mediante la manipulación a los miembros de este para que sean partícipes del maltrato.

Según Vessey (2006), un fenómeno relativamente nuevo pero creciente es el acoso cibernético. Como el nombre sugiere, esta forma de intimidación surge cuando los niños y los adolescentes empiezan a utilizar la comunicación electrónica masiva; por ejemplo, Internet y las redes sociales, para acosar a las víctimas a todas horas, en amplios círculos y a velocidades increíbles.

Menciona Brunstein (2010) que estudios transversales han indicado que existe un mayor riesgo de ideación suicida asociados al “bullying” y (o) al “cyberbullying” con los intentos de suicidio.

Para Cabezas (2007), se tienen tres criterios para identificar el “bullying”. Primero, un comportamiento agresivo con la intención de causar daño físico y psicológico; segundo, la reiteración de las conductas agresivas, se da incluso más allá del horario escolar y tercero, la relación interpersonal se caracteriza por un desequilibrio de poder (real o superficial, de poder o fuerza) que hace a la víctima impotente para salir de esa situación por sí sola.

Conforme a Vessey (2006), el “bullying” emocional o psicológico puede ser verbal o no verbal, es realmente más común que la intimidación física y más sutil, muchas veces implica el rechazo de la víctima, extendiendo rumores, insultos o incluso amenazando a la víctima.

El “bullying” emocional es más frecuente entre mujeres, pues los “bullies” masculinos tienden a usar mayormente la intimidación física. Un mayor porcentaje de hombres con

respecto a las mujeres fueron clasificados como “bullys” con respecto a un mayor porcentaje de mujeres que fueron clasificadas como víctimas. (CDC, 2011). Ver Tabla 1.

De acuerdo a Bjaana (2003), el acoso emocional es especialmente preocupante para los jóvenes y en diferentes países como en los Estados Unidos de Norteamérica se han presentado tiroteos escolares recientes que sugieren que no es el abuso físico lo que más les afecta, sino la incapacidad para hacerle frente a la burla social y al rechazo personal que puede alimentar extremos estallidos de violencia.

Conforme a Vessey (2006), los “bullys” seleccionan a otros niños con quienes puedan afrontar sus propios problemas. Los niños que recurren a la intimidación a menudo tienen baja autoestima. Tienen muchos conocidos pero no un verdadero amigo confiable. Los “bullys”, especialmente, se dirigen a otros que tienen alguna característica que se desvía de lo “normal”. Estas diferencias pueden ser relacionadas con la apariencia física, rasgos de personalidad, factores ambientales o factores relacionados con la escuela.

Nos refiere Cabezas (2007) que hay dos perfiles de víctimas: activas o provocativas y las pasivas. Describe a la primera como una víctima con rasgos ansiosos y de reacciones agresivas, lo cual es utilizado por el agresor para excusar sus conductas. A la segunda la caracteriza como más común y las tipifica como inseguras, además, de sobrellevar en silencio los maltratos del agresor. El estudiante agredido comúnmente presenta baja autoestima, se siente aislado, con depresión, enojo, frustración, entre otras manifestaciones.

Así como Bjaana (2003), otros autores han estudiado el perfil de las víctimas valorando si son minorías, por ejemplo, el origen étnico o la identidad sexual. Los jóvenes afroamericanos resultaron con mayor probabilidad de ser “bullys” que los jóvenes

asiáticos quienes resultaron con menor probabilidad de ser clasificados como “bullies” (11% y 10% vs 3%, respectivamente). Los jóvenes caucásicos y otros resultaron con mayor probabilidad y los latinos con menor probabilidad de ser clasificados como víctimas (13% y 12% vs 7%, respectivamente).

Refiere Cabezas (2007) que los espectadores no participan directamente, pero se divierten ante las agresiones que sufren sus compañeros, no los defienden, pero tampoco delatan a los victimarios, se callan ante el temor de que los papeles se inviertan y ser ellos a quienes se victimice

Cabezas (2007) cita diferentes investigaciones realizadas en países como Turquía por Alikasifoglu et al (2004), que señalaron un 30% de prevalencia, en Corea según Kim et al, (2004), un 28% y en Estados Unidos según Nansel et al (2001) un 24%, indicando como promedio que uno de los estudiantes que se encuentran en edad escolar sufre de “bullying” en los centros educativos. Los datos obtenidos en la muestra costarricense nos dan porcentajes tan altos comparables con estos países, para poblaciones con edades similares a la muestra costarricense Sin embargo, también se han estimado datos más bajos, de alrededor de un 19,1% de estudiantes costarricenses involucrados en actos de “bullying”, los cuales igualmente son comparables con la media europea.

CAPÍTULO 3

3. MARCO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio monográfico, por su amplitud, ya que es un estudio específico sobre un tema concreto. Es actual debido a su alcance temporal, porque se toma en cuenta la información publicada en los últimos nueve años (del 2003 al 2012).

De acuerdo con la práctica se clasifica de ciencias aplicadas, pues pretende la aplicación de los resultados de la investigación con fines prácticos. Es de naturaleza teórica, ya que consiste en una discusión de ideas expresadas por otros autores.

Según su carácter, se clasifica como descriptivo, porque se limita a describir los resultados encontrados en las investigaciones publicadas. Es clasificada, por sus fuentes, como secundaria, dado que son datos y hechos recogidos por distintas personas y para otros fines e investigaciones diferentes.

La metodología de este estudio es recopilar suficiente información que responda al cuestionamiento, el objetivo general y los objetivos específicos, por medio del análisis de información adquirida por fuentes primarias y secundarias.

3.1 Diseño del estudio

Para realizar la investigación se utilizaron referencias bibliográficas, que incluyeron estudios clínicos, como los ensayos clínicos aleatorizados y revisiones de resultados de varios estudios previos. Además, se revisaron fuentes bibliográficas que sirvieron como referencias teóricas del tema.

Se hizo una revisión en la base de datos de los temas solicitados que incluían palabras claves de búsqueda: “bullying”, “acoso por pares”, “acoso y suicidio”, “bullying y suicidio”, “bullying y autolesión”. “Suicide,” “Bullying’”, “ Peer Victimization and Suicide,” “Bullying, Suicide,” and “Peer Victimization and Suicide” en Pub Med de la National Library of Medicine, USA, y los artículos a texto completo se obtuvieron de EBSCO, HINARI, OVID, MD Consult y Open Access, todas se encuentran en la Biblioteca Nacional de Salud en Seguridad Social (Binasss).

3.2 Población del estudio

3.2.1 Unidad de análisis

- El rango de período de publicación de los artículos seleccionados será a partir del año 2003 y hasta el 2012.
- Los países en los cuales se realizaron los estudios no fue un criterio de interés.
- Se utilizarán como límites de búsqueda en bases de datos: A) Tipo de artículo: meta-análisis, guías prácticas, estudios controlados aleatorizados, revisiones bibliográficas, estudios comparativos, artículos de revistas. B) Lenguajes: inglés y español. Las principales fuentes bibliográficas que se utilizaron se localizaron en las bases de datos anotadas con anterioridad.
- La última búsqueda de los artículos se hizo en diciembre del 2012.
- Se excluyeron las publicaciones en otros idiomas que no fueran el inglés o español y las que fueron publicadas antes del año 2003.

3.2.2 Población

- Estudios de poblaciones en la niñez y la adolescencia, sin importar el sexo.
- Todos los artículos son referentes al “bullying” y su vinculación con la población infantil y adolescente.
- Se utilizarán como límites de búsqueda en bases de datos: A) Especies: humanos. B) Género: femenino y masculino. C) Edad: 18 años o menos.

CAPÍTULO 4

El ‘Bullying’

En las últimas dos décadas, el “bullying” se ha convertido en un tema de importancia pública e investigaciones alrededor del mundo.

Cassels (2010) comentó sobre una impactante serie de cuatro suicidios que involucraron jóvenes estadounidenses, supuestamente gays, donde el “bullying” fue citado como un factor importante en sus muertes y centró la atención en lo que los expertos llamaron una crisis nacional de salud pública que debía ser enfrentada.

Según Arseneault et al. (2006), los padres, el personal escolar y los servicios de salud mental han manifestado preocupación por los niños partícipes del “bullying”. Estas preocupaciones son alimentadas en parte por noticias de los medios de comunicación sobre niños que han resultado gravemente heridos o que se suicidaron después de haber sido víctimas del “bullying”. Las investigaciones recientes han demostrado que los niños que sufren de “bullying” manifiestan problemas de adaptación, dificultades sociales, problemas de salud física e ideación suicida. Si el “bullying” contribuye a problemas de adaptación en la infancia, entonces debe ser un objetivo prioritario para la investigación e intervención, porque es un fenómeno diseminado de forma importante entre los niños. Ver Figura 2.

Para comprobar si únicamente el “bullying” contribuye a la presentación de problemas de salud mental, necesitamos tener en cuenta los problemas de desajuste preexistentes. Ghanshyam (2012) reporta en el libro “The Neurobiological Basis of Suicide” (La Base Neurobiológica del Suicidio (2012), que se ha progresado en el entendimiento del papel de la serotonina (5-hydroxytryptamina, 5HT) y otros mecanismos neurobiológicos del suicidio en adultos; sin embargo, la neurobiología del suicidio adolescente ha sido poco estudiada.

Menciona este autor que existe evidencia que sugiere que el suicidio adolescente puede ser diferente al suicidio en adultos en referencia a algunas características y factores de

riesgo: por lo tanto, es probable que exista una sutil diferencia en la neurobiología del suicidio adolescente comparado con el suicidio en adultos. Reporta Ghanshyam N. (2012), que se ha observado en el cerebro de los adolescentes suicidas que el receptor $5HT_{2A}$ está aumentado, también presentan anormalidades diferenciales en las subunidades de la proteína-G.

Según Ghanshyam (2012), la mayor diferencia neurológica entre el suicidio de los adolescentes y los adultos parece ser anormalidades en el hipocampo. Los factores psicosociales también son diferentes, en los adolescentes el estrés y el “bullying”, por ejemplo, están asociados al suicidio.

Arseneault et al. (2006) publicaron en su estudio que los niños solo víctimas del “bullying” entre las edades de 5 y 7 años presentaban de forma significativa mayor dificultad pre existente para internalizar los problemas en comparación con los controles, y eran menos felices durante su primer año en la escuela según sus maestros. Las niñas solo víctimas presentaban de forma significativa mayor dificultad pre existente para externalizar los problemas en comparación con los controles, pero los niños no. Los niños que fueron solo víctimas no eran diferentes a los controles con respecto a las conductas prosociales a los cinco años de edad. Ver Figura 1.

Los mismos autores mencionaron que los niños “bully”/víctimas presentaban de forma significativa una mayor dificultad para internalizar los problemas en comparación con los controles, y los que fueron solo víctimas a los siete años de edad tenían mayor dificultad para externalizar los problemas y mostraron menos conductas prosociales. Los “bully”/víctimas eran significativamente menos felices en la escuela en comparación con los niños control, y los que eran solo víctimas tuvieron menor rendimiento académico y puntuaciones más bajas en las pruebas de lectura.

Demostraron los autores antes mencionados que independientemente del comportamiento y las dificultades tempranas en la escuela, los niños que fueron solo víctimas del “bullying” durante los primeros años de escolaridad presentaron un efecto perjudicial sobre su capacidad de ajuste; los niños que fueron víctimas y “bully”/víctimas manifestaron una gama de problemas del comportamiento y dificultades en la escuela después de experimentar “bullying”. Demostraron que no solo el desajuste previo en los niños puede ser culpado de todos los problemas de ajuste en los niños víctimas del “bullying”, pero que el “bullying” en sí mismo es un contribuyente significativo para presentar problemas adaptativos del comportamiento y en la escuela. El “bullying” puede considerarse como un acontecimiento vital estresante que podría influir en el desarrollo normal de los niños.

El “bullying” incluye una gama de comportamientos que resultan en un desequilibrio del poder entre el agresor y la víctima. Tales comportamientos incluyen no solo la agresión física sino también la agresión verbal y la humillación pública. De hecho, el “bullying” emocional por pares es una especial preocupación en los centros educativos de los Estados Unidos de Norteamérica, pues ha resultado en tiroteos que sugieren que no es el abuso físico sino la incapacidad para hacer frente a la burla social y al rechazo personal que propician los extremos estallidos de violencia. (Jaana et al. 2003)

Estos mismos autores reportan que los “bullys” son psicológicamente más fuertes que los compañeros que no participan en el “bullying”, y gozan de alto estatus social entre sus compañeros. Las víctimas, por el contrario, sufren no solo de angustia emocional, sino también de marginación social (es decir, sus compañeros los evitan y tienen bajo estatus social). Finalmente, los “bully”-víctimas son los más excluidos socialmente por sus compañeros, presentan mayor probabilidad de presentar problemas de conducta y de estar menos involucrados en la escuela, y también reportan niveles elevados de depresión y soledad.

Refieren Jaana et al. (2003) que la mejor salud mental (falta de estrés psicológico) de los “bullys” se puede entender en parte por el prestigio social que disfrutaban entre sus compañeros. Las investigaciones del desarrollo han demostrado que en la adolescencia temprana el estatus social es uno de los predictores más fuertes de la autoevaluación positiva y el bienestar psicológico; por lo tanto, es probable que los “bullys” adolescentes no se encuentren deprimidos o ansiosos, porque gozan de un alto estatus social dentro de sus compañeros. Es importante tomar en cuenta que, a pesar del alto estatus social del “bully”, los compañeros preferían no pasar tiempo con ellos. Así, puede ser que el prestigio social del “bully” está motivado en parte por el miedo.

Interrelacionaron además cuatro supuestos como las posibles causas del “bullying”:

1. El “bullying” es producto de la incapacidad del joven para resolver los problemas con sus compañeros y sus profesores, por lo que su respuesta es por medio de un comportamiento agresivo, que se manifiesta en el “bullying” verbal o físico.
2. Algunas de las manifestaciones del “bullying” (agresión) son aprendidas en el hogar o en la comunidad.
3. Se desarrolla mediante un proceso de socialización culturalmente aceptado.
4. Los medios de comunicación transmiten patrones de conducta agresiva, que los jóvenes imitan y comparten por medio de la interacción con sus pares.

En su investigación, Alfaro et al. (2010) definen el fenómeno del “bullying” como “las manifestaciones de violencia mantenida, mental o física, guiada por un individuo o por un grupo y dirigida contra otro individuo que no es capaz de defenderse a sí mismo en esa situación, y que se desarrolla en el ámbito escolar”.

Roehr (2010) mencionó en su artículo que "Hemos visto que a mayor nivel o grado disminuye la tendencia al bullying". "Podría deberse que ser nuevo en el ambiente escolar o colegial y tener menor estatura física son factores que conducen al bullying".

El estudio realizado por Alfaro et al. (2010), en Costa Rica, indica que la población la constituyeron docentes del primer ciclo (de primero a tercer grado) y segundo ciclo (de cuarto a sexto grado), que laboran en las escuelas públicas del Circuito 03 de la Dirección Regional de San José, y reveló que la percepción de un 63% de la población consideró que el "bullying" se presenta con mucha frecuencia en los centros educativos. Ubicándose las agresiones verbales (62%) como las más frecuentes, seguidas por las agresiones físicas y en último lugar las agresiones sexuales.

Estos mismos autores encontraron que parte de los participantes mencionaron que el ser espectadores constantes de violencia no hace que esta sea vista como algo natural para las personas que conviven en un ambiente violento; por el contrario, informan que como lo señala Baró (2003) la violencia es un constructo de la sociedad en el que cada orden social establece las condiciones necesarias para que esta se geste y reproduzca. Muñoz et al. (2007) agregan, además, que la violencia no es natural, sino aprendida, por lo que el ser espectadores constantes de ella podría hacer que esta sea vista como algo normal y que no se puede evitar.

Estos mismos autores describen que el "bullying" se caracteriza por presentarse de manera sostenida en el tiempo y no esporádicamente, con lo cual un o una estudiante puede llegar a convertir a otro en su víctima habitual (Orpinas 2006). Este aspecto es fundamental, pues permite saber en determinado momento si se presenta en contra de una alumna o alumno, puede que no se trate de un episodio eventual o circunstancial, sino que responda a un maltrato que se ha presentando desde tiempo atrás. Si esto no se sabe, es posible que se deje pasar el "bullying" entre estudiantes, pues no se le da importancia, ya que pueden considerarlo como esporádico y que no llegan a lesionar

seriamente a quienes estén involucrados, concordando con lo manifestado por Prieto et al. (2005).

Los actos suicidas según Anat B. et al. (2010) afectan a millones de adolescentes cada año, lo que indica que es un problema de salud pública que necesita atención e intervención. Las tasas de suicidio entre los jóvenes se han incrementado a tal punto que son ahora el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países, en países desarrollados y en los que están en vía de desarrollo.

Amitai et al. (2012) citan a Klomec et al. (2009) quienes demostraron que el “bullying” y la victimización durante la infancia aumentan las posibilidades de intentos suicidas subsecuentes.

Refieren Anat B. et al. (2010) que el “bullying” entre niños de edad escolar es ahora reconocido como un problema de salud pública importante en el mundo occidental. En 2001, la Oficina del secretario del Departamento de Servicios de Humanos y de Salud de los Estados Unidos publicó un informe haciendo hincapié en la importancia de atender de este problema.

Según Anat B. et al. (2010) tanto los “bullies” como las víctimas son más propensos a sufrir de una gran variedad de problemas que aquellos no involucrados en el “bullying”, incluyendo una menor relación con trastornos como la depresión, la ansiedad y los comportamientos violentos. Por otra parte, el “bullying” durante la infancia ha sido relacionado a futuros síntomas psiquiátricos.

Estos mismos autores describen el “bullying” cibernético como un "acto agresivo, intencional, realizado por un grupo o individuo, que emplea dispositivos electrónicos, repetidamente y con una frecuencia en el tiempo contra una víctima que no puede defenderse fácilmente".

Existen encuestas sobre la prevalencia de “bullying” cibernético que demuestran que es común entre los adolescentes. El “bullying” cibernético es diferente a otras formas más tradicionales de “bullying” por el anonimato y la capacidad del autor para hostigar a su víctima 24 horas al día. Casos extremos han llevado al suicidio de adolescentes. Las mujeres victimizadas vía internet asociaron poca frecuencia a la depresión y las acosadas por correo electrónico sí presentaban con frecuencia depresión y la ideación suicida fue significativa, aunque se asoció con intentos suicidas solo cuando era frecuente. Entre los hombres, las víctimas asociaron depresión cuando el “bullying” era frecuente, pero no cuando era infrecuente y ambos niveles de “bullying” asociaron ideación suicida. (Anat et al. 2010).

Además reportan que han descubierto recientemente que los jóvenes que experimentan el “bullying” cibernético, tanto “bully” como víctima, tenían más pensamientos suicidas y eran más propensos a intentar suicidarse que aquellos que no habían experimentado este tipo de “bullying”. Se nota que la forma tradicional del “bullying” y el “bullying” cibernético parecen estar relacionados con la ideación suicida en forma similar. La asociación entre el “bullying” y las tendencias suicidas se ha encontrado en niveles tanto escolares como a nivel de la secundaria. Encontraron que la ideación suicida y el “bullying” fue común tanto en las víctimas como en las “bully”-víctimas.

Roehr (2010) mencionó en su artículo que el “cyberbullying”: “También ayuda a nivelar el terreno; anteriormente el ser víctima de “bullying” a menudo se basaba en la estatura física y la dinámica de poder del grupo. El anonimato del ciberespacio permite que incluso los alumnos más pequeños y más débiles sean bullies”.

El “bullying” podría ser otro ejemplo de una paradoja del género, por el que las mujeres son menos propensas a ser “bullies”, pero cuando lo son, la disfunción es mayor que en sus homólogos masculinos. (Anat. et al. 2010).

Estos autores reportan que hay pocos estudios longitudinales sobre el “bullying” frecuente en las niñas, que predijeran el uso de los antidepresivos, incluso, cuando se controló la psicopatología base.

Los autores antes mencionados encontraron solo un estudio de cohortes a gran escala de origen finlandés, el cual se realizó a nivel nacional en 1981 donde dieron seguimiento a largo plazo, basado en la población infantil, al bullying y sus resultados a la edad adulta temprana desde el nacimiento. Los datos incluyen a una cohorte de niños y niñas de 8 años que tuvieron seguimiento hasta los 25 años y se investigó, en parte, la relación entre el “bullying” durante la infancia y la edad adulta. En los informes finlandeses en niños solo se examinó la relación entre el “bullying” durante la infancia, la depresión y la ideación suicida diez años después.

Además concluyen que el “bullying” en niños de 8 años es un factor de riesgo para la depresión posterior. Sin embargo, la asociación entre ser “bully” y la ideación suicida en niños de 8 años resultó no significativa cuando se controló la depresión.

El principal hallazgo del estudio por Anat. et al. (2010) fue que la asociación entre el “bullying” a los 8 años y la conducta suicida posterior varía por sexo. En los niños de 8 años, el “bullying” no se asoció con posteriores intentos suicidas o con muertes por suicidio, después de que se controló en ambos géneros la conducta y los síntomas depresivos. Sin embargo, el “bullying” frecuente en las niñas de 8 años se asoció con posteriores intentos suicidas y muertes por suicidio, incluso, después de controlar la conducta infantil y los síntomas depresivos. El impacto en la frecuencia del “bullying” parece también ser diferente para los niños y las niñas. Entre los niños, ser “bully” de forma frecuente, sin ser víctima de forma concurrente, no se asoció a conductas suicidas posteriores. Cuando coocurren sí hubo asociaciones posteriores con la conducta suicida; no obstante, esta asociación no llegó a ser significativa después de

controlar los síntomas depresivos y la conducta durante la infancia. En las niñas, ser víctima frecuente, sin ser “bully” de forma concurrente, se asoció con conductas suicidas posteriores, incluso, después de controlar la psicopatología de base.

En la Guía “Safe from Bullying” según Smith (2003) confeccionada para las autoridades locales del Reino Unido se informa del flujo bidireccional de influencias entre el comportamiento dentro de la comunidad y el “bullying” en las escuelas. El “bullying” en las escuelas es a menudo influenciado por factores en el país y en la comunidad y, a su vez, el “bullying” en las escuelas puede expandirse en la comunidad local.

En la Guía mencionada anteriormente se reporta que el “bullying” y el miedo al “bullying” puede evitar que los niños y los adolescentes jueguen afuera o se muevan alrededor de su lugar de residencia. El “bullying” puede seguir a las víctimas dentro y fuera de la escuela, incluyendo clubes no escolares y las áreas alrededor de la periferia como las puertas de la escuela. El sitio más comúnmente mencionado fue en la calle donde los niños pueden estar esperando el bus o trasladándose a otro sitio.

En la anterior guía se comenta que muchos adolescentes se involucran en clubes como un refugio al “bullying” que están experimentando en otro lugar. Algunos adolescentes responden al “bullying” adoptando medidas peligrosas para sentirse seguros. Los “bullies” y las víctimas presentan mayor probabilidad de portar un arma en defensa propia, o usar alcohol y sustancias ilegales. Los estudios demuestran que los “bullies” son más propensos a llevar armas a la escuela y a ser heridos en una pelea, y que el comportamiento delictivo es mucho más común en estos niños también.

A partir de su revisión comenta que las escuelas deben constar de una política, un documento escrito que establezca los objetivos de la escuela en lo referente al “bullying” junto con un grupo de estrategias a seguir. El documento debe ser apoyado

por los sistemas y los procedimientos dentro de la escuela, para asegurar que sus objetivos y estrategias sean implementados efectivamente, monitoreados, mantenidos y revisados. Idealmente, contar con un enfoque en el que todos los miembros de la escuela elaboren y mantengan la política y como ventaja integrar potencialmente numerosos componentes de una estrategia anti-“bullying”.

Este mismo autor describe los programas implementados, los cuales se enfocaban en ciertos objetivos. Por ej., “el clima dentro de la clase”. Un área de debate es la medida en que los esfuerzos y las políticas anti-“bullying” escolares deben apuntar directamente al “bullying” o, más general, concentrarse en mejorar las relaciones dentro de la escuela.

El apoyo a los compañeros se brinda por medio de métodos a los cuales se les da seguimiento: el trabajo en equipo dentro del aula; “la hora del círculo”, en donde la clase aborda problemas entre compañeros que incluyen ira o “bullying”; el “círculo de amigos” que proporciona un equipo de apoyo de compañeros que trabajan con alumnos vulnerables; “la amistad”, en donde un alumno se asigna a "estar con" o “ser amigo de” un compañero; la “vigilancia escolar”, un programa donde se eligen estudiantes para un comité de pares que implementa actividades anti-“bullying”; “la resolución de conflictos o mediación”, que es un proceso estructurado en el que una tercera parte neutral ayuda a los participantes voluntarios para resolver su disputa y los alumnos entrenados escuchan y asesoran de forma supervisada para apoyar a los compañeros con problemas.

Estos métodos son prometedores y las evaluaciones en el tiempo han encontrado que los que apoyan a sus pares se benefician y mejora el clima de la escuela en general.

Smith (2003) refiere que se ha defendido la propuesta de una mejor supervisión y un mejor diseño de los patios escolares. La evaluación de un esquema de mediación entre

compañeros, aplicado en tres patios de una escuela primaria canadiense encontró que el “bullying” físico se redujo de 51 a 65 %.

Otra propuesta, los tribunales escolares consisten en alumnos elegidos para escuchar la evidencia y decidir sobre los castigos para los participantes del “bullying”. A nivel de aula, Smith (2003) menciona que muchos programas abogan por discusiones en clase para crear conciencia, para estimular ideas, y (o) para desarrollar normas para manejar el “bullying”. Existen diferentes materiales de apoyo para los maestros, incluyendo películas, videos, juego de roles y literatura.

Reporta además que el método de “compartir la preocupación” es un enfoque basado en el asesoramiento de situaciones para un grupo de alumnos que ha sido parte del “bullying”. En este enfoque los niños hacen de víctimas así como de “bullies”, así se alienta a los “bullies” a reconocer el sufrimiento de las víctimas y que tomen medidas para ayudar en la situación. Aunque se utiliza ampliamente en Suecia, existe poca evaluación de la técnica y algunos no lo recomiendan.

Smith (2003) resume las intervenciones aplicadas en diferentes países para reducir el bullying escolar las cuales se describen a continuación.

Noruega

Posterior al suicidio de tres niños, el Ministerio de Educación inició la primera campaña a gran escala anti-“bullying” en 1983. El Ministerio distribuyó un folleto para los profesores y una carpeta de información para los padres a nivel nacional y también puso a su disposición un video que muestra situaciones donde se ejemplifica el “bullying”.

Los efectos del programa en Noruega fueron sistemáticamente evaluados en dos escuelas. En **Bergen** la muestra estuvo compuesto por dos mil quinientos estudiantes

de cuarenta y dos escuelas y colegios con edades entre los 11 y 14 años en la evaluación inicial. Ocho meses después, la evaluación examinó los efectos de la circulación a nivel nacional del material que introducía reglas claras y firmes, para crear un ambiente cálido y positivo en las escuelas, y pretendía reestructurar en las escuelas la conducta de “bullying”. En este programa se utilizaron medidas “anti-bullying” en las escuelas, aulas y a nivel individual.

En Bergen se utilizaron indicadores compuestos no especificados, la evaluación de seguimiento encontró una reducción en los informes del “bullying” directo (es decir, el “bullying” físico y verbal). Los efectos fueron mayores después de veinte meses de intervención, la reducción del “bullying” ocho meses después fue alrededor del 48% para los niños y 58% para las niñas. Después de veinte meses, promediaban 52% para los varones y 62% para las niñas.

La segunda encuesta de seguimiento tuvo lugar en octubre de 1986, en **Rogaland**. Esta muestra la comprendían siete mil estudiantes entre 8 y 16 años, en treinta y siete escuelas y colegios.

En Rogaland, se informó que el “bullying” aumentó en un 44% para los niños y disminuyó en un 12,5% para las niñas. La exclusión social aumentó 12,5% para los niños y disminuyó en un 8% para las niñas. En general, el “bullying” aumentó en un 24% para los niños y 14% para las niñas. Los resultados son claramente negativos en todas las medidas, tanto para el género femenino como masculino. Aunque partiendo de la misma campaña de intervención a nivel nacional, los resultados de Bergen y Rogaland contrastan fuertemente. Aparentemente, el equipo de investigación en Rogaland no intervino en las escuelas de base y durante el seguimiento (en contraste con el estudio de Bergen).

Los resultados de Bergen recibieron más publicidad en la década de 1990, y una versión completa del programa “anti-bullying” por Olweus llegó a estar disponible.

Tras el éxito del programa “anti-bullying” en Bergen otros países desarrollaron e implementaron varios programas de intervención con similares objetivos y métodos.

Inglaterra

De 1991 a 1993, el **proyecto Sheffield** “anti-bullying” trabajó con veintitrés escuelas y seis mil quinientos alumnos entre 8 y 16 años; aunque inspirado en el proyecto de Bergen este proyecto fue diseñado independientemente.

Un estudio pre intervención se llevó a cabo a finales de 1990, seguido por una segunda encuesta dieciocho meses después del comienzo del programa. Según la encuesta, las tasas de “bullying” disminuyeron en un 14% en las escuelas primarias y en un 7% a nivel de educación media. La proporción de alumnos que habló con algún profesor sobre el “bullying” aumentó un 6% en las escuelas primarias y un 32% a nivel de la educación media. La proporción de “bullies” que informaron que un profesor había hablado con ellos sobre el “bullying” aumentó en un 5% en las escuelas primarias y un 38% a nivel de la educación media.

Existió otro programa de intervención que se llevó a cabo entre 1991 y 1993. Participaron dos escuelas en **Londres** y dos escuelas en **Liverpool** (una primaria y una secundaria en cada ciudad, n = 1284 alumnos). En todas las escuelas, se creó un grupo de trabajo “antibullying” de niños para diseñar e implementar una política “antibullying”. Se utilizaron videos y apoyo de los compañeros en las escuelas primarias y entrenamiento en la asertividad y habilidades de mediación entre los compañeros en las escuelas secundarias. La disminución de los niveles de “bullying” fueron encontrados en las dos escuelas primarias pero de forma menos consistente en las escuelas secundarias.

Canadá

Un programa “anti-bullying” en **Toronto** trabajó con aproximadamente mil niños, de 8 a 14 años, de cuatro escuelas. Inspirado en el programa de Bergen, la intervención trabajó en la escuela, el aula y a nivel individual; se hizo una evaluación preintervención y postintervención después de 18 meses y demostró un aumento no significativo (20%) en los niños víctimas de “bullying”; sin embargo, también se demostró una disminución significativa (18%) en los niños que informaron haber sido víctimas del bullying por lo menos una vez en los últimos 5 días. Hubo un aumento significativo (22%) en el “bullying” por una vez o dos veces por semana y un aumento (24%) en otra frecuencia al menos una vez durante los últimos 5 días.

Alemania

De 1994 a 1996, se realizó una intervención en **Schleswig-Holstein**. Participaron treinta y siete escuelas primarias y secundarias (n = 10 600 estudiantes, entre 8 y 18 años), se les aplicó la encuesta durante la preintervención y al seguimiento 1 o 2 años más tarde. El programa utilizó un diseño de cohortes por edad y siguió el modelo de Bergen, los resultados variaron con la edad. Hasta el grado 10 (aproximadamente 16 años de edad), haber sido víctima de bullying disminuyó en promedio un 17%; sin embargo, en los grados 11 y 12 (17-18 años), aumentó en un 44%. La exclusión social aumentó en promedio 1.6% hasta el grado 10 y 25% para los grados 11 y 12. Ser “bully” disminuyó en promedio un 5% hasta el grado 10; sin embargo, en los grados 11 y 12, aumentó en promedio un 40,5%.

Estados Unidos

En las comunidades rurales de **Carolina del Sur**, treinta y nueve escuelas participaron en una intervención de 1995 a 1997. Aquí, seis mil doscientos cincuenta estudiantes en los grados de 4 a 6 (edades 9 a 11 años) fueron seguidos durante 2 años. Durante el primer año, once escuelas recibieron la intervención y veintiocho escuelas funcionaron como controles. Durante el segundo año, siete de las escuelas control originales

también comenzó a recibir la intervención. Las tasas de “bullying” no cambiaron significativamente para las escuelas al ser intervenidas durante 1 o 2 años, en comparación con las escuelas de control. En las escuelas intervenidas, el “bullying” disminuyó significativamente (20%) después de 1 año; las escuelas control aumentaron ligeramente (un 9%). Después de 2 años de intervención no se encontraron diferencias significativas entre las tasas de los dos grupos de escuelas y los grupos de intervención y control mostraron un ligero incremento en el “bullying”.

Bélgica (Flanders)

Se llevó a cabo un proyecto desde 1995 a 1997 en dieciocho escuelas primarias y secundarias en la parte flamenca de Bélgica (n = 1104 estudiantes, entre 10 y 16 años) se utilizó un diseño experimental. En este proyecto, tres primarias y tres escuelas secundarias fueron asignadas aleatoriamente a cada una de las tres condiciones: tratamiento con apoyo, tratamiento sin apoyo y control. Las escuelas en cualquiera de las condiciones de dos tratamientos participaron en el programa de intervención que se desarrolló con base en los principios de los programas de Bergen y Sheffield.

Sobre el “bullying” no hubo efectos significativos en el tiempo; las escuelas control mostraron un pequeño porcentaje (1% a 3%) en la disminución de las puntuaciones del “bullying”, que fue más constante en las escuelas primarias que en la secundarias. El ser “bully” presentó un efecto significativo con el tiempo. Después de 20 meses, las escuelas primarias que recibieron tratamiento con apoyo no mostraron cambios, las escuelas primarias que recibieron tratamiento sin apoyo mostró una disminución del 2% y las escuelas control registraron un aumento del 5%.

En las escuelas secundarias que recibieron tratamiento con apoyo se demostró un aumento del 1%, las escuelas secundarias que recibieron tratamiento sin apoyo demostraron una disminución del 1% y las escuelas de secundaria control no mostraron cambios, es decir, las diferencias no fueron significativas. Para las interacciones

positivas también hubo diferencias: todas las escuelas informaron aumentos de alrededor del 3% al 9% en el tiempo.

España

El Proyecto Sevilla Anti Violencia Escolar (SAVE) tuvo lugar en **Sevilla** entre 1995 y 1996 y de 1999 a 2000, el programa de intervención se inspiró en los trabajos de Sheffield y Bergen. Diez escuelas participaron en el programa de intervención, con alumnos de 8 a 18 años de edad. Cinco de estas escuelas (n = 910 estudiantes) participaron en una encuesta postintervención 4 años después de la encuesta inicial. En las escuelas donde se hizo la intervención, el número de víctimas disminuyó en un 57% y el número de “bullies” disminuyó en un 16%. La proporción para los “bully”- víctimas disminuyó en un 57% y la de espectadores aumentó en un 7%.

Los resultados del posttest mostraron una menor incidencia del “bullying” en las escuelas intervenidas, en comparación con las escuelas control. El número de niños que informaron relaciones positivas con sus compañeros aumento en un 16% y las víctimas a largo plazo (los que dijeron haber sido víctimas durante un año o más) disminuyeron en un 41%.

Berna

Se llevó a cabo un programa de prevención del “bullying” a nivel del kínder entre enero y mayo de 1998. En este programa se intervinieron ocho escuelas (n = 152 niños) y ocho escuelas fueron control (n = 167 niños). Los niños tenían de 4 a 7 años de edad. El programa se centró en mejorar la capacidad para manejar los problemas entre “bully”-víctima e incluía sensibilización, se observó que el comportamiento fuera consistente, se usaron sanciones apropiadas positivas y negativas y se examinó el papel y la responsabilidad de los niños no involucrados. Se recogieron datos antes y seis meses después del comienzo del programa.

En el grupo de intervención, el número de niños fuera “bully” o víctima no difirió significativamente entre pre y posttest. Para los que registraron como “bullies” las calificaciones del profesor demostraron diferencias significativas en los resultados generales. Para el grupo de intervención, las víctimas fueron calificadas por los profesores con una disminución en el “bullying” físico e indirecto (es decir, exclusión), pero aumentó el “bullying” verbal.

Los programas a gran escala “anti-bullying” han tenido resultados mixtos. La primera aplicación, en Bergen, ha sido el más exitoso, con intentos posteriores y resultados mucho más modestos y a veces, incluso, negativos. Solo el programa de Sevilla reprodujo los resultados del estudio de Bergen. El tipo de intervención más utilizado en los programas ha sido a diferentes niveles o multifacéticos. No existe evidencia clara sobre qué componentes han sido más importantes.

La longitud del programa de intervención ha variado con la mayoría de los proyectos con uno a dos años de duración. El proyecto de Sevilla tenía la intervención más larga (4 años) y es una de las más exitosas, sugiriendo que la longitud del programa es una variable importante.

El apoyo extra de los investigadores en las de Bergen ofrece una explicación para los diferentes resultados entre Bergen y Rogaland: se mantuvo un interés continuo del equipo de investigación en los esfuerzos de la escuela, en los resultados de las encuestas y un mayor apoyo en el trabajo “anti-bullying” puede llevar a un trabajo más eficaz en la escuela. Sin embargo, el proyecto de Flanders proporciona una prueba experimental directa de esta hipótesis, y las escuelas con mayor apoyo por parte de los investigadores no tuvieron ningún efecto adicional.

Tal vez lo importante no es la ayuda externa, sino cuánto tiempo y esfuerzo invierten las escuelas en el programa. Varios investigadores han reportado una relación positiva

entre los resultados obtenidos y el esfuerzo que ponen en el programa de cada escuela. En el proyecto de Sheffield, las escuelas que pusieron mayor esfuerzo en el programa (por ejemplo, la implementación de más componentes opcionales o solicitar más apoyo de los investigadores) obtuvieron mejores resultados. Este efecto del apoyo positivo se reportó en el estudio de Rogaland, aunque más claramente para las escuelas primarias que para las secundarias.

La edad de los estudiantes en algunos programas tuvo un fuerte efecto positivo sobre los alumnos de primaria, en comparación con los alumnos de secundaria. Esto se encontró en los estudios de Sheffield y Flanders, así como en el proyecto London–Liverpool. Las características en el desarrollo de los niños mayores y las características de la organización de las escuelas secundarias se han sugerido como explicaciones. Los niños pequeños de forma más voluntaria aceptan actividades con los docentes y en el plan de estudios y políticas escolares que reflejan la influencia del maestro. Los niños mayores, especialmente los bullies, pueden rechazar explícitamente al maestro, su influencia y los valores propuestos por la escuela.

En cuanto al sexo de los estudiantes, muchos proyectos no presentaron diferencias de sexo, ambos estudios noruegos indicaron que las niñas son más receptivas a las intervenciones “antibullying”. Las niñas tienen generalmente mejores actitudes hacia las víctimas, especialmente en la adolescencia. Las niñas también resultaron más dispuestas a desempeñar un papel activo en el desafío contra el “bullying”.

Con respecto a la amplitud para los programas, los proyectos de Bergen y Rogaland formaban parte de una campaña a nivel nacional, y el Schleswig-Holstein y los estudios de Carolina del Sur formaron parte de campañas en grandes áreas. Por el contrario, el proyecto de Toronto y el proyecto London–Liverpool se centraron en unas pocas escuelas en un área local. Los programas a gran escala pueden beneficiarse de más apoyo y recursos y de publicidad de los medios.

Finalmente, Smith (2003) brinda sugerencias para futuras investigaciones en las cuales los efectos de los programas fueron menores en los estudiantes e indicó que los programas de intervención necesitan iniciarse cuanto antes (tal vez en edad preescolar).

El programa “anti-bullying” de Berna en las escuelas a nivel del jardín de niños encontró algunas pruebas para la reducción de los efectos en la víctima.

CAPÍTULO 5

Las víctimas Y Sus variables

Brunstein A. et. al. (2010) reportan que se han relacionado estudios transversales de forma significativa con el sexo y el “bullying” con un mayor riesgo de ideación suicida en la etapa escolar pero los resultados son inconsistentes.

Además reportan que las niñas que participaron del “bullying” (como víctima o “bully”) tenían de forma significativa mayor riesgo de ideación suicida. Informan que han descubierto entre las niñas mayor riesgo de conducta suicida, sean “bullies” o víctimas sí asociaron otros factores de riesgo. Brunstein A. et. al. (2010).

Así mismo, han encontrado que entre las niñas la ideación suicida severa se asoció con el “bullying” frecuente como “bully” o víctima. Entre los hombres solo el “bullying” frecuente se asoció con la ideación suicidas y gestos.

Brunstein A. et. al. (2010) reportan también que en un estudio (Herba et al, 2008) no se encontró diferencias entre el sexo y la ideación suicida.

En otro estudio por Wasserman et al. (2005) los autores reportan que encontraron entre las mujeres la victimización en cualquier frecuencia aumentó el riesgo de ideación y gestos suicidas. Entre los hombres, solo el “bullying” frecuente aumentó el riesgo de la ideación suicida; aunque infrecuente, el “bullying” se asoció con un mayor riesgo de intentos suicidas. Estos resultados contradicen las investigaciones que reportaron que solo las mujeres víctimas corren un mayor riesgo de ideación suicida.

Muy pocos estudios han informado sobre el bienestar psicológico y la sexualidad de las personas bisexuales. (King et al. 2003) divulgaron, por medio de una encuesta nacional controlada y transversal realizada en una población del Reino Unido, utilizando técnicas de muestreo tipo “bola de nieve”, que los hombres gay y las lesbianas que viven en Inglaterra y Gales presentaban un riesgo moderadamente mayor para

presentar trastornos mentales y autoagresión deliberada en comparación con las mujeres y los hombres heterosexuales.

Estos autores reportaron que una proporción relativamente grande de los encuestados habían considerado o intentado suicidarse. Variables independientes asociadas con haber tenido ideación suicida fueron: edad menor de 40 años; desempleados o estudiantes y haber sido atacado en los últimos cinco años. Las personas afroamericanas encuestadas presentaban menor probabilidad de ideación suicida. Las variables asociadas a intentos suicidas resultaron: ser mujer, después de haber sido atacado en los últimos 5 años y haber sido víctima de “bullying” en la escuela.

Amitai et al. (2012) informan de reportes que mencionan que los niños que fueron “bullies” y víctimas tenían mayor probabilidad de exhibir conductas suicidas en comparación con los niños que solo fueron víctimas. Las niñas víctimas del “bullying” tenían mayor probabilidad de exhibir conductas suicidas en comparación con las niñas que no fueron “bullies” ni víctimas.

Refieren también que existen, además, esfuerzos innovadores dirigidos a las minorías étnicas con ideación suicida. Se enfocan en restaurar el orgullo étnico y los valores culturales. Es necesario que se realicen más estudios para entender la fenomenología de las conductas suicidas en las minorías étnicas.

Warner J. et al (2004) reportan en su estudio que los hombres y las mujeres bisexuales reportaron haber experimentado niveles similares de agresión verbal, daños a la propiedad y “bullying” a los reportados por los encuestados gays y lesbianas, pero este último grupo presentaba mayor probabilidad de atribuir estos ataques a su sexualidad en comparación con los encuestados bisexuales. Ver Tabla 2.

Según estos autores en su encuesta los hombres bisexuales recibieron mayor puntaje que los hombres gay en la Escala CIS-R (entrevista sobre la salud mental) mientras que no hubo diferencias significativas en las puntuaciones medias de la CIS-R entre las lesbianas y las mujeres bisexuales.

Así mismo encontraron altos índices de autolesiones deliberadas y planeadas y altos niveles de morbilidad psiquiátrica definida por el puntaje de la CIS-R entre gays (42%) y hombres bisexuales y lesbianas (43%), las mujeres (49%) en comparación con estudios anteriores en la comunidad realizados a personas heterosexuales de forma predominante. La diferencia con los estudios anteriores sugirió mayor morbilidad psiquiátrica en la población gay, lesbiana y bisexual. Ver Tabla 3.

Los resultados de Warner et al. (2004) sugieren que las lesbianas y los gays son igualmente propensos a experimentar morbilidad psiquiátrica, en contraste con estudios previos que encontraron que las mujeres tenían mayor riesgo. El hallazgo de que, en comparación con los participantes mayores, las personas menores de 40 años de edad parecen estar en mayor riesgo de presentar trastornos mentales, alcoholismo y consideraban autolesionarse, en contraste con Warner J. et al (2004) con una mayor apertura sobre la sexualidad en este grupo. Esto podría ser una consecuencia de una mayor exposición a actos de discriminación. Ser abiertos sobre su sexualidad podría conducir a más agresiones, “bullying” y, por lo tanto, peor salud mental. Otra explicación es que los jóvenes con mayor probabilidad revelan estos problemas.

Hightow-Weidman et al. (2011) mencionan como resultados de su estudio que en general 36% y 85% de los participantes experimentaron “bullying” racial y relacionados con la sexualidad, respectivamente. Se dio una asociación significativa entre experimentar un alto nivel de “bullying” relacionado con la sexualidad y la sintomatología depresiva, intentos suicidas y abuso parental. No encontraron ninguna asociación entre el “bullying” racial y los intentos suicidas.

Refieren en este estudio que los jóvenes que son minorías sexuales son más propensos que los jóvenes heterosexuales a ser víctimas de “bullying”, acoso sexual por pares y abuso físico por parte de sus parejas, y gran parte de este maltrato tiene fuertes insinuaciones contra los homosexuales.

Según estos mismos autores los adolescentes gays y las lesbianas son de dos a cuatro veces más propensos a tener ideas suicidas o hacer intentos en comparación con los adolescentes heterosexuales. Los gays son más propensos a faltar a la escuela debido al “bullying”. Ambos estudios transversales y revisiones sistemáticas indican que existe un mayor riesgo de ideación o intentos suicidas asociados al “bullying”.

Así mismo reportan que los adolescentes que son minorías sexuales, en comparación con sus compañeros, presentaron una probabilidad mayormente significativa de faltar a la escuela por inseguridad (13% vs. 3%), por haber sido víctima de “bullying” (44% vs. 23%), experimentar “bullying” o heridas con un arma en la escuela (14% vs 5%) y haber experimentado algún tipo de violencia (35% frente al 8%) o contacto sexual contra su voluntad (34% frente al 9%). El “bullying” debido a la identidad racial puede conducir a resultados negativos para la salud, incluyendo el aumento en los niveles de ansiedad y depresión, mayor consumo de sustancias y baja autoestima.

Mencionan inclusive, que hay evidencia de discriminación racial dentro de las comunidades lésbicas, gas, bisexuales y transgénero (LGBT), así como informes de discriminación anti-LGBT dentro de las comunidades de color.

Refieren que un veintitrés por ciento de la cohorte en su estudio había hecho un plan para suicidarse y casi todos los que había hecho un plan (96%) habían hecho intentos al menos una vez. Entre aquellos jóvenes con planes de suicidio, el 45% había intentado suicidarse más de una vez. Había una asociación significativa entre experimentar un

alto nivel de “bullying” relacionado con la sexualidad y la sintomatología depresiva; tener un período de al menos una semana de sentimientos de tristeza; haber intentado suicidarse; tener serias diferencias con la familia y sufrir abuso parental.

En su estudio de afroamericanos, Stokes y Peterson citados por los autores antes mencionados proponen que las experiencias negativas que estas personas tienen con respecto a su género, raza y sexualidad se internalizan y resultan en disminución de la autoestima.

Mencionan que ser gay o bisexual es un importante predictor de suicidio, y las tasas de ideación suicida e intentos en esta cohorte de minorías étnicas y raciales con VIH resultaron ser significativamente superiores a los de adolescentes heterosexuales. Ver Tabla 4.

Según estos autores la asociación entre los intentos suicidas y el “bullying” relacionadas con la sexualidad, pero sin “bullying” racial, puede deberse al apoyo social y a tener un fuerte sentido de identidad racial que puede amortiguar estas experiencias negativas.

En la Guía para las autoridades locales del Reino Unido (Safe from Bullying 2009) se incluye el “bullying” racista, religioso, homofóbico y el de niños y jóvenes con discapacidades y necesidades especiales, e incluirá en un futuro “bullying” relacionado con el género y la identidad de género.

La misma menciona que ningún niño debe hacerse sentir inferior debido a sus antecedentes, cultura o religión. Son formas de racismo que son el resultado de la ignorancia y resultan hirientes para el receptor y otros miembros de ese grupo. Es vital que todos los niños y los adolescentes sean valorados y aprendan a respetar a los demás. Los adultos deben mantener una postura clara sobre el comportamiento racista

a todos los niños con el fin de desalentar el comportamiento racista e informar si se lleva a cabo.

En este mismo documento se menciona que el “bullying” sexual, sexista y transfóbico incluye cualquier comportamiento, ya sea físico o no físico, donde se usa la sexualidad como un arma. Se puede hacer frente a una persona a sus espaldas o por el uso de la tecnología. El “bullying” sexista se refiere a la intimidación simplemente porque la víctima es un niño o una niña, se basa en señalar algo específicamente ligado al género. El “bullying” transfóbico se refiere a la intimidación porque alguien es, o se cree que es, transgénero.

Se menciona así mismo que los adolescentes pueden aceptar que expresan insultos sexuales, sexistas o transfóbicos porque son ampliamente utilizados. Tocar a alguien de forma inapropiada puede ser una forma de “bullying” y puede convertirse en abuso. Del mismo modo, si no se da una oposición a los "chistes" sobre la agresión sexual o la violación, se puede crear un ambiente en el que este comportamiento es visto como más aceptable.

La Guía menciona que el “bullying” homofóbico señala a una persona por su orientación sexual (o supuesta orientación sexual). Puede ser particularmente difícil para un adolescente reportarlo y a menudo se dirige a ellos en una fase de la vida cuando se está desarrollando la identidad. Lo que podrían llamarse bromas puede considerarse “bullying” si es a costa de la dignidad de una persona e implica un significado ofensivo. El término gay como insulto es inaceptable y siempre debe ser cuestionado, ya que tal uso puede crear una atmósfera en la que un adolescente se siente denigrado. El término gay se utiliza a veces como una representación racista por adolescentes que creen aprovechar el uso de estas palabras de manera abusiva.

En el documento mencionado se incluye el “bullying” que explota un aspecto particular de una condición como la sensibilidad a los estímulos sensoriales, luces o sonidos o algún aspecto de la apariencia de la víctima o de su personalidad como excusa para intimidarlos.

Roehr (2010) identifica que en la muestra del estudio por Shane Fernando las víctimas caucásicas del “bullying” constituyeron cerca de dos tercios de la población en la encuesta, presentaban las tasas más altas de bullying — "alrededor del 23% para hombres y mujeres." Los hispanos fueron el grupo con mayor probabilidad próxima a ser víctimas del “bullying”.

Según Arseneault et al. (2006), varios estudios han demostrado que los niños que manifiestan síntomas de depresión, problemas emocionales, baja autoestima y pobres habilidades sociales tienen un mayor riesgo de ser víctimas del “bullying”. Por lo tanto, los problemas de adaptación en los jóvenes víctimas del “bullying” podrían ser la continuación de los problemas que existían antes de la victimización por “bullying”.

Cassels (2010) comentó que hasta un tercio de los niños con diabetes experimentan “bullying” relacionado con su enfermedad, el cual que puede tener un impacto negativo en su salud física y psicológica. Si los niños son llamados 'junkies' (drogadictos) por sus tomas de insulina, puede reducir la cantidad de insulina que se inyectan. Los niños con asma experimentan mayores tasas de “bullying” también.

Reportó el mismo autor que una investigación publicada en la revista *Pediatrics* menciona que los niños con sobrepeso y obesos mostraron un riesgo doble de ser víctimas del “bullying” en comparación con sus pares que no eran obesos, lo cual les causa mayor estrés, que luego los lleva a comer compulsivamente y aumentar de peso.

Lenhart (2011) confirma lo anterior en su estudio donde menciona que ser un adolescente obeso lo coloca en riesgo de consecuencias sociales negativas como el “bullying” por obesidad, aislamiento social y rechazo de los pares; además, es un factor de riesgo para la depresión.

Refiere en su estudio que los análisis sobre la salud mental y el “bullying” escolar reportaron de forma precisa que los adolescentes masculinos que se identifican a sí mismos como obesos reportaron más “bullying”, intentos suicidas y experimentaron más episodios de una tristeza prolongada en comparación con aquellos que subestimaron su peso. Por lo tanto, subestimar el peso resultó ser un factor protector para el “bullying” escolar y con consecuencias para la salud mental.

Por el contrario, las adolescentes femeninas que se auto identificaron como obesas presentaban un menor riesgo de haber experimentado tristeza prolongada, intentos suicidas o haber sido víctimas del “bullying” escolar.

El autor anterior comenta que una posible explicación para estos hallazgos es que los estudiantes que están conscientes de su exceso de peso pueden demostrar una autoestima baja y presentarse como blancos primarios para el “bullying”; además, una explicación con respecto al impacto diferente entre géneros puede deberse al refuerzo negativo del “bullying”, el cual ocurre más frecuentemente en hombres adolescentes que en mujeres adolescentes.

Kessel et al. (2012) comentan con respecto a su estudio del “cyberbullying”, que los reportes fueron mayores en las niñas que en los niños (18.3% vs 13.2%), a pesar de que los reportes del “bullying” escolar fueron similares para ambos géneros (25.1% niñas, 26.6% niños). Aunque el “cyberbullying” disminuyó ligeramente entre los grados de 9no a 12vo (de 17.2% a 13.4%), el “bullying” disminuyó casi en la mitad (de 32.5% a 17.8%). Los identificados no heterosexuales obtuvieron mayor posibilidad que los

heterosexuales de reportar el “cyberbullying” (33.1% vs 14.5%) y el “bullying” escolar (42.3% vs 24.8%). No hubo diferencias en la totalidad de los reportes de “cyberbullying” o “bullying” escolar por raza/etnia.

Klomec et al (2009) reportan que los niños que fueron “bullys” y víctimas del “bullying” tenían una mayor probabilidad de presentar comportamientos suicidas en comparación con los niños que solo fueron víctimas. En las niñas víctimas del “bullying” era más probable que exhibieran comportamientos suicidas que aquellas que no fueron ni “bullys” ni víctimas.

CAPÍTULO 6

Planes de acción En Los servicios de la salud

Si ser víctima de “bullying” conduce a o exacerba los problemas de ajuste en los niños y adolescentes, se debe tener en cuenta el efecto de las dificultades previas y apoyar los programas de intervención dirigidos al control del “bullying” y, por lo tanto, limitar el daño causado por este fenómeno.

Los siguientes son planes de acción recomendados en los servicios de la salud según la literatura revisada:

1. Enfocar la atención en la prevención.

Se propone mayor atención a nivel de la prevención ya que los médicos generales pueden servir como “guardianes”, para identificar los niños y adolescentes que impresionan estar en riesgo y los refieran a los servicios de salud mental. Esta táctica es notable porque las últimas investigaciones sugieren que los adolescentes con mayor probabilidad de suicidio no reciben atención en salud mental y tampoco le hablan a un adulto sobre su ideación o comportamientos suicidas. El “bullying” puede resolverse solo por medio de una combinación entre la prevención y un adecuado manejo. El trabajo preventivo debe ser permanente y sostenido, proporcionándose un marco claro y consistente. Como con todas las medidas adoptadas para proteger a los niños y adolescentes es mejor la intervención temprana que esperar a que las consecuencias se produzcan.

2. Promover por parte de los trabajadores de la salud especialistas mayor participación sobre el “bullying” y su asociación con los trastornos de la salud.

Se recomienda que los pediatras, los psicólogos escolares y los médicos en general reconozcan que los jóvenes son reacios a hablar del “bullying”; por lo tanto, deben buscar detectar síntomas del “bullying” antes de que se reconozca su efecto en los

niños y los adolescentes. Se insta a los médicos a buscar posibles signos de bullying, por ejemplo el ánimo depresivo, marcas físicas, cambios en el comportamiento, como agresión, pérdida de apetito, insomnio o reticencia para ir a la escuela entre sus pacientes y preguntarles al respecto. Se debe intentar salvar la comunicación médico-paciente y tratar de hacer a estos pacientes sentirse cómodos hablando con su médico acerca de situaciones difíciles que puedan estar enfrentando en su vida.

3. Se propone como parte de un “Programa anti bullying” la participación de los médicos de atención a nivel primario de manera primordial.

Quienes identifiquen y traten adecuadamente el trastorno depresivo en las personas que presentan intentos suicidas asimismo, se puede intervenir si los niños y adolescentes que son detectados por signos de alarma son referidos a los terapeutas de salud mental. En casos menos peligrosos de intentos de autoeliminación los problemas personales y familiares pueden ser intervenidos en un nivel primario de atención de salud.

La ideación suicida es relativamente común entre los adolescentes y los eventos que pueden precipitarlos pueden ser inespecíficos; a menudo son impulsivos y comúnmente los mantienen en secreto o los niegan por lo que desde la prevención puede ser difícil para los médicos no especializados en salud mental identificar a los adolescentes en riesgo de hacer intentos de autoeliminación.

Se propone en “un plan anti bullying” que todos los adolescentes que hacen intentos de autoeliminación deben ser evaluados; si la lesión es potencialmente grave, deben ser evaluados en el hospital por un psiquiatra de niños y adolescentes, preferiblemente, u otros trabajadores de la salud mental como enfermeras especializadas o psicólogos. Esto es necesario para asegurarse que los adolescentes reciban una evaluación psicosocial exhaustiva.

Se recomienda que en la educación que se les brinde a los médicos del primer nivel de atención se les informe que la severidad del gesto suicida no es un buen indicador del intento suicida porque los adolescentes suelen no estar conscientes de la toxicidad relativa de supuestas sustancias inocuas como el acetaminofén.

Se plantea un plan donde el sistema de salud realice un enlace con la escuela. Un orientador escolar puede prestar más ayuda. En el caso de dificultades de aprendizaje, una evaluación por un psicopedagogo puede ser útil para elaborar planes educativos adecuados.

Los médicos deben apoyar además la adquisición de suficientes niveles de actividad física, el desarrollo de hábitos nutricionales sanos para promover el auto concepto positivo en los niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad y finalmente se le dé prioridad a la detección de la obesidad para proporcionar mecanismos óptimos que integren la educación y el apoyo necesarios para promover una sana pérdida de peso en los adolescentes obesos.

4. Se sugiere la participación de los médicos especialistas de manera primordial.

Los pediatras y psiquiatras que tienen pacientes con enfermedades físicas o mentales crónicas deben tener en cuenta que estos pacientes corren mayor riesgo de ser víctimas del “bullying” y estén por lo tanto vigilantes.

Se promueve un modelo de intervención en crisis como el más apropiado además de terapias psicológicas específicas como la terapia para resolución de problemas la cual a menudo se utiliza con adolescentes y tiene la ventaja de ser directa y fácil de entender. Utilizando técnicas de resolución de problemas y ensayar estrategias de afrontamiento puede ayudar al adolescente cuando él o ella se enfrenta a crisis futuras.

Se proponen un plan donde el enfoque de resolución de problemas también pueda ampliarse e involucrar a toda la familia. Se pueden hacer intervenciones familiares estructuradas, que duren de cinco a seis sesiones. Se esperaría mejorar con las diferentes terapias las habilidades cognoscitivas y sociales específicas para promover el intercambio de sentimientos, control emocional y negociaciones entre los miembros de la familia.

Se pueden implementar la terapia cognitiva basada en la atención plena o “Mindfulness” que puede reducir los riesgos a largo plazo asociados con experiencias traumáticas durante la infancia.

La atención preventiva eficaz requiere la participación de múltiples disciplinas, por ejemplo, psicología y trabajo social. Estos necesitan trabajar en forma coordinada con los adolescentes incluidos los padres pues el inicio del tratamiento depende de forma importante de si existe su cooperación y cuál es su actitud y punto de vista, en ocasiones negativos con respecto a la intervención psicológica.

Se debe educar a los médicos para que reconozcan que la hospitalización para recibir tratamiento psiquiátrico es reservada generalmente para quienes padecen de un trastorno depresivo severo o psicótico, si continúan siendo de riesgo suicida o viven en un medio de grandes dificultades psicosociales, tales como revelar un abuso sexual.

Para los adolescentes que intentan autoeliminarse con sustancias o si es un adolescente que abusa del alcohol y es agresivo, pueden indicarse tratamientos específicos para estas condiciones.

Si hay un episodio depresivo concomitante, la terapia cognitivo conductual es un tratamiento eficaz para los adolescentes. Medicamentos como los inhibidores de la

recaptación de serotonina como la Fluoxetina (Prozac) son eficaces en este grupo de edad. Sin embargo, se pueden mantener en riesgo de intentos por sobredosis, por lo que es prudente limitar el suministro de este medicamento para ser manejados por otros miembros de la familia, al menos inicialmente.

5. Campañas de sensibilización pública

Que informen a los profesionales y padres sobre el “bullying” y alienten a los niños y los adolescentes a hablar sobre sus problemas. Se propone incluso una línea de ayuda telefónica gratuita para los niños y adolescentes donde se pueda ofrecer apoyo como de consejería.

6. Promover programas dirigidos a la comunidad de adolescentes lesbianas, gays, bisexuales y transgénero (LGBT).

Se plantea la creación de grupos de apoyo entre gays y heterosexuales así como intervenciones con las familias para lograr mayor aceptación de los miembros para beneficiar su salud, disminuyendo el uso de drogas e intentos autolesivos.

7. Se debe gestionar que el Sistema de Salud de nuestro país demande de las autoridades mayores medidas con respecto a este fenómeno.

El Gobierno debe abordar el “bullying” como una prioridad. Implementar a nivel nacional una legislación “antibullying” o políticas antiacoso requeriría que las escuelas y centros de salud recibieran mayor financiamiento. Se podría implementar la confección por las autoridades de salud de una guía como la utilizada por el Gobierno del Reino Unido “Safe from Bullying: guidance for local authorities and other strategic leaders on reducing bullying in the community”, con estrategias para reducir el “bullying” en la comunidad, con paquetes de orientación en la prevención sobre el

“bullying” racista, homofóbico, “cyberbullying” y el “bullying” que involucra a los niños y los adolescentes con discapacidades y necesidades especiales para promover un cambio cultural y lograr que el “bullying” sea inaceptable.

CAPÍTULO 7

7.1 Resultados

De acuerdo con la literatura revisada, el “bullying” se caracteriza por presentarse de manera sostenida en el tiempo y no esporádicamente.

Dentro de las supuestas causas del “bullying”, se menciona que es producto de la incapacidad del joven para resolver los problemas con sus compañeros y sus profesores, por lo que su respuesta es por medio de un comportamiento agresivo que se manifiesta en el “bullying”.

Otra causa propuesta es que algunas de las manifestaciones del “bullying” son aprendidas en el hogar o en la comunidad, incluso, influenciadas también por factores en el país y se desarrolla mediante un proceso de socialización culturalmente aceptado.

Como causas neurobiológicas se destaca el papel de la serotonina (5-hydroxytryptamina, 5HT); sin embargo, la neurobiología del suicidio adolescente ha sido poco estudiada. Han señalado que en el cerebro post mortem de los adolescentes suicidas el receptor $5HT_{2A}$ está aumentado, también presentan anormalidades diferenciales en las subunidades de la proteina-G y anormalidades en el hipocampo.

Los resultados de los principales estudios son los siguientes: Ver Tabla 6

1. Artículo por Jaana et al. (2003)

El “bullying” como factor de riesgo suicida y autolesión no se menciona. Comentan sin embargo que los “bullys” a pesar de presentar mayores problemas en general resultaron psicológicamente más fuertes y sobresalían socialmente entre sus compañeros. En cambio, las víctimas resultaron con mayor angustia emocional y marginados entre sus compañeros. Los “bully”-víctimas resultaron ser el grupo con las mayores problemáticas, demostrando niveles altos de problemas de conducta, en la escuela y en la relación entre pares. Las variables de las víctimas no se mencionan tampoco. Sobre planes de acción refieren que debe haber mejor información sobre el tema, debe intentar detectarse buscando signos y síntomas e implementar campañas de sensibilización masiva.

2. Artículo por Alfaro et al. (2010)

El “bullying” como factor de riesgo suicida y autolesión no se menciona sin embargo encontraron que la población de docentes no posee un conocimiento adecuado sobre el fenómeno del “bullying” como para reportarlo. Las variables de las víctimas tampoco se mencionan. Como plan de acción sugieren que las enfermeras promuevan a través de un enfoque de salud integral, conductas saludables y prácticas de prevención y manejo de la violencia.

3. Artículo por Anat B. et al (2010)

El “bullying” como factor de riesgo suicida y autolesión es un determinante positivo. Sobre las variables de las víctimas indican que los resultados de los estudios transversales señalan que existe un mayor riesgo de ideación suicida y (o) intentos de suicidio asociados al “bullying” y al “cyberbullying” si la víctima o el “bully” son de

género femenino, ser una víctima o “bully” femenino que presenta otros factores de riesgo, ser una víctima femenina frecuente del “bullying”, ser una víctima femenina del “bullying” en cualquier frecuencia, ser una víctima masculina de “bullying” frecuente, incluso que la variable de género no es determinante para un mayor riesgo suicida o de autolesión. No se refieren a un posible plan de acción.

4. Artículo por Warner et al. (2004)

El “bullying” como factor de riesgo suicida y autolesión es un determinante positivo. Factores de las víctimas del “bullying” tales como percibir altos niveles de agresión, insultos, daños a la propiedad están fuertemente relacionadas con la ideación suicida. Se presentan altos índices de autolesiones deliberadas y planeadas y altos niveles de morbilidad psiquiátrica entre gays (42%), hombres bisexuales y lesbianas (43%). Variables de riesgo para la ideación suicida son: edad menor de 40 años; desempleados o estudiantes; haber sido atacado en los últimos 5 años. Variables de riesgo para intentos suicidas: ser mujer, haber sido atacado en los últimos 5 años, haber sido víctima de “bullying”. En cuanto a planes de acción mencionan que los resultados apoyan la necesidad de generar estrategias para crear conciencia sobre la vulnerabilidad de las personas gays, lesbianas y bisexuales a los trastornos psicológicos y las autolesiones.

5. Artículo por Hightow et al. (2011)

El “bullying” como factor de riesgo suicida y autolesión es un determinante positivo. 75% de los participantes identificados como no masculinos experimentaron algún tipo de bullying relacionado con su sexualidad. Las variables de riesgo de las víctimas para auto daño o suicidio son ser un adolescente con inclinación sexual lésbica, gay, bisexual o transgénero. Proponen como planes de acción las intervenciones que se hagan con las familias para lograr mayor aceptación, establecer grupos de apoyo entre

gays y heterosexuales en los colegios, realizar campañas “antibullying” como " It Gets Better " (<http://www.itgetsbetter.org>) junto al respaldo de una legislación estricta a nivel local y nacional.

6. Artículo UK guidance for local authorities (2009)

El “bullying” como factor de riesgo suicida y autolesión es un determinante positivo ósea un factor para cometer suicidio. Las variables de las víctimas que les suponen mayor riesgo de suicidio o autodaño son tener una raza o religión diferentes, ser transgénero, homosexuales, niños y adolescentes con discapacidades y necesidades especiales como ser sensible a los estímulos sensoriales, luces o sonidos; algún aspecto de la apariencia de la víctima, o de su personalidad. Refieren como planes de acción la capacitación en la prevención para padres y demás servicios que trabajan con niños y adolescentes, hacer una combinación entre la prevención y un adecuado manejo, el trabajo preventivo debe ser permanente y sostenido proporcionándose un marco claro y consistente y la utilización de paquetes de orientación con materiales para la prevención fuera de las escuelas.

7. Artículo por Roehr (2010)

El “bullying” como factor de riesgo suicida y autolesión es un determinante positivo. Las variables de riesgo de las víctimas para auto daño o suicidio son la etnia caucásica, hispana, estar en un menor grado académico, ser nuevo o tener menor estatura física. Plantea como planes de acción que los médicos deben buscar posibles signos del “bullying”, preguntarle a los pacientes al respecto y que debe salvarse la comunicación médico-paciente.

8. Artículo por Smith et al. (2003)

El “bullying” como factor de riesgo suicida y autolesión no es mencionado como tal. Las variables de las víctimas que les suponen mayor riesgo de suicidio o autodaño son ser adolescente durante la etapa de educación secundaria, ser de género masculino (aunque se reportan resultados inconsistentes en diferentes estudios), ser un niño mayor a los 8 o 9 años. No se refiere a algún plan de acción.

9. Artículo por Meltzer et al. (2011.) Ver Tabla 5.

El “bullying” como factor de riesgo suicida y autolesiones un determinante positivo. Las variables de riesgo de las víctimas para auto daño o suicidio son ser “bully” lo cual aumenta el riesgo de ideación y comportamiento suicida durante la niñez y la adolescencia, ser víctima de “bullying” resultado ser altamente correlacionado con intentos suicidas en la infancia y el resto de la vida, ser víctima-“bullies”, ser tímido, silencioso, temeroso, ansioso, físicamente débil, inseguro, presentar llanto fácil, baja autoestima y ser distinto a los otros niños (tartamudeo, sobrepeso o dificultades de aprendizaje). Plantean planes de acción tales como políticas anti-“bullying” y programas en la escuelas, promover programas “antibullying” con el aporte de los servicios de asistencia social, utilizar estrategias multimodales en lugar de intervenciones de un solo organismo, identificar y tratar el trastorno depresivo en las personas que presentan intentos suicidas, implementar terapias psicológicas que se han dirigido al deterioro de la memoria autobiográfica, la terapia para resolver problemas o la terapia para aumentar la especificidad de la memoria (Terapia cognitiva basada en la atención plena o Mindfulness).

10. Artículo por Arseneault et al. (2006)

El “bullying” como factor de riesgo suicida y autolesión es un determinante positivo. Las variables de las víctimas que les suponen mayor riesgo de suicidio o autodaño son sufrir de “bullying” y manifestar problemas de adaptación, incluyendo trastornos internos, dificultades sociales, problemas de salud física e ideación suicida, padecer depresión, problemas emocionales, poca autoestima, y habilidades sociales pobres. El plan de acción mencionado es apoyar programas intervencionistas que apunten al control del bullying.

11. Artículo por Cassels (2010)

El “bullying” como factor de riesgo suicida y autolesión es un determinante positivo. Se ha asociado con la deserción escolar, así como mayores tasas de depresión, ansiedad social, ideas suicidas, agresión y problemas académicos. Las variables de riesgo de las víctimas para auto daño o suicidio son padecer de sobrepeso y obesidad pues mostraron un riesgo doble de ser víctimas del “bullying”. Comentan como planes posibles de acción los clubes de alianza entre gays y heterosexuales además brindar educación a la población en general.

12. Artículo por Ghanshyam (2012)

El “bullying” como factor de riesgo suicida y autolesión es un determinante positivo, el estrés y el bullying; por ejemplo, están asociados al suicidio adolescente. Las variables de las víctimas que les suponen mayor riesgo de suicidio o autolesión son presentar anomalías en el hipocampo, presentar receptores 5HT_{2A} aumentados, poseer anomalías diferenciales en las subunidades de la proteína-G además de factores psicosociales adversos. En este artículo no mencionan planes de acción.

13. Artículo por Lenhart (2011)

El “bullying” como factor de riesgo suicida y autolesión es un determinante positivo. Sobre variables están ser un adolescente obeso pues es un factor de riesgo para consecuencias sociales negativas como el “bullying” en especial los adolescentes masculinos que se identifican a si mismos como obesos. Proponen como planes de acción apoyar la adquisición en estos pacientes de suficientes niveles de actividad física, y el desarrollo de hábitos nutricionales sanos, promover un ambiente escolar libre de “bullying” y el auto concepto positivo, detectar la obesidad en las escuelas para proporcionar mecanismos óptimos que integren la educación y el apoyo necesarios para promover una sana perdida de peso. Los estudiantes detectados por signos de alarma concernientes a su salud mental y la experiencia del “bullying” en las escuelas deben ser referidos a terapeutas de salud mental donde el seguimiento este disponible y educar para mejorar la auto percepción de forma más precisa como motivación para perder peso.

14. Artículo por Kessel et al. (2012)

El “bullying” como factor de riesgo suicida y autolesión determinante positivo pero no concluyente. Se ha reportado que el “bullying” en línea puede estar relacionado con trastornos más serios, incluyendo la depresión mayor, las autolesiones y el suicidio. Las variables de riesgo de las víctimas para auto daño o suicidio son ser del genero femenino y no ser heterosexuales. En este artículo no se mencionan planes de acción.

15. Artículo por Amitai (2012)

El “bullying” como factor de riesgo suicida y autolesión es un determinante positivo El “bullying” durante la infancia aumenta las posibilidades de intentos suicidas subsecuentes. Las variables de vulnerabilidad para suicidio y autolesión en las víctimas

son ser niño “bully”, ser niña víctima del “bullying”, ser una minoría étnica. Proponen como planes de acción dar prioridad a la prevención escolar para identificar estudiantes en riesgo y que sean referidos a los servicios de salud mental.

16. Artículo por Hawton et al. (2005)

El “bullying” como factor de riesgo suicida y autolesión es un determinante positivo, es un problema común que precede a las autolesiones. Las variables de las víctimas que les suponen mayor riesgo de suicidio o autolesión son provenir de un hogar desintegrado, antecedentes de trastornos psiquiátricos, del comportamiento o conductas suicidas en la familia, el abuso de sustancias y haberse autoagredido previamente. Refieren como planes de acción identificar a los adolescentes en riesgo, mantener la atención en la prevención, promover programas de intervención dirigidos al control del “bullying” y campañas de sensibilización pública, realizar intervenciones con las familias, formar grupos de apoyo, contar con una guía de abordaje, proveer mayor capacitación en la prevención del “bullying” en audiencias para padres y servicios que trabajan con niños y adolescentes, promover una línea de ayuda telefónica gratuita, proporcionar niveles de actividad física, el desarrollo de hábitos nutricionales sanos, detectar la obesidad y promover una sana pérdida de peso, realizar una evaluación psicosocial exhaustiva, establecer si existe un alto riesgo, valorar la hospitalización para recibir tratamiento psiquiátrico si además presentan trastornos depresivos severos o psicóticos, también si continúan siendo de riesgo suicida o viven en un medio de grandes problemas psicosociales, intervenir por medio de terapias como una de resolución de problemas, cognitivo conductual, utilización de medicamentos como los inhibidores de la recaptación de serotonina.

7.2 Conclusiones

Con esta revisión se concluye que el “bullying” es un gran problema en una población vulnerable a ser victimizada, como son los niños y los adolescentes. Los actos suicidas afectan a millones de adolescentes cada año, lo que indica que es un problema de salud pública que necesita atención e intervención.

El “bullying” como una conducta agresiva, amenazante, que se presenta entre la población escolar, es un fenómeno mundial y no escapa a las aulas de los estudiantes costarricenses, incluso, puede seguir a las víctimas fuera de la escuela.

En Costa Rica, es un fenómeno social serio que ha aumentado durante los últimos años. Se pueden desarrollar mejores políticas en la atención del sector salud en todos sus niveles para intentar prevenirlo.

La detección temprana de las actitudes de los niños que son víctimas de “bullying” es la solución y es fundamental hablar del problema con los niños. Los programas de intervención necesitan iniciarse cuanto antes (tal vez en edad preescolar).

Existen tres criterios para identificar el “bullying”. Primero, un comportamiento agresivo con la intención de causar daño físico y psicológico; segundo, la reiteración de las conductas agresivas, se da incluso más allá del horario escolar, y tercero, la relación interpersonal se caracteriza por un desequilibrio de poder.

A pesar de estudios contradictorios la mayoría vincula al “bullying” como un factor de riesgo relevante para que los niños y los adolescentes víctimas presenten comportamientos autolesivos y/o suicidio, incluso, aumentando las posibilidades de

intentos suicidas subsecuentes. El “bullying” durante la infancia también ha sido relacionado con futuros síntomas psiquiátricos.

Resulta de vital importancia proponer planes de acción preventivos en los servicios de la salud y mayores programas de intervención dirigidos al control del “bullying” para limitar el daño causado por este fenómeno.

Los pediatras, los psicólogos escolares y los médicos en general necesitan mayor información sobre el “bullying” y su asociación con los trastornos de la salud.

Los médicos, los educadores y los padres deben vigilar los signos de alarma a nivel individual que son importantes en el “bullying”, como cambios de la conducta, trastornos del afecto, insomnio o marcas físicas e, incluso, preguntarles directamente a los niños y los adolescentes al respecto para que sean referidos a terapeutas de salud mental donde se le brinde el seguimiento adecuado.

Se aconseja en la literatura que todos los adolescentes que hacen intentos de autoeliminación deben tener una evaluación psicosocial exhaustiva. Los casos menos peligrosos de intentos de autoeliminación, los problemas personales y familiares pueden ser intervenidos en un nivel primario de atención de salud.

Se deben proponer campañas de sensibilización pública que no solo informen a los profesionales y padres sobre el “bullying”, sino también alentar a los niños y a los adolescentes a hablar sobre sus problemas. La educación se convierte en una prioridad clave, por ejemplo, se puede promover el auto concepto positivo en los estudiantes con sobrepeso y obesidad.

Los centros de salud pueden ser partícipes en la detección de la obesidad en las escuelas para proporcionar mecanismos óptimos que integren la educación y el

apoyo necesarios para promover una pérdida de peso sana en los adolescentes obesos.

Las escuelas deben tener una política, un documento escrito que establezca los objetivos de la escuela en lo referente al “bullying” junto con un grupo de estrategias a seguir. Las políticas “antibullying” y códigos de conducta deben prohibir el “bullying” o el acoso basado en la raza, el color, la religión, la nacionalidad, el género, la discapacidad, la orientación sexual y la percepción de la identidad de género.

En otros países se han desarrollado guías para las autoridades locales que incluyen el “bullying” racista, religioso, homofóbico y el de niños y jóvenes con discapacidades y necesidades especiales, y que cubren todos los servicios que afectan directamente a los niños y los adolescentes en el área.

Estos métodos son prometedores y las valoraciones en el tiempo han encontrado que se logra mejorar el clima de la escuela en general.

El “bullying” puede resolverse solo por medio de una combinación entre la prevención y un manejo adecuado. El trabajo preventivo debe ser permanente y sostenido, proporcionándose un marco claro y consistente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alfaro et al. (2010). Conocimientos y percepciones del profesorado sobre violencia en los centros educativos públicos. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica* [en línea] (N. ° 18) [citado (fecha)]. Disponible World Wide Web: <<http://www.revenf.ucr.ac.cr/violencia.pdf>> ISSN 1409-4568.
2. Alikasifoglu et al. (2004). Violent behavior among Turkish high school students and correlates of physical fighting. *European Journal of Public Health*, 14(2), 173-177.
3. Amitai et al. (2012). Social Aspects of Suicidal Behavior and Prevention in Early Life: A Review. *nt. J. Environ. Res. Public Health*. 9, 985-994; doi: 10.3390/ijerph9030985.
4. Arias (2009). Una mirada al fenómeno de la violencia escolar en Costa Rica. *Revista Electrónica@ Educare*. Vol. XIII, (N. ° 1), [41-51], ISSN: 1409-42-58, San José, Costa Rica.
5. Arseneault et al. (2006). Bullying Victimization Uniquely Contributes to Adjustment Problems in Young Children: A Nationally Representative Cohort Study. *Pediatrics*; 118; 130 DOI: 10.1542/peds.2005-2388.
6. Avilés (2006). Bullying intimidación y maltrato entre el alumnado. Bilbao: STEE- EILAS.
7. Baró, M. (2003). Poder, ideología y violencia. Madrid: Editorial Trotta.

8. Brunstein et al. (2010). The Association of Suicide and Bullying in Childhood to Young Adulthood: A Review of Cross-Sectional and Longitudinal Research Findings *Can J Psychiatry*, 55(5): 282–288.
9. Brunstein et al. (2012). High School Bullying as a Risk for Later Depression and Suicidality. PMC October 1. Doi:10.1111/j.1943-278X.2011.00046.x.
10. Department for Children, Schools and Families. (2009). Safe from bullying: Guidance for local authorities and other strategic leaders on reducing bullying in the community. Department for Children, Schools and Families.
11. Cabezas et al. (2007). Maltrato entre iguales en la escuela costarricense. *Revista Educación* 31(1), 135-144, ISSN: 0379-7082, San José, Costa Rica.
12. Cabezas et al. (2007) Detección de conductas agresivas. “Bullying” en escolares de sexto a octavo año, en una muestra costarricense. San José, Costa Rica. *Educación: Revista de la Universidad de Costa Rica* 31(1), 123-133, ISSN: 0379-7082.
13. Cabezas H. (2011) Los niños rompen el silencio. Estudio exploratorio de conductas agresivas en la escuela costarricense. *Educación: Revista de la Universidad de Costa Rica*, 35 (1), 1-21.
14. Cassels C. (2010). Bullying in America: Time to Confront National Crisis Experts Say. *Medscape Medical News*.

15. Centers for Disease Control and Prevention. (2011). Bullying Among Middle School and High School Students. *MMWR*; 60, Atlanta, GA 30333, U.S.A.
16. Cochran et al. (2003). Prevalence of mental disorders, psychological distress and mental health services use among lesbian gay and bisexual adults in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 53-61.
17. Children, Youthworks Consulting Ltd, and Young Voice. (2009). Safe from Bullying: guidance for local authorities and other strategic leaders on reducing bullying in the community. ISBN: 978-1-84775-410-3.
18. García Daniela. (2013). El bullying no es un comportamiento único de los adolescentes, los niños también son víctimas. *Revista crhoy.com*.
19. Ghanshyam et al. (2012). Neurobiology of Teenage Suicide. The Neurobiological Basis of Suicide. Chapter 15.
20. Harel-Fisch et al. 2012. Multiple risk behaviors and suicidal ideation and behavior among Israeli and Palestinian adolescents. *Social Science & Medicine* 75; 98-108.
21. Hawton et al. 2005. Suicide and deliberate self harm in young people. *BMJ*; 330:891-4.

22. Herba et al. (2008). Victimization and suicide ideation in the TRAILS study: specific vulnerabilities of victims. *J Child Psychol Psychiatry*; 49(8): 867–876.
23. Hightow-Weidman et al. (2011). Racial and Sexual Identity-Related Maltreatment Among Minority YMSM: Prevalence, Perceptions, and the Association with Emotional Distress. *Aids and Patient Care and STDs. Volume 25, Supplement*. (DOI: 10.1089/apc.2011.9877).
24. Hepburn L., Ph.D. et al. (2011). Bullying and Suicidal Behaviors Among Urban High School Youth. Doi: 10.1016/j.jadohealth.12.014.
25. Jaana J., Graham S. & Schuster M. A. (2003). Bullying Among Young Adolescents: The Strong, the Weak and the Troubled. *Pediatrics*, 112; 1231.
26. Kessel Shari et al. (2012). Cyberbullying, School Bullying, and Psychological Distress. *Am J Public Health*. 102(1): 171-177.
27. Kim et al. (2005) School bullying and suicidal risk in Korean middle school students. *Pediatric*, 115, 357–363.
28. King et al. (2003). Mental health and quality of life of gay men and lesbians in England and Wales: controlled, cross-sectional study. *British Journal of Psychiatry*, 183, 552-558.
29. Klomek, A.B. et al. (2009). Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: A population-based birth cohort study. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. 48, 254–261.

30. Lenhart. (2011). Is Accuracy of Weight Perception Associated With Health Risk Behaviors in a Diverse Sample of Obese Adolescents? *The Journal of School Nursing*, 27(6) 416-423.
31. Meltzer et al. (2011). Victims of bullying in childhood and suicide attempts in adulthood. *European Psychiatry* 26, 498–503.
32. Morero (2005). La violencia en las escuelas. *Educación: Revista de la Universidad de Costa Rica*, 29(2), 139-155.
33. Muñoz et al. (2007). Percepciones y significados sobre la convivencia y violencia escolar de estudiantes de cuarto medio de un liceo municipal de Chile. *Revista de Pedagogía*. Vol.28, No.82, p.197-224. Recuperado el 10 de octubre de 2008.
34. Navas W. (2012). Acoso Escolar entre Estudiantes: La Epidemia Silenciosa. *Revista Cúpula*. Costa Rica. V.26, n.1, p. 22-37.
35. O'Connor et al. (2009). Self-harm in adolescents: self-report survey in schools in Scotland. *The British Journal of Psychiatry*. (194): 68-72. Doi: 10.1192/bjp.bp.107.047704.
36. Orpinas et al. (2006). *Bullying prevention: creating a positive school climate and developing social competence*. Washington: American Psychological Association.

37. Owusu et al. (2011). The association between bullying and psychological health among senior high school students in Ghana, West Africa. *J Sch Health*, 81: 231-238.
38. Prieto, M; Carrillo, J.; Jiménez, J. (2005). La violencia escolar. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*. Vol. 10, pp.10271045. Recuperado el 1 de julio del 2008, de la base de datos Academic Search Complete.
39. Roehr Bob. (November 2010). Bullying Doubles, Rape More Than Triples Risk for Teen Suicide. *American Public Health Association (APHA) 138th Annual Meeting: Abstracts 3070.0-3 and 3157.0-1*.
40. Seter S. et al. (January 2012). Victimization from bullying among school-attending adolescents in grades 7 to 10 in Zambia. *J Inj Violence Res.*; 4(1): 30–35. Doi: 10.5249/jivr.v4i1.84.
41. Smith P. BA, B.Sc, PhD, FBPS et al. (2003). In Review Interventions to Reduce School Bullying. *Can J Psychiatry*; 48:591–599.
42. Skapinakis et al. (2011). The association between bullying and early stages of suicidal ideation in late adolescents in Greece. *BMC Psychiatry*; 11: 22.
43. Vessey, J.A. (2006) "...Of sticks and stones:" recognizing and helping kids at psychosocial risk from teasing and bullying. *Program and abstracts of The National Association of Pediatric Nurse Practitioners (Napnap), 27th Annual Conference; Washington, D.C.*

44. Warner J. et al. (2004). Rates and predictors of mental illness in gay men, lesbians and bisexual men and women. *British Journal of Psychiatry*. 185, 479-485.
45. Wasserman et al. (2005). Gender differences in psychiatric disorders at juvenile probation intake. *Am J Public Health*.95 (1): 131–137.

ANEXOS

Tabla 1. Número y porcentaje de víctimas, bullies y “bully”-víctimas, selección por características demográficas. Massachusetts Youth Health Survey, 2009

TABLE 1. Number and percentage of victims, bullies, and bully-victims, by selected demographic characteristics — Massachusetts Youth Health Survey, 2009

Characteristic	Total no. in sample*	Neither†			Victims§			Bullies¶			Bully-victims**		
		No.	%††	(CI)	No.	%	(CI)	No.	%	(CI)	No.	%	(CI)
Middle school													
Overall	2,859	1569	56.0	(54.1–58.0)	742	26.8	(24.8–28.8)	220	7.5	(6.2–8.8)	273	9.6	(8.3–10.9)
Age group (yrs)													
11–12	1,267	716	57.4	(54.6–60.2)	352	28.5	(26.0–31.1)	73	5.5	(4.1–6.9)	107	8.6	(6.8–10.4)
13–16	1,569	846	55.2	(52.5–57.8)	385	25.4	(22.6–28.1)	145	9.2	(7.4–10.9)	162	10.3	(8.7–11.9)
Sex													
Female	1,363	742	55.4	(52.9–57.9)	397	29.8	(26.9–32.6)	70	5.0	(3.7–6.3)	134	9.8	(8.1–11.6)
Male	1,438	797	56.7	(53.9–59.4)	332	24.1	(21.7–26.5)	145	9.9	(7.9–11.9)	133	9.4	(7.5–11.2)
Race/Ethnicity													
White, non-Hispanic	1,727	956	56.1	(53.8–58.4)	502	29.4	(27.0–31.9)	97	5.8	(4.4–7.2)	149	8.7	(7.3–10.1)
Other§§	939	506	55.3	(50.9–59.8)	196	21.1	(17.6–24.6)	111	12.3	(9.9–14.7)	104	11.3	(9.2–13.4)
High school													
Overall	2,948	2,029	69.5	(67.2–71.7)	450	15.6	(13.8–17.4)	246	8.4	(7.3–9.5)	184	6.5	(5.6–7.4)
Age group (yrs)													
14–16	1,723	1,124	66.3	(63.9–68.8)	301	17.7	(15.5–19.9)	141	8.4	(6.9–9.9)	127	7.6	(6.2–8.9)
17–18	1,216	902	74.4	(71.6–77.3)	146	12.2	(9.6–14.8)	105	8.5	(6.6–10.4)	56	4.9	(3.6–6.2)
Sex													
Female	1,484	1,068	72.3	(69.2–75.5)	258	17.8	(15.5–20.2)	74	4.8	(3.5–6.1)	74	5.0	(3.8–6.3)
Male	1,412	931	66.9	(64.0–69.8)	181	13.3	(10.8–15.8)	167	12.1	(10.5–13.7)	106	7.7	(6.0–9.4)
Race/Ethnicity													
White, non-Hispanic	1,915	1,299	68.3	(65.7–70.8)	338	17.5	(15.5–19.6)	146	7.9	(6.7–9.1)	116	6.3	(5.2–7.4)
Other	962	690	73.2	(69.6–76.7)	101	10.3	(8.2–12.4)	94	9.8	(7.9–11.6)	62	6.8	(5.1–8.5)

Abbreviation: CI = confidence interval.

* Subgroups might not sum to total number in sample because of missing responses.

† Students who responded 1) zero to the question “During the past 12 months, how many times have you been bullied at school? (being bullied included being repeatedly teased, threatened, hit, kicked, or excluded by another student or group of students)” and 2) no to the question regarding whether they had bullied or pushed someone around.

§ Students who responded 1) one or more to the question “During the past 12 months, how many times have you been bullied at school?” and 2) no to the question regarding whether they had bullied or pushed someone around.

¶ Students who responded 1) yes to the question regarding whether they had bullied or pushed someone around and 2) zero to the question “During the past 12 months, how many times have you been bullied at school?”

** Students who responded 1) one or more to the question “During the past 12 months, how many times have you been bullied at school?” and 2) yes to the question regarding whether they had bullied or pushed someone around.

†† Weighted percentages. Percentages might not sum to 100% because of rounding.

§§ Students who self-identified as Hispanic, regardless of race, and students who self-identified as American Indian or Alaska Native, Asian, black or African American, Native Hawaiian or Other Pacific Islander, or multiracial.

Tabla 2. Estilos de vida y variables discriminatorias.

Table 3 Lifestyle and discrimination variables¹

	Gay men (n=656)	Bisexual men (n=85)	P	Lesbians (n=430)	Bisexual women (n=114)	P
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Experience of recent attacks	239 (38)	35 (42)	0.55	131 (31)	30 (27)	0.42
Due to sexuality ²	121 (51)	18 (51)	0.98	53 (41)	7 (23)	0.18
Recent damage to property	185 (30)	24 (29)	0.90	118 (28)	25 (22)	0.23
Due to sexuality ²	74 (40)	10 (42)	0.45	36 (31)	3 (12)	<0.01
Insulted in past 5 years	324 (52)	47 (56)	0.49	212 (50)	61 (54)	0.46
Due to sexuality ²	257 (79)	33 (70)	0.36	144 (69)	21 (34)	<0.01
Insulted at school	427 (68)	56 (67)	0.81	208 (49)	72 (64)	0.01
Due to sexuality ²	295 (69)	27 (48)	<0.01	70 (33)	15 (21)	0.13
Bullied at school	319 (51)	43 (51)	1.0	128 (30)	40 (35)	0.31
Due to sexuality ²	183 (58)	14 (33)	<0.01	25 (19)	9 (23)	0.85
Used drugs in past month	299 (48)	30 (36)	0.05	237 (56)	55 (48)	0.14
HIV test	397 (63)	37 (44)	0.01	116 (27)	42 (37)	0.17
Open with all or most friends	519 (84)	36 (44)	<0.01	359 (86)	56 (53)	<0.01
Mother aware of sexuality	477 (77)	31 (38)	<0.01	311 (74)	41 (39)	<0.01
Father aware of sexuality	376 (61)	19 (23)	<0.01	225 (54)	29 (27)	<0.01
Siblings aware	471 (85)	35 (49)	<0.01	334 (86)	48 (51)	<0.01

1. Denominators vary depending on response rates.

2. Respondents attributing the experience to their sexuality.

Tabla 3. Comparación de tasas para los trastornos mentales, los que consideraron y cometieron suicidio.

Table 4 Comparison of rates of mental disorder, considered and attempted suicide, and hazardous drinking

	Gay men (n=656) n (%)	Bisexual men (n=84) n (%)	P	Lesbians (n=430) n (%)	Bisexual women (n=111) n (%)	P
CIS-R case ¹	277 (42)	44 (52)	0.16	184 (43)	51 (46)	0.75
GHQ case ²	227 (35)	38 (45)	0.09	153 (36)	50 (45)	0.19
Considered suicide	311 (47)	46 (55)	0.42	240 (56)	63 (57)	0.92
Attempted suicide	166 (25)	23 (27)	0.75	135 (31)	37 (33)	0.78
AUDIT case ³	301 (46)	37 (44)	0.72	184 (43)	48 (43)	0.75

1. Clinical Interview Schedule – Revised score >11.

2. General Health Questionnaire score >4.

3. Alcohol Use Disorders Identification Test score 78.

Tabla 4. Características de la minoría de jóvenes hombres que buscan hombres positivos que experimentó “bullying”. Basado en Raza/Etnia

TABLE 1. CHARACTERISTICS OF HIV-POSITIVE YOUNG ETHNIC/MINORITY MSM WHO EXPERIENCED BULLYING BASED ON RACE/ETHNICITY

Ever been bullied based on race/ethnicity N (%)

	<i>Yes N=131</i>	<i>No N=217</i>	<i>p Value (chi-square)</i>
Age (mean, SD)	20.7 (1.8)	20.2 (2.0)	0.02
Race/ethnicity			0.049
African-American	91 (69.5)	143 (65.9)	
Hispanic/Latino	19 (14.5)	52 (24.0)	
Multi-racial	21 (16.0)	22 (10.1)	
Site			0.13
APEB	11 (8.4)	17 (7.8)	
BAS, NY	16 (12.2)	40 (18.4)	
Harris Co.	15 (11.5)	33 (15.2)	
LA	24 (18.3)	33 (15.2)	
MOCHA, Rochester	2 (1.5)	6 (2.8)	
UNC, North Carolina	40 (30.5)	40 (18.4)	
Wayne State, Detroit	18 (13.7)	31 (14.3)	
WFI, Chicago	5 (3.8)	17 (7.8)	
Education			0.005
Less than HS	25 (19.1)	74 (34.1)	
HS degree/GED	36 (27.5)	59 (27.2)	
Some college	70 (53.4)	84 (38.7)	
CES-D > 16	77 (62.6)	96 (47.3)	0.007
Period of at least one week feeling sad, ever	69 (54.8)	77 (37.4)	0.002
Suicide			
Made plan for suicide	35 (27.6)	44 (20.8)	0.15
Tried to take own life	31 (24.6)	45 (21.7)	0.55
Tried more than once	14 (11.5)	20 (9.5)	0.92
Used drugs, ^a ever	92 (78.0)	155 (79.1)	0.82
Last 3 months	72 (70.6)	122 (75.8)	0.35
Use marijuana, ever	85 (73.3)	139 (71.3)	0.70
Last 3 months	63 (62.4)	105 (61.4)	0.87
Use sedatives, ever	23 (19.7)	23 (11.7)	0.055
Last 3 months	15 (17.7)	11 (8.4)	0.04
Ever had emotional/psychological problems from drugs	30 (24.0)	27 (13.4)	0.01
Drank alcohol, last 2 weeks	52 (51.0)	64 (43.8)	0.27
Any parental abuse	98 (74.8)	135 (62.2)	0.02
Have serious disagreements with family (most of the time/always)	114 (89.1)	165 (80.9)	0.048
See/hear from family at least a few times a week	102 (79.1)	171 (81.0)	0.66
I have good relationship with one's family (Yes vs. No)	101 (79.5)	171 (83.8)	0.32
Parents/guardians care about well-being (most of the time/always)	100 (80.7)	166 (83.0)	0.59
How often do you see/hear from close friends (At least a few times a week vs. a few times a month or less)	23 (18.0)	45 (21.1)	0.48

^aExcludes alcohol.

Tabla 5. Experiencias adversas correlacionadas con niños que han experimentado “bullying”

Child adversity correlates of reported experience of being bullied.

	Percentage of bullied	Percentage of non-bullied	Adjusted odds ratio ^a	95% confidence intervals	Significance (P)
<i>Women</i>	<i>n = 559</i>	<i>n = 3034</i>			
Child spoken to a sexual way that made her feel uncomfortable	27.2	10.4	2.75	2.08–3.63	<0.001
Child was touched in a sexual way without her consent	23.0	8.1	3.24	2.49–4.23	<0.001
Child had sexual intercourse without her consent	8.7	1.6	4.81	3.27–7.07	<0.001
Child severely beaten by parent, step-parent or carer	9.00	2.90	3.07	2.02–4.67	<0.001
Ran away from home on occasions	11.0	2.30	4.08	2.55–6.53	<0.001
<i>Men</i>	<i>n = 583</i>	<i>n = 2865</i>			
Child spoken to a sexual way that made her feel uncomfortable	15.1	4.3	4.22	2.84–6.25	<0.001
Child was touched in a sexual way without her consent	10.10	3.90	3.11	2.06–4.68	<0.001
Child had sexual intercourse without her consent	1.90	0.50	3.52	1.50–8.27	<0.001
Child severely beaten by parent, step-parent or carer	10.10	4.00	2.83	1.95–4.10	<0.001
Ran away from home on occasions	7.90	2.50	3.14	2.03–4.84	<0.001

^a Adjusted for age.

Meltzer et al. / European Psychiatry 26 (2011) 498–503

Tabla 6. Resumen de los artículos utilizados en los capítulos 4-5-6

Artículo	Bullying como factor de riesgo suicida y autolesión	Variables de las víctimas	Plan de acción
Jaana et al (2003)	<p>No se menciona</p> <p>Los bullies a pesar de presentar mayores problemas de resultaron psicológicamente más fuertes y sobresalían socialmente entre sus compañeros. En cambio, las víctimas resultaron con mayor angustia emocional y marginados entre sus compañeros. Los bully-víctimas resultaron ser el grupo con las mayores problemáticas, demostrando niveles altos de problemas de conducta, en la escuela y en la relación entre pares.</p>	No se menciona	<p>Estar mejor informados</p> <p>Detectar buscando signos y síntomas</p> <p>Campanas de sensibilización masiva</p>
Alfaro et al (2010)	<p>No se menciona</p> <p>Se encontró que la población de docentes no posee un conocimiento adecuado sobre el fenómeno del bullying</p>	No se menciona	Enfermeras promuevan a través de un enfoque de salud integral, conductas saludables y prácticas de prevención y manejo de la violencia
Anat et al (2010)	<p>Determinante positivo</p> <p>Los resultados de los estudios transversales indican que existe un mayor riesgo de ideación suicida y (o) intentos de suicidio asociados al bullying y al cyberbullying.</p>	<p>Víctima o bully femenino</p> <p>Víctima o bully femenino + otros factores de riesgo</p> <p>Victima femenina + bullying frecuente</p> <p>Victima femenina + bullying en cualquier frecuencia</p> <p>Victima masculina + bullying frecuente</p> <p>Variable genero no es determinante</p>	No se menciona
Warner et al (2004)	<p>Determinante positivo</p> <p>Perciben altos niveles de agresión, insultos, daños a la propiedad y bullying con una fuerte relación entre estas variables y la ideación suicida.</p> <p>Altos índices de autolesiones deliberadas y planeadas y altos niveles de morbilidad psiquiátrica entre gays (42%) y hombres bisexuales y lesbianas (43%)</p>	<p>Hombres gay y lesbianas</p> <p>Ideación suicida: edad menor de 40 años; desempleados o estudiantes; haber sido atacado en los últimos 5 años</p> <p>Intentos suicidas: ser mujer, después de haber sido atacado en los últimos 5 años, haber sido víctima de bullying.</p>	Los resultados apoyan la necesidad de generar estrategias para crear conciencia sobre la vulnerabilidad de las personas gays, lesbianas y bisexuales a los trastornos psicológicos y las autolesiones.

Tabla 6. Resumen de los artículos utilizados en los capítulos 4-5-6

Artículo	Bullying como factor de riesgo suicida y autolesión	Variables de las víctimas	Plan de acción
Hightow-Weidman et al (2011)	<p>Determinante positivo</p> <p>75% de los participantes identificados como no masculinos experimentaron algún tipo de bullying relacionado con su sexualidad.</p>	<p>Jóvenes con inclinación sexual lésbica, gay, bisexual o transgénero</p>	<p>Las intervenciones que se hagan con las familias para lograr mayor aceptación</p> <p>Grupos de apoyo entre gays y heterosexuales en los colegios</p> <p>Campañas antibullying como " It Gets Better " (http://www.itgetsbetter.org) junto al respaldo de una legislación estricta a nivel local y nacional.</p>
UK guidance for local authorities (2009)	<p>Determinante positivo</p> <p>En el peor de los casos el bullying ha sido un factor para cometer suicidio.</p>	<p>Raza o religión</p> <p>Genero y transgénero</p> <p>Homosexuales</p> <p>Niños y adolescentes con discapacidades y necesidades especiales</p> <p>Sensibilidad a los estímulos sensoriales, luces o sonidos; algún aspecto de la apariencia de la víctima, o de su personalidad</p>	<p>Capacitación en la prevención para padres y demás servicios que trabajan con niños y adolescentes.</p> <p>Combinación entre la prevención y un adecuado manejo. El trabajo preventivo debe ser permanente y sostenido, proporcionándose un marco claro y consistente.</p> <p>Paquete de orientación con materiales para la prevención fuera de las escuelas.</p>
Roehr (2010)	<p>Determinante positivo</p> <p>Bullying Doubles, Rape More Than Triples Risk for Teen Suicide</p>	<p>Etnia: Caucásico Hispano</p> <p>Estar en un menor grado, ser nuevo o tener menor estatura física</p>	<p>Los médicos deben:</p> <p>Buscar posibles signos.</p> <p>Preguntar al respecto.</p> <p>Salvar la comunicación médico-paciente.</p>
Smith et al (2003)	<p>No se menciona</p>	<p>Adolescentes durante la etapa de educación secundaria</p> <p>Genero masculino (inconsistente)</p> <p>Niños mayores a los 8 o 9 años</p>	<p>No se menciona</p>

Tabla 6. Resumen de los artículos utilizados en los capítulos 4-5-6

Artículo	Bullying como factor de riesgo suicida y autolesión	Variables de las víctimas	Plan de acción
<p>Meltzer et al. (2011)</p>	<p>Determinante positivo</p> <p>Ser bully aumenta el riesgo de ideación y comportamiento suicida durante la niñez y la adolescencia</p> <p>Ser víctima de bullying resulto ser altamente correlacionado con intentos suicidas en la infancia y el resto de la vida i</p>	<p>Víctimas-“bullies”</p> <p>Ser tímido, silencioso, temeroso, ansioso, físicamente débil, inseguro, presentar llanto fácil, baja autoestima y ser distinto a los otros niños (tartamudeo, sobrepeso o dificultades de aprendizaje).</p>	<p>Políticas anti-bullying y programas en las escuelas.</p> <p>Programas “antibullying” con el aporte de los servicios de asistencia social.</p> <p>Estrategias multimodales en lugar de intervenciones de un solo organismo.</p> <p>Identificar y tratar el trastorno depresivo en las personas que presentan intentos suicidas</p> <p>Terapias psicológicas, que se han dirigido al deterioro de la memoria autobiográfica</p> <p>Terapia para resolver problemas</p> <p>Terapia para aumentar la especificidad de la memoria (Terapia cognitiva basada en la atención plena o Mindfulness)</p>
<p>Arseneault et al. (2006)</p>	<p>Determinante positivo</p> <p>Los niños que sufren de bullying manifiestan problemas de adaptación, incluyendo trastornos internos, dificultades sociales, problemas de salud física e ideación suicida.</p>	<p>Sufrir depresión, problemas emocionales, poca autoestima, y habilidades sociales pobres</p>	<p>Apoyan programas intervencionistas que apuntan al control del bullying</p>
<p>Cassels (2010)</p>	<p>Determinante positivo</p> <p>El bullying se ha asociado con la deserción escolar, así como mayores tasas de depresión, ansiedad social, ideas suicidas, agresión y problemas académicos</p>	<p>Los niños con sobrepeso y obesos mostraron un riesgo doble de ser víctimas del bullying</p>	<p>Clubes de alianza entre gays y heterosexuales.</p> <p>Brindar educación</p> <p>Vigilar signos de alarma y preguntar directamente</p> <p>Tener en cuenta a los pacientes crónicos con patologías físicas o mentales</p>

Artículo	Bullying como factor de riesgo suicida y autolesión	Variables de las víctimas	Plan de acción
Amitai et al. (2012)	<p>Determinante Positivo</p> <p>El bullying durante la infancia aumenta las posibilidades de intentos suicidas subsecuentes.</p>	<p>Niños bullies y victimas tenían mayor probabilidad de exhibir conductas suicidas.</p> <p>Niñas victimas del bullying tenían mayor probabilidad</p> <p>Minorías étnicas</p>	<p>Prevención escolar para identificar estudiantes en riesgo y referirlos a los servicios de salud mental</p>
Hawton et al. (2005)	<p>Determinante Positivo</p> <p>Problemas comunes que preceden a las autolesiones: Bullying</p>	<p>Hogares desintegrados</p> <p>Trastorno Psiquiátrico o conducta suicida en la familia</p> <p>Trastorno Psiquiátrico o del comportamiento</p> <p>Abuso de sustancias</p> <p>Autolesiones previa</p>	<p>Identificar a los adolescentes en riesgo</p> <p>Atención preventiva eficaz</p> <p>Programas de intervención dirigidos al control del bullying</p> <p>Campañas de sensibilización pública</p> <p>Intervenciones con las familias</p> <p>Grupos de apoyo</p> <p>Una guía de abordaje</p> <p>Capacitación en la prevención del bullying en audiencias para padres y servicios que trabajan con niños y adolescentes.</p> <p>Proporcionar una línea de ayuda telefónica gratuita</p> <p>Proporcionar niveles de actividad física, el desarrollo de hábitos nutricionales sanos</p> <p>Detección de la obesidad y promover una sana pérdida de peso</p> <p>Evaluación psicosocial exhaustiva</p> <p>Establecer si existe un alto riesgo</p> <p>Hospitalización para recibir tratamiento psiquiátrico si hay trastorno depresivos severos o psicóticos, si continúan siendo de riesgo suicida o viven en un medio de grandes problemas psicosociales</p> <p>Terapia de resolución de problemas</p> <p>Terapia cognitivo conductual</p> <p>Medicamentos como los inhibidores de la recaptación de serotonina</p> <p>Por "bullying" hacer enlaces con la escuela</p>

Tabla 6. Resumen de los artículos utilizados en los capítulos 4-5-6

Artículo	Bullying como factor de riesgo suicida y autolesión	Variables de las víctimas	Plan de acción
Ghanshyam (2012)	<p>Determinante positivo</p> <p>El estrés y el bullying; por ejemplo, están asociados al suicidio adolescente</p>	<p>Anormalidades en el hipocampo</p> <p>Receptor 5HT_{2A} esta aumentado</p> <p>Anormalidades diferenciales en las subunidades de la proteiana-G</p> <p>Factores psicosociales</p>	<p>No se menciona</p>
Lenhart (2011)	<p>Determinante positivo</p> <p>Ser un adolescente obeso coloca a estos individuos en riesgo de consecuencias sociales negativas como el bullying</p>	<p>Adolescentes masculinos que se identifican a si mismos como obesos</p>	<p>Apoyar la adquisición de suficientes niveles de actividad física, y el desarrollo de hábitos nutricionales sanos</p> <p>Promover un ambiente escolar libre de bullying y el auto concepto positivo</p> <p>Detección de la obesidad en las escuelas para proporcionar mecanismos óptimos que integren la educación y el apoyo necesarios para promover una sana pérdida de peso.</p> <p>Estudiantes detectados por signos de alarma concernientes a su salud mental y la experiencia del bullying en las escuelas sean referidos a terapeutas de salud mental donde el seguimiento este disponible.</p> <p>Educar para mejorar la auto percepción de forma mas precisa como motivación para perder peso.</p>
Kessel (2012)	<p>Determinante positivo no concluyente</p> <p>Se ha reportado que el bullying en línea puede estar relacionado con trastornos más serios, incluyendo la depresión mayor, las autolesiones y el suicidio.</p>	<p>Reportes fueron mayores entre las niñas que en los niños</p> <p>No heterosexuales mayor posibilidad que los heterosexuales</p>	<p>No se menciona</p>

Figura 1. Media grupal en muestras estandarizadas de trastornos de ajuste social según pares

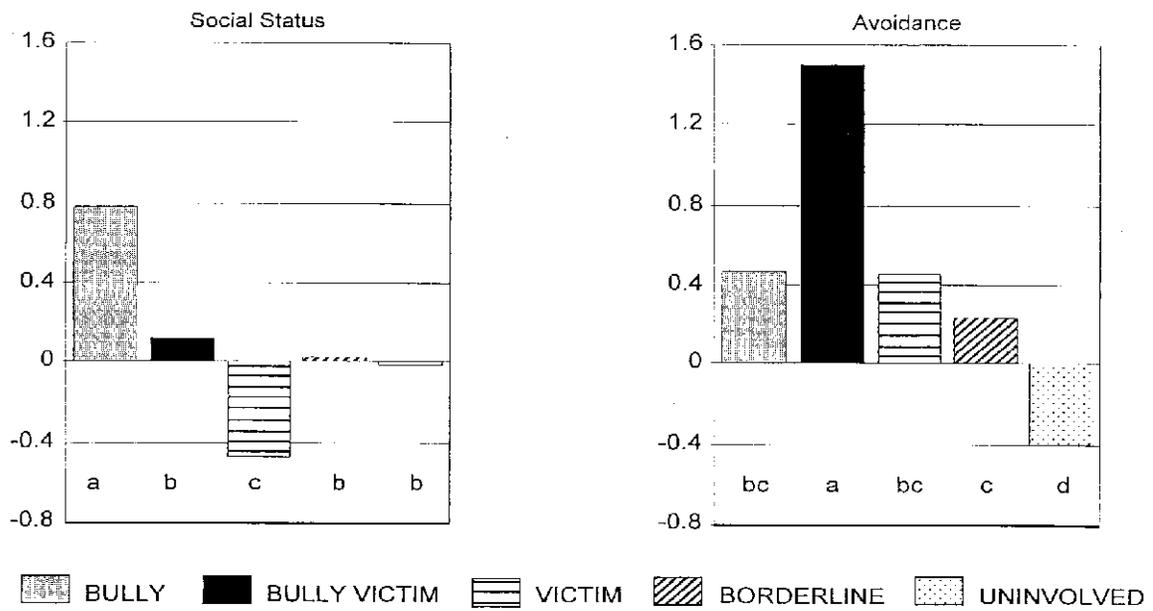


Fig 2. Group means on standardized scores of peer-reported social adjustment problems.

Arseneault et al. (2006).

Pediatrics; 118; 130 DOI: 10.1542/peds.2005-2388.

Figura 2. Media grupal en muestras estandarizadas de trastornos de ajuste social según los maestros

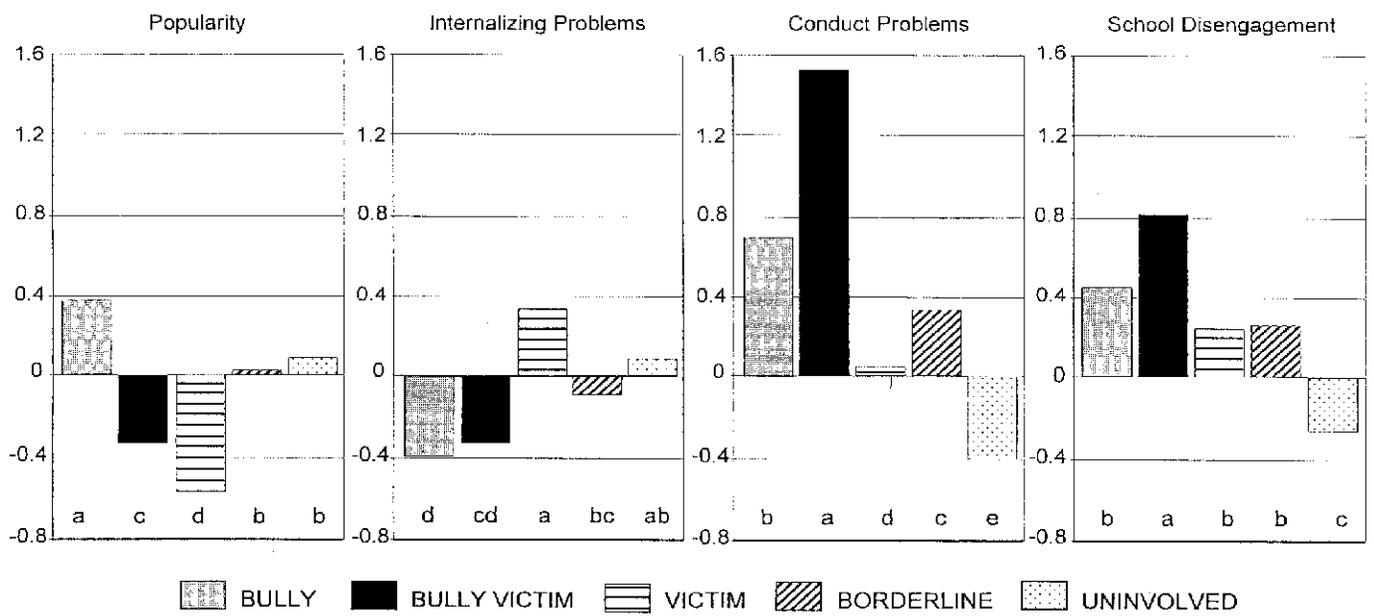


Fig 3. Group means on standardized scores of teacher-rated social adjustment problems.

Arseneault et al. (2006).

Pediatrics; 118; 130 DOI: 10.1542/peds.2005-2388.