

Víctimas de acoso: factores asociados en niños y adolescentes de 8-18 años de edad en 11 países europeos

Filippos Analitis, MPH^a, Mariska Klein Velderman, PhD^b, Ulrike Ravens-Sieberer, PhD^c, Symone Detmar, PhD^b, Michael Erhart, PhD^c, Mike Herdman, MSc^{a,d}, Silvina Berra, MPH^{d,e}, Jordi Alonso, MD, PhD^{a,d}, Luis Rajmil, MD, PhD^{a,d,e}, y el European Kidscreen Group

OBJETIVOS: Analizar la prevalencia de víctimas de acoso entre niños y adolescentes de 8-18 años de edad en 11 países europeos e investigar los factores sociodemográficos, físicos y psicosociales asociados.

MÉTODOS: Ser víctima de acoso se evaluó utilizando la escala de aceptación social (acoso) del Kidscreen-52, un cuestionario sobre calidad de vida relacionada con la salud, administrado a 16.210 niños y adolescentes de 8-18 años de edad y a sus padres en encuestas remitidas por correo o escolares en 11 países europeos. Se calcularon las diferencias medias estandarizadas (tamaño del efecto) para determinar el porcentaje de niños/adolescentes que obtuvieron una puntuación de 1 DE por debajo de la media en la escala de acoso del Kidscreen.

RESULTADOS: El porcentaje de niños que eran víctimas de acoso fue del 20,6% para toda la muestra, y varió desde el 10,5% en Hungría hasta el 29,6% en el Reino Unido. En casi todos los países, los factores asociados más firmemente con ser acosado fueron una edad más joven, tener probables problemas de salud mental, la obtención de una puntuación baja en las dimensiones de estado de ánimo y emociones en el Kidscreen-52, y un apoyo social deficitario. Utilizando la media principal para todos los países como categoría de referencia, en cinco (Austria, España, Holanda, Reino Unido y Suiza) se identificó una probabilidad por encima de la media de que los niños o adolescentes refirieran haber sido víctimas de acoso, mientras que en tres (Francia, Grecia y Hungría), estuvo por debajo de la media.

CONCLUSIONES: El presente estudio indicó una variación considerable entre países en la prevalencia de los que se consideran a sí mismos víctimas de acoso pero también reveló un perfil claro de aquellos que probablemente son acosados. El estudio también sugiere que la escala Kidscreen Bullying Scale podría ser útil en la identificación de las víctimas potenciales de esta lacra social.

De acuerdo con la definición ampliamente aceptada de acoso, un niño es acosado cuando se expone, repetidamente y a lo largo del tiempo, a acciones negativas por parte de uno o más compañeros. La acción negativa es aquella en la que el compañero inflige voluntariamente una lesión o malestar a otro niño a través del contacto físico, de las palabras, o de otras formas¹. El acoso es un tipo específico de agresión en el cual 1) la conducta está destinada a hacer daño o a molestar, 2) la conducta tiene lugar repetidamente a lo largo del tiempo, y 3) hay un desequilibrio de fuerza, agrediendo un individuo o grupo considerado más fuerte a otro considerado menos fuerte. Esta asimetría de fuerzas puede ser física o psicológica². Los individuos pueden ser los acosadores (perpetradores), las víctimas, o, al mismo tiempo, acosadores y víctimas.

El acoso escolar está presente en casi todos los países pero con diferentes tasas de prevalencia. Los estudios han demostrado tasas que varían desde el 8% en Alemania hasta el 30% en Italia³⁻⁹, lo que refleja la prevalencia del fenómeno global (es decir, cuando se obtiene información tanto sobre los acosadores como sobre las víctimas). Los estudios que han prestado atención exclusivamente a estas últimas han revelado una variación desde el 5,5% para niñas en Suecia¹⁰ hasta el 41,4% para niños en Lituania¹⁰ y hasta el 57% en Australia¹¹.

Diversos factores se han asociado con ser acosador, víctima, o ambos, incluida la edad^{2,6} (siendo el acoso más frecuente entre individuos más jóvenes), una posición socioeconómica más desfavorecida y un menor nivel de estudios de los padres. También se han asociado con ser víctima del acoso el mal estado de salud¹²⁻¹⁵, las mayores necesidades de asistencia sanitaria¹⁶, el estado de salud mental^{9,16-20}, y el aspecto físico^{17,18}, al igual que la soledad, falta de interacción social, falta de adaptación social, pocos logros académicos² y la orientación

^aUnitat de Recerca en Serveis Sanitaris, Institut Municipal d'Investigació Mèdica-Hospital del Mar, Barcelona, España; ^bNederlandse Centrale Organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek, Quality of Life, Leiden, Holanda; ^cDepartment of Psychosomatics in Children and Adolescents, University Clinic Hamburg-Eppendorf, Alemania; ^dCentro de Investigación en Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública, Barcelona, España; ^eAgència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, Barcelona, España.

Correspondencia: Luis Rajmil, MD, PhD, Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, Roc Boronat 81-95, piso 2, 08005 Barcelona, España.

Correo electrónico: lrajmil@imim.es o lrajmil@aatrm.catsalut.net

sexual^{21,22}. No se han observado diferencias sustanciales de acuerdo con el sexo por lo que respecta a la frecuencia de ser acosado^{9,23,24}.

Las variaciones en las tasas de prevalencia y factores asociados con el acoso mostradas en los estudios previos podrían ser consecuencia de diferencias en el diseño del estudio y la naturaleza de la muestra (p. ej., la composición de edades y sexo), la definición usada de acoso y el ámbito del estudio (p. ej., sólo acosadores, sólo víctimas, acosadores/víctimas o todos), al igual que la frecuencia y el marco de tiempo de la obtención de los datos²⁵ (p. ej., una vez, dos veces, varias veces, durante la última semana, mes previo, trimestre previo, etc.). Las diferencias transculturales en la forma en que se interpretan, contextualizan y traducen los términos usados para hacer referencia al acoso también pueden ser de considerable importancia y podrían dar lugar a las diferentes tasas de prevalencia^{26,27}.

El proyecto European Kidscreen se diseñó para desarrollar un cuestionario estandarizado de calidad de vida relacionada con la salud para niños y adolescentes de 8-18 años de edad y también brindó la oportunidad de estudiar el acoso transculturalmente en varios países europeos e investigar los factores sociodemográficos, físicos y psicosociales asociados.

MÉTODOS

Participantes

El presente estudio se basó en la investigación sobre el terreno del proyecto Kidscreen, un estudio transversal efectuado en 13 países europeos durante 2003. En el presente estudio, se excluyeron del análisis los datos de Irlanda y Suecia debido a la falta de disponibilidad de datos de los padres. En la presente investigación se presta atención a los países siguientes: Alemania, Austria, España, Francia, Grecia, Holanda, Hungría, Polonia, Reino Unido, República Checa y Suiza. La población objetivo eran niños y adolescentes de 8-18 años de edad. La muestra se diseñó para que fuera representativa por edad, sexo y región.

Diseño del estudio

Para la selección de la muestra y administración se siguieron tres estrategias: 1) obtención de una muestra por teléfono seguida de una encuesta remitida por correo (Austria, Suiza, España, Francia y Holanda); 2) obtención de una muestra y administración en la escuela (Grecia y Hungría) u obtención de la muestra en la escuela y administración a través del correo (Polonia) y 3) obtención de una muestra aleatoria multiestadio de comunidades y familias (República Checa). En el Reino Unido, se usó una combinación del método de obtención de una muestra por teléfono y en la escuela²⁸.

La obtención de muestras por teléfono se centralizó en Alemania y se efectuó por medio de una entrevista telefónica asistida con ordenador, durante la que un programa informático interactivo cuya *front-end* interactúa directamente con el usuario ayuda a los entrevistadores a formular preguntas por teléfono con una marcación de dígitos al azar. El marco de muestreo eran familias con una línea de teléfono fija. Se contactó con las familias por teléfono y los entrevistadores que habían recibido formación específica del estudio solicitaron su participación. Si el miembro de la familia contactada estuvo de acuerdo en participar, se remitió por correo el cuestionario y otros materiales de estudio junto con un sobre que llevaba impreso el destinatario, a franquear en destino, para devolver el cuestionario completado. En los casos de falta de respuesta (después de 2 y 5 semanas) se remitieron dos recordatorios. En el caso del muestreo escolar, la selección de muestras se basó en los listados escolares y las escuelas se seleccionaron aleatoriamente en cada región geográfica o administrativa, excepto en Hungría, donde las aulas (no las

escuelas) se seleccionaron aleatoriamente por región. Los niños completaron los cuestionarios en la escuela. El muestreo de probabilidad multiestadio sólo se seleccionó en la República Checa. Las comunidades se seleccionaron aleatoriamente a partir de todas las regiones del país. Dentro de cada comunidad seleccionada, las familias se seleccionaron aleatoriamente a partir del listín telefónico. Entrevistadores con formación contactaron con las familias cuyos hijos eran potencialmente elegibles y que se habían identificado por teléfono. Si la familia estuvo de acuerdo en participar en el estudio, el entrevistador le proporcionó información estandarizada y le dejó los cuestionarios, que se recogieron de nuevo 2-5 días más tarde. Todos eran autoadministrados.

La investigación sobre el terreno se efectuó entre mayo y septiembre de 2003. Entre los que rechazaron la participación se obtuvieron algunos datos. Todos los procedimientos se efectuaron siguiendo los requisitos de protección de datos del Parlamento Europeo (Directiva 95/46/EC del Parlamento Europeo y del Consejo del 24 de octubre de 1995, sobre protección de los individuos con respecto al procesamiento de datos personales y a la libre circulación de dichos datos). En todos los países participantes se cumplieron los requisitos éticos y legales y se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todos los participantes en el estudio.

Evaluaciones

Ser víctima de acoso (escala de acoso)

Ser víctima de acoso se evaluó utilizando la escala correspondiente del cuestionario Kidscreen-52. Esta escala consiste en tres preguntas: "¿Has tenido miedo de otros niños/niñas?", "¿se han reído de ti otros niños/niñas?" y "¿te han intimidado otros niños/niñas?". Las respuestas se recogen en una escala de Likert de cinco puntos (nunca, rara vez, a veces, con frecuencia, siempre) y se usa un período de recuerdo de una semana. La escala de acoso del Kidscreen se desarrolló de acuerdo con las recomendaciones y directrices internacionales actuales para obtener una equivalencia y armonización transcultural en las variables referidas por el paciente²⁹. El cuestionario se desarrolló simultáneamente a través de grupos de discusión en todos los países participantes, seguido de pretests (*cognitive debriefings*) y de traducciones directas e inversas y una armonización a través de países³⁰.

La escala de acoso reveló niveles aceptables de fiabilidad. Los valores alfa de Cronbach por país variaron desde 0,73 en Grecia y Hungría hasta 0,83 en el Reino Unido. El único país en el que el valor fue inferior al umbral aceptado en general (0,70) fue Francia (0,61). Los coeficientes de correlación ítem corregido/total variaron desde 0,38 a 0,73. La unidimensionalidad de la escala se confirmó usando un análisis de factor confirmatorio. La validez de constructo, convergente y discriminante también fueron aceptables, y no se encontró un funcionamiento diferencial de ítems de acuerdo con la edad, sexo o país³¹. La puntuación de la escala se estandarizó hasta una media arbitraria de 50 con una DE de 10 en función de las puntuaciones de la población europea. Las puntuaciones más bajas indican una mayor percepción de ser acosado.

Otras determinaciones

Para analizar su asociación con ser víctima de acoso se incluyeron cuatro grupos de variables independientes: factores sociodemográficos y familiares, estado de salud y apoyo social.

Los datos sociodemográficos y familiares obtenidos incluyeron la edad, sexo y posición socioeconómica (poder adquisitivo) del niño, evaluada utilizando la Family Affluence Scale (FAS) obtenida en ocho categorías³¹ (desde 0, la más baja, hasta 7, la categoría FAS más alta), y el nivel de estudios de los padres evaluado con la International Standard Classification of Education³². La salud física y mental de los padres se evaluó utilizando el cuestionario SF-12³³.

La salud física se evaluó utilizando la dimensión de bienestar físico del Kidscreen-52 y calculando el índice de masa corporal (IMC). Esta dimensión del cuestionario contiene cinco ítems que evalúan la actividad física del niño y usa una media estandarizada de 50 y una DE de 10. Puntuaciones más altas indican

mejor salud. El IMC se calculó y analizó según las recomendaciones del grupo de trabajo internacional de obesidad³⁴ y utilizando los datos autorreferidos sobre peso y estatura.

La salud mental se evaluó utilizando el Strengths and Difficulties Questionnaire³⁵ (SDQ) y las dimensiones del bienestar psicológico y los estados de ánimo y emociones del Kidscreen-52²⁴. El SDQ contiene 25 ítems y se usa ampliamente como instrumento de cribado del estado de salud mental. La dimensión del bienestar psicológico del Kidscreen-52 contiene seis ítems y examina las emociones positivas y la satisfacción con la vida. La dimensión de estados de ánimo y emociones contiene siete ítems y analiza si un individuo ha experimentado emociones y estados de ánimo depresivos o sentimientos estresantes en general. En ambas dimensiones las puntuaciones más altas significan una mejor salud.

Las necesidades de asistencia sanitaria se evaluaron utilizando el cuestionario de detección de niños con necesidades especiales de asistencia sanitaria. Este cuestionario contiene cinco preguntas sobre el uso o necesidad de servicios de asistencia sanitaria debido a enfermedades crónicas³⁶.

El apoyo social se evaluó utilizando la Oslo Social Support Scale³². Esta escala contiene tres ítems relacionados con la sensación de seguridad y el apoyo emocional e instrumental que recibe el niño.

En el apéndice se muestra la fuente de información (niño, padres o ambos) para cada variable incluida.

Análisis estadísticos

Para estudiar la prevalencia, estratificamos a los niños en dos categorías en función de las puntuaciones obtenidas en la dimensión de acoso. Los individuos con una puntuación de 1 DE por debajo de la media (puntuación < 40) se definieron como víctimas de acoso, y el resto (≥ 40) se clasificaron como no víctimas. La adecuación de este punto de corte se probó examinando hasta qué punto discriminaba entre niños que respondieron "nunca" o "rara vez" en los tres ítems de la escala de acoso comparado con los que respondieron "a veces" o más. También usamos un análisis de sensibilidad para determinar si 40 era el punto de corte más apropiado en lo referente a discriminar entre estos dos grupos.

En el estudio de los factores asociados con ser víctima de acoso, se clasificó a los niños como aquellos con necesidades especiales de asistencia sanitaria si obtuvieron como mínimo una respuesta positiva en el cuestionario de detección de niños con necesidades especiales de asistencia sanitaria; el SDQ se estratificó en dos categorías (caso improbable/posible y caso probable); y las puntuaciones en la escala de Oslo se clasificaron como "apoyo social deficitario" (≤ 6) y apoyo social moderado/sólido³⁷ (> 6).

Los factores asociados con ser víctima de acoso se examinaron en primer lugar en un análisis bivariado. Para las variables categóricas, se usó una prueba de χ^2 , y para las variables continuas, se calcularon magnitudes del efecto³⁸. Se excluyeron del análisis las variables que habían demostrado colinealidad. Se ajustaron modelos de regresión logística múltiple para analizar la asociación entre ser víctima de acoso y factores sociodemográficos, estado de salud, y factores sociales. Los análisis de regresión logística se efectuaron por separado para cada país y para la muestra en conjunto. Los datos se ponderaron de acuerdo con los del censo Eurostat para la corrección del sesgo de falta de respuesta. Se aceptó como estadísticamente significativo un valor de p bilateral (dos colas) < 0,05.

RESULTADOS

La muestra de la población consistió en 16.210 niños de 8-18 años de edad y sus padres. La tasa de respuesta de los pares niño/padres varió desde el 24,2% hasta el 72,0%, con una tasa de respuesta global del 35,7%. En la tabla 1 se muestran las características de la muestra. El porcentaje de niños que eran víctimas de acoso fue del 20,6% para toda la muestra y varió desde el 10,5% en Hungría hasta el 29,6% en el Reino Unido.

La tabla 2 muestra el porcentaje de niños/adolescentes víctimas de acoso, estratificados de acuerdo con los factores sociodemográficos, estado de salud y factores sociales. En general, los porcentajes de niños acosados fueron mayores en el grupo de edad más joven, aquellos cuyas

TABLA 1. Características sociodemográficas de la muestra y porcentaje de niños/adolescentes que obtuvieron una puntuación < 1 desviación estándar (DE) en ser víctimas de acoso (datos ponderados), Kidscreen 2003

Variable	Total (N = 16.210), n ^a (%)	País, n (%)											
		AU	CZ	FR	DE	EL ^b	HU	NL	PL	ES	CH	UK	
Sexo													
Hombres	8.308 (51,3)	731 (51,0)	819 (51,5)	520 (51,1)	882 (51,3)	600 (51,4)	999 (51,0)	947 (51,2)	854 (51,2)	447 (51,4)	866 (51,4)	640 (51,3)	
Mujeres	7.901 (48,7)	703 (49,0)	773 (48,5)	497 (48,9)	837 (48,7)	567 (48,6)	960 (49,0)	903 (48,8)	816 (48,8)	423 (48,6)	819 (48,6)	607 (48,7)	
Edad (años)													
8-11	5.584 (34,4)	526 (36,7)	557 (35,0)	360 (35,4)	596 (34,7)	N/A	690 (35,2)	696 (37,6)	536 (32,1)	295 (34,0)	622 (36,9)	468 (37,5)	
12-15	6.982 (43,1)	601 (41,9)	599 (37,7)	436 (42,9)	723 (42,0)	804 (68,9)	818 (41,8)	761 (41,1)	703 (42,1)	367 (42,2)	728 (43,2)	557 (44,7)	
16-18	3.643 (22,5)	308 (21,5)	435 (27,3)	221 (21,7)	400 (23,3)	363 (31,1)	450 (23,0)	393 (21,3)	431 (25,8)	207 (23,8)	335 (19,9)	222 (17,8)	
Puntuación FAS													
Baja	2.762 (17,4)	199 (14,0)	778 (49,0)	83 (8,3)	198 (11,6)	399 (36,8)	591 (30,7)	182 (9,9)	617 (37,4)	174 (20,4)	183 (11,1)	111 (9,2)	
Media	7.258 (45,7)	708 (50,0)	659 (41,5)	437 (44,0)	821 (48,2)	489 (45,1)	909 (47,2)	898 (49,0)	805 (48,8)	427 (50,0)	761 (46,0)	461 (38,3)	
Alta	5.876 (37,0)	509 (35,9)	149 (9,4)	474 (47,7)	683 (40,1)	197 (18,1)	426 (22,1)	754 (41,1)	226 (13,7)	253 (29,6)	710 (42,9)	632 (52,5)	
Nivel de estudios padres													
Bajo	3.204 (20,0)	64 (4,5)	22 (1,4)	251 (24,7)	250 (14,7)	251 (24,7)	460 (23,7)	202 (11,2)	440 (26,5)	385 (44,8)	103 (6,3)	125 (10,1)	
Medio	6.484 (40,5)	1.060 (74,0)	1.060 (66,7)	214 (21,1)	945 (55,8)	364 (35,8)	807 (41,6)	935 (51,8)	832 (50,1)	200 (23,2)	814 (49,8)	395 (32,1)	
Alto	6.323 (39,5)	309 (21,5)	507 (31,9)	549 (54,2)	500 (29,6)	400 (39,5)	672 (34,7)	668 (37,0)	390 (23,5)	275 (32,0)	719 (43,9)	712 (57,8)	
SCF	49,65	49,85	49,39	50,31	50,23	47,87	49,44	49,02	48,46	49,77	50,11	49,50	
SCM	50,58	52,38	51,49	47,73	51,35	50,43	50,10	52,90	50,61	52,20	52,71	50,52	
Acoso													
Sí (puntuación < 1 DE)	3.293 (20,6)	343 (25,1)	320 (20,2)	117 (11,7)	297 (17,7)	143 (12,4)	206 (10,5)	485 (26,6)	382 (23,0)	202 (23,7)	365 (22,0)	367 (29,6)	
No	12.698 (79,4)	1.027 (74,9)	1.263 (79,8)	884 (88,3)	1.384 (82,3)	1.018 (87,6)	1.748 (89,5)	1.341 (73,4)	1.281 (77,0)	650 (76,3)	1.298 (78,0)	874 (70,4)	

AU: Austria; CH: Suiza; CZ: República Checa; DE: Alemania; EL: Grecia; ES: España; FAS: Family Affluence Scale; FR: Francia; HU: Hungría; NA: no aplicable; NL: Holanda; PL: Polonia; UK: Reino Unido.

^aValores omitidos FAS = 314 (1,9%), ISCED = 199 (1,2%), acoso = 219 (1,4%).

^bGrecia no obtuvo datos en niños de 8-11 años de edad.

TABLA 2. Porcentaje de niños/adolescentes que obtuvieron una puntuación < 1 desviación estándar (DE) en ser víctimas de acoso por país y por variables sociodemográficas, físicas, y psicosociales

Variable	Total	AU	CZ	FR	DE	EL	HU	NL	PL	ES	CH	UK
Sociodemográficas												
Sexo												
Hombres	20,3	25,2	19,6	10,9	18,4	13,7	11,6	26,9	22,1	26,2	24,1 ^a	28,9
Mujeres	20,9	24,7	20,9	12,9	17,0	10,9	10,3	26,0	24,1	22,1	19,2	33,9
Edad (3 años)												
8-11	26,7 ^a	32,5 ^a	24,9 ^a	14,4 ^a	24,3 ^a	NA ^{†b}	13,7 ^a	30,9 ^a	30,6 ^a	34,2 ^a	27,9 ^a	34,9 ^a
12-15	19,9	23,6	21,9	12,1	16,6	13,4	10,5	24,7	24,9	20,5	21,0	27,7
16-18	12,5	14,3	12,0	6,80	9,80	10,2	4,9	22,4	11,1	14,6	12,0	23,0
Puntuación FAS												
Baja	24,2 ^a	22,5	23,5 ^a	12,5	22,1	12,7	13,5 ^a	34,4 ^a	27,3 ^a	25,5	26,8	39,3
Media	20,0	24,7	17,7	12,1	17,2	11,6	10,3	26,2	21,4	23,5	21,6	32,1
Alta	19,3	26,0	20,2	11,5	16,7	11,5	7,8	24,5	17,8	24,4	19,6	29,2
Nivel estudios padres												
Bajo	22,5 ^a	28,3	40,9 ^a	13,6	26,5 ^a	14,2	13,4	35,0 ^a	26,4 ^a	23,8	28,6 ^a	33,6
Medio	21,2	23,6	21,8	12,9	17,5	9,0	9,4	27,0	23,2	25,5	23,8	32,9
Alto	18,9	28,8	15,9	10,8	14,3	12,5	10,7	22,9	19,3	22,7	18,1	29,5
PCF ^c	0,01	0,02	0,08	-0,09	0,06	0,18	0,09	0,04	-0,03	-0,04	0,05	-0,04
PCM ^c	0,14 ^a	0,11	0,28 ^a	0,34 ^a	0,22	-0,06	-0,02	0,09	0,18 ^a	0,14	0,17 ^a	0,15 ^a
Físicas/mentales												
Índice de masa corporal												
Normal	17,9 ^a	23,0 ^a	18,7 ^a	10,2 ^a	16,8 ^a	10,5 ^a	9,7 ^a	24,2 ^a	22,3 ^a	21,6 ^a	20,0 ^a	27,2
Sobrepeso/obeso	26,5	36,7	28,2	18,4	24,6	16,8	17,6	32,8	31,0	33,3	30,2	29,3
Cuestionario niños con necesidades especiales asistencia sanitaria												
Sí	27,5 ^a	36,1 ^a	32,5 ^a	18,9 ^a	27,0 ^a	26,5 ^a	12,0	35,9 ^a	24,5	51,1 ^a	34,4 ^a	41,8 ^a
No	19,5	24,5	18,3	10,0	16,3	11,2	10,6	24,9	23,0	23,2	20,3	29,8
Enfermedad crónica												
Sí	23,7 ^a	29,4 ^a	29,4 ^a	13,8	21,9 ^a	14,7	12,1	30,0 ^a	25,7 ^a	25,8	25,0 ^a	34,1
No	19,0	23,1	15,7	10,5	15,1	10,8	10,1	24,7	21,3	22,9	20,3	29,7
Bienestar psicológico ^c	0,21 ^a	0,27 ^a	0,45 ^a	0,23 ^a	0,27 ^a	0,14	0,24 ^a	0,24 ^a	0,20 ^a	0,15	0,14 ^a	0,28 ^a
Bienestar físico ^c	0,34 ^a	0,42 ^a	0,39 ^a	0,42 ^a	0,34 ^a	0,34 ^a	0,30 ^a	0,58 ^a	0,27 ^a	0,35 ^a	0,28 ^a	0,40 ^a
Estado de ánimo/emociones ^c	0,71 ^a	0,57 ^a	0,63 ^a	0,72 ^a	0,61 ^a	0,58 ^a	0,65 ^a	0,79 ^a	0,65 ^a	0,64 ^a	0,59 ^a	0,79 ^a
SDQ												
Improbable/posible	18,8 ^a	24,1 ^a	17,9 ^a	9,7 ^a	15,7 ^a	11,0 ^a	10,1 ^a	24,2 ^a	21,5 ^a	22,1 ^a	20,0 ^a	30,1 ^a
Probable	43,7	39,4	44,7	34,1	46,2	20,4	21,2	53,3	47,2	52,0	51,9	55,4
Social												
Oslo social support scale												
Deficitario	34,2 ^a	42,7 ^a	35,7 ^a	21,6 ^a	33,3 ^a	25,2 ^a	23,4 ^a	50,4 ^a	34,1 ^a	35,6 ^a	43,9 ^a	47,0 ^a
Moderado/sólido	19,0	22,2	16,4	8,6	15,3	8,8	8,8	24,5	20,1	22,0	18,2	28,0

AU: Austria; CH: Suiza; CZ: República Checa; DE: Alemania; EL: Grecia; ES: España; FAS: Family Affluence Scale; FR: Francia; HU: Hungría; NA: no aplicable; NL: Holanda; PCF: puntuación sumaria componente físico del SF-12; PCM: puntuación sumaria componente mental del SF-12 Health Survey; PL: Polonia; SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire; UK: Reino Unido.

^ap < 0,05.

^bGrecia no obtuvo datos en niños de 8-11 años de edad.

^cVariables continuas. Las cifras indican diferencias medias estandarizadas (tamaños del efecto e intervalos de confianza del 95%) en el acoso en los que obtuvieron una puntuación alta y baja en dicha variable.

familias tenían menos poder adquisitivo y con un bajo nivel de estudios de los padres, y en aquellos en las categorías más deficitarias de estado de salud y apoyo social.

Los modelos de regresión logística revelaron que en casi todos los países los factores asociados más potentemente con ser víctima de acoso fueron la edad más joven (*odds ratio* [OR] desde 2,32 en el Reino Unido hasta 7,28 en Francia) (tabla 3), experimentar probables problemas de salud mental, según lo determinado mediante el SDQ (OR desde 1,81 en Holanda hasta 3,20 en Polonia), obtención de una puntuación baja en la dimensión de estados de ánimo y emociones en el Kidscreen-52, que corresponde a tristeza e inestabilidad emocional (OR desde 0,89 en el Reino Unido hasta 0,95 en Grecia) y contar con un apoyo social deficitario (OR de 1,44 en Alemania y 3,20 en Grecia).

Para toda la muestra, el modelo de regresión logística (tabla 4) confirmó que los factores más importantes fueron la edad, nivel de estudios de los padres, IMC, puntuaciones obtenidas en la dimensión de estados de ánimo y emociones en el Kidscreen-52, puntuación

obtenida en el SDQ y apoyo social deficitario. Cuando se usó la media principal para todos los países como categoría de referencia, en cinco se identificó una OR > 1 (Austria, Holanda, España, Suiza y Reino Unido), y en tres (Francia, Grecia y Hungría), < 1. No se detectaron interacciones estadísticamente significativas entre países y las variables sociodemográficas.

DISCUSIÓN

En esta muestra a gran escala, representativa de niños y adolescentes de 11 países europeos, encontramos una variación sustancial de acuerdo con el país en el porcentaje de los que refirieron ser víctimas de acoso pero similitudes considerables en los factores asociados a esta agresión. Una menor edad, un bajo nivel de estudios de los padres, tener sobrepeso o ser obeso, tener problemas psicológicos/mentales y la falta de apoyo social se asociaron constantemente con la percepción de ser víctima de acoso.

Los resultados del presente estudio han de interpretarse con precaución debido a las principales limitaciones,

TABLA 3. Modelos de regresión logística de ser víctima de acoso en los países analizados, Kidscreen 2003

Variable	AU	CZ	FR	DE	EL	HU	NL	PL	ES	CH	UK
Sociodemográficas											
Edad (años)											
8-11	4,66 (2,96-7,32)	3,08 (2,08-4,56)	7,28 (2,31-22,91)	4,93 (3,16-7,70)	-	4,67 (2,67-8,15)	2,48 (1,77-3,48)	6,34 (4,24-9,48)	6,17 (3,60-10,59)	4,64 (3,02-7,13)	2,32 (1,55-3,47)
12-15	2,17 (1,39-3,36)	2,08 (1,43-3,03)	-	2,09 (1,35-3,22)	-	2,68 (1,59-4,51)	1,54 (1,11-2,14)	3,70 (2,54-5,39)	2,28 (1,37-3,80)	2,39 (1,57-3,63)	1,55 (1,04-2,30)
16-18*	1,00	1,00	1,00	1,00	-	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Puntuación en la Family Affluence Scale											
Baja	-	-	-	-	-	1,63 (1,02-2,62)	-	1,67 (1,11-2,52)	-	-	-
Media	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alta*	-	-	-	-	-	1,00	-	1,00	-	-	-
Nivel estudios padres											
Bajo	-	-	-	2,28 (1,47-3,55)	-	-	1,86 (1,26-2,74)	-	-	1,96 (1,16-3,29)	-
Medio	-	1,40 (1,03-1,89)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alto*	-	1,00	-	1,00	-	-	1,00	-	-	1,00	-
Físicas/mentales											
Índice masa corporal											
Normal	1,00	1,00	1,00	1,00	-	-	-	-	-	-	-
Sobrepeso/obeso	1,89 (1,25-2,85)	1,48 (1,03-2,13)	2,53 (1,04-6,13)	1,67 (1,10-2,52)	-	-	-	-	-	-	-
Cuestionario niños necesidades especiales asistencia sanitaria											
Sí	-	1,66 (1,14-2,41)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
No	-	1,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bienestar psicológico											
	-	0,97 (0,95-0,98)	-	-	-	0,96 (0,95-0,98)	0,97 (0,95-0,98)	0,96 (0,95-0,98)	-	-	-
Estado de ánimo/emociones											
	0,92 (0,91-0,94)	-	0,93 (0,89-0,97)	0,93 (0,91-0,94)	0,95 (0,91-0,98)	-	-	-	0,92 (0,90-0,94)	0,93 (0,91-0,94)	0,89 (0,87-0,91)
Strenght and Difficulties Questionnaire											
Improbable/possible	-	1,00	1,00	1,00	-	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Probable	-	2,45 (1,60-3,76)	2,84 (1,25-6,42)	3,03 (1,93-4,75)	-	2,02 (1,17-3,49)	1,81 (1,20-2,74)	3,20 (2,05-4,99)	2,69 (1,39-5,23)	3,05 (1,82-5,11)	2,10 (1,24-3,53)
Sociales											
Oslo Social Support Scale											
Deficitario	2,11 (1,43-3,11)	2,21 (1,61-3,03)	2,51 (1,24-5,09)	1,44 (1,00-2,08)	3,20 (2,05-4,99)	2,34 (1,58-3,45)	1,91 (1,27-2,87)	1,77 (1,33-2,36)	-	2,58 (1,83-3,64)	-
Moderado/sólido*	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	-	1,00	-

AU: Austria; CH: Suiza; CZ: República Checa; DE: Alemania; EL: Grecia; ES: España; FR: Francia; HU: Hungría; NL: Holanda; PL: Polonia; UK: Reino Unido. Los modelos de regresión logística para cada país están ajustados para todos los factores incluidos en la tabla; sólo se presentan las variables y factores con diferencias estadísticamente significativas. *Categoría de referencia (en Grecia, datos no disponibles en niños de 8-11 años de edad).

como el diseño transversal, la tasa de respuesta relativamente reducida en algunos países, y el hecho de que no se incluyeron todas las variables potencialmente pertinentes. Aunque las asociaciones observadas en los modelos multivariados fueron homogéneas y potentes a través de los diversos países, un diseño transversal significa que no es posible determinar la direccionalidad de la asociación. En algunos países las reducidas tasas de respuesta también podrían haber dado lugar a un sesgo de respuesta. No obstante, la comparación de las muestras finales con los datos del Eurostat no demostró diferencias estadísticamente significativas con respecto a la edad y el sexo, lo que sugiere que la falta de respuesta

probablemente no produjo un efecto potente sobre los resultados del estudio. Una comparación de submuestras de los que respondieron y los que no lo hicieron también demostró pocas diferencias entre ambas en las características principales. Además, el sesgo de falta de respuesta se corrigió mediante una ponderación de los datos para reiniciar las proporciones de los grupos de sexo y edad de acuerdo con los datos del censo de todos los países. Es predecible un bajo riesgo de sesgo de selección, porque los modelos se ajustaron para los factores socioeconómicos y los relacionados con la salud. No obstante, los resultados de países con tasas de respuesta relativamente bajas han de tratarse con precaución. En

TABLA 4. Modelo de regresión logística de ser víctima de acoso para toda la muestra, Kidscreen study, 2003

Variable	OR	IC del 95%
Sociodemográficas		
Edad (años)		
8-11	4,86	4,15-5,69
12-15	2,39	2,06-2,77
16-18*	1,00	1,00
Nivel de estudios de los padres		
Bajo	1,44	1,24-1,66
Medio	1,14	1,01-1,29
Alto*	1,00	1,00
Físicas/mentales		
Índice de masa corporal		
Normal*	1,00	1,00
Sobrepeso/obeso	1,43	1,24-1,66
Estados de ánimo/emociones	0,92	0,91-0,93
Strenght and Difficulties Questionnaire		
Improbable/posible*	1,00	1,00
Probable	2,16	1,82-2,57
Apoyo social (Oslo scale)		
Deficitario*	1,54	1,35-1,75
Moderado/sólido	1,00	1,00
Países		
AT	1,68	1,29-2,02
CZ	0,92	0,72-1,17
FR	0,67	0,55-0,83
DE	0,97	0,84-1,09
EL	0,50	0,34-0,75
HU	0,40	0,30-0,55
NL	1,68	1,38-2,01
PL	1,13	0,99-1,29
ES	1,22	1,04-1,42
CH	1,40	1,00-1,65
UK	1,42	1,22-1,65

AU: Austria; CH: Suiza; CZ: República Checa; DE: Alemania; EL: Grecia; ES: España; FR: Francia; HU: Hungría; IC: intervalo de confianza; NL: Holanda; OR: odds ratio; PL: Polonia; UK: Reino Unido.

* En el caso de los países, como categoría de referencia se usó la media principal para todos los países.

otra publicación se presenta una descripción más detallada de los métodos y la representatividad del estudio Kidscreen³⁹. Por último, aunque la lista de variables examinadas en los modelos multivariados fue extensa, no fue exhaustiva, y no se incluyeron factores como el origen étnico⁴⁰ y la orientación sexual^{21,22}, a pesar de que se ha demostrado que se asocian con el acoso y deberían incluirse en los estudios futuros.

Uno de los puntos fuertes del presente estudio fue el uso de una escala para evaluar el acoso a partir de un instrumento validado apropiadamente con una fiabilidad demostrada⁴¹. Las diferencias transculturales en la forma en que se interpretan los términos clave entre países, el uso de diferentes términos, o los matices sutiles introducidos a través de la traducción también podrían dar lugar a diferencias en las tasas de prevalencia¹. Sin embargo, el hecho de que todas las escalas del cuestionario Kidscreen también se examinaran para la presencia de un funcionamiento diferencial de acuerdo con el sexo, edad y país y se identificara que eran comparables transculturalmente contribuye en gran medida a prevenir estas diferencias²⁵. La mayoría de escalas e ítems *ad hoc* usados para evaluar el acoso no se han sometido a este tipo de examen riguroso.

Igualmente, el uso de un punto de corte de 1 DE en la variable es una definición muy estricta de ser víctima de acoso pero garantizó un nivel elevado de sensibilidad. Es mayor que la DE de 0,8 a partir de la media, que, en general, se acepta como representativa de un amplio cambio en las variables referidas por el paciente^{42,43}.

Los resultados del presente estudio confirman los hallazgos de, al menos, un estudio previo internacional, a gran escala, que demostró una variabilidad interpaís sustancial en ser víctima de acoso. Due et al¹⁰ examinaron las tasas de acoso en niños/adolescentes de 11, 13 y 15 años de edad mediante un ítem individual con una escala de tipo Likert y cinco categorías de respuesta. El período de recuerdo fue el último trimestre, de modo que son evidentes algunas diferencias metodológicas entre ambos estudios. No obstante, una comparación país por país de los resultados revela que las tasas de prevalencia en ambos estudios son muy parecidas y las tasas de prevalencia global fueron similares (18,4% en el estudio de Due et al comparado con 20,6% en la presente investigación). Una excepción fue el Reino Unido, un país en el que se han efectuado intensos esfuerzos contra el acoso y que, en el presente estudio, obtuvo una tasa de prevalencia considerablemente mayor. No tenemos una explicación clara para esta diferencia, aunque la razón podrían ser algunos factores, incluida una mayor concienciación, que puede abarcar las “nuevas” formas, como el “ciberacoso”, y/o aspectos metodológicos relacionados con los métodos de muestreo usados en el presente estudio en el Reino Unido (una combinación de muestreo por teléfono y escolar). Estos resultados deben confirmarse en los estudios futuros.

En el presente estudio las diferencias encontradas entre países quizá pueden atribuirse de manera más fiable a los factores estructurales, como las diferencias en la política sanitaria, social y escolar y el entorno social, entre otros. Por ejemplo, en Suecia e Irlanda (no incluidos en el presente análisis), la proporción de niños que refirieron acoso fue del 11,8% y 26,1%, respectivamente. La baja tasa de prevalencia, en particular en Suecia, podría reflejar la eficaz campaña antiacoso emprendida en dicho país durante los últimos años.

Los factores asociados más potentemente con ser víctima de acoso fueron una edad más joven, tener probables problemas de salud mental y contar con un apoyo social deficitario. Los estudios previos han indicado que los individuos de menor edad son más vulnerables a ser intimidados. Por ejemplo, Nansel et al² describieron que, en las escuelas de Estados Unidos, alrededor de 50% de los niños de sexto grado eran víctimas de acoso comparado con alrededor del 30% de los de décimo grado. Las mayores prevalencias encontradas en dicho estudio podrían ser consecuencia del período de recuerdo más prolongado utilizado (un trimestre). En otro estudio se describió que los niños y adolescentes con problemas psicológicos y mentales experimentaron acoso hasta un mayor grado que sus compañeros “sanos”⁴⁴. Los estudios longitudinales previos también han revelado que la asociación entre tener problemas de salud mental y ser víctima de acoso puede ser bidireccional; en otras palabras, los problemas de salud mental y ser acosado podrían ser la causa o la consecuencia el uno del otro o ambos²⁰.

CONCLUSIONES

El presente estudio demostró una variación considerable del acoso entre países europeos. Los estudios futuros deben examinar los posibles factores asociados con esta variación, como los estructurales, la implementación de iniciativas para prevenir y contrarrestar el acoso y el en-

torno social en general. El presente estudio también revela un claro perfil de las probables víctimas del acoso y sugiere que la escala de acoso del cuestionario Kid-screen podría desempeñar un papel en la identificación de las posibles víctimas en grupos de alto riesgo.

AGRADECIMIENTOS

El Kidscreen project se financió con una beca de la Comisión Europea (QLG-CT-2000-00751) del programa EC 5th Framework-Programme "Quality of Life and Management of Living Resources". La presente investigación también recibió financiación parcial del Ministerio de Sanidad español (contrato N.º PI042405).

Los miembros del Kidscreen group son: *Alemania*: Ulrike Ravens-Sieberer (director-coordinador internacional), Michael Erhart, Jennifer Nickel, Bärbel-Maria Kurth, Angela Gosch, Ursula von Rüden; *Austria*: Wolfgang Duer, Kristina Fuerth; *España*: Luis Rajmil, Silvina Berra, Cristian Tebé, Michael Herdman, Jordi Alonso; *Francia*: Pascal Auquier, Marie-Claude Simeoni, Stephane Robitail; *Grecia*: Yannis Tountas, Christina Dimitrakakis; *Holanda*: Jeanet Bruil, Symone Detmar, Mariska Klein Velderman, Eric Verrips; *Hungría*: Agnes Czimbalmos, Anna Aszman; *Irlanda*: Jean Kilroe, Celia Keenaghan; *Polonia*: Joanna Mazur, Ewa Mierzejewska; *Reino Unido*: Mick Power, Clare Atherton, Katy Phillips; *República Checa*: Ladislav Czerny; *Suecia*: Curt Hagquist; *Suiza*: Thomas Abel, Corinna Bisegger, Bernhard Cloetta, Claudia Farley.

Filippos Analitis, MPH, presentó una versión previa de este artículo como tesina para la obtención de la titulación de Máster en la Universidad Pompeu Fabra (Barcelona, España).

BIBLIOGRAFÍA

- Smith PK, Morita Y, Junyer-Tas J, Olweus D, Catalana R, Slee P. The nature of school bullying: A cross national perspective. Londres, Reino Unido: Routledge; 1999.
- Nansel TR, Overpeck M, Pilla RS, Ruan WJ, Simons-Morton B, Scheidt P. Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA*. 2001;285(16):2094-100.
- Whitney I, Smith P. A survey of the nature and extent of bullying in junior/middle and secondary schools. *Educ Res*. 1993;35(1):3-25.
- Sharp S, Smith P. Tackling bullying in your school: A practical handbook for teachers. Londres, Reino Unido: Routledge; 1994.
- Olweus D. Bullying at school: What we know and what we can do. Cambridge, Massachusetts: Blackwell Scientific Publications; 1993.
- Glew G, Rivara F, Feudtner C. Bullying: children hurting children. *Pediatr Rev*. 2000;21(6):183-9.
- Baldry AC, Farrington DP. Brief report: types of bullying among Italian school children. *J Adolesc*. 1999;22(3):423-6.
- Wolke D, Woods S, Stanford K, Schulz H. Bullying and victimization of primary school children in England and Germany: prevalence and school factors. *Br J Psychol*. 2001;92(pt 4):673-96.
- Kumpulainen K, Rasanen E, Henttonen I. Children involved in bullying: psychological disturbance and the persistence of the involvement. *Child Abuse Negl*. 1999;23(12):1253-62.
- Due P, Holstein BE, Lynch J, et al. Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross sectional study in 28 countries. *Eur J Public Health*. 2005;15(2):128-32.
- Bond L, Wolfe S, Tollit M, Butler H, Patton G. A comparison of the Gatehouse Bullying Scale and the peer relations questionnaire for students in secondary school. *J Sch Health*. 2007; 77(2):75-9.
- Lahteenmaki PM, Huostila J, Hinkka S, Salmi TT. Childhood cancer patients at school. *Eur J Cancer*. 2002;41(2):225-32.
- Conti-Ramsden G, Botting N. Social difficulties and victimization in children with SL1 at 11 years of age. *J Speech Lang Hear Res*. 2004;47(1):145-61.
- Horwood J, Waylen A, Herrick D, Williams C, Wolke D. Common visual defects and peer victimization in children. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2005;46(4):1177-81.
- Storch EA, Lewin A, Silverstein JH, et al. Peer victimization and psychosocial adjustment in children with type 1 diabetes. *Clin Pediatr (Phila)*. 2004;43(5):467-71.
- Van Cleave J, Davis MM. Bullying and peer victimization among children with special health care needs. *Pediatrics*. 2006; 118(4). Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/118/4/e1212
- Juvonen J, Graham S, Schuster MA. Bullying among young adolescents: the strong, the weak, and the troubled. *Pediatrics*. 2003;112(6):1231-7.
- Olweus D. Aggression in the schools: Bullies and whipping boys. Washington, DC: Hemisphere Publishing; 1978.
- Van der Wal MF, De Wit CA, Hirasig RA. Psychosocial health among young victims and offenders of direct and indirect bullying. *Pediatrics*. 2003;111(6):1312-7.
- Fekkes M, Pijpers FI, Fredriks AM, Vogels T, Verloove-Vanhorick SP. Do bullied children get ill, or do ill children get bullied? A prospective cohort study on the relationship between bullying and health-related symptoms. *Pediatrics*. 2006;117(5):1568-74.
- Friedman MS, Koeske GF, Silvestre AJ, Korr WS, Sites EW. The impact of gender-role nonconforming behavior, bullying, and social support on suicidality among gay male youth. *J Adolesc Health*. 2006;38(5):621-3.
- Bontempo DE, D'Augelli AR. Effects of at-school victimization and sexual orientation on lesbian, gay, or bisexual youths' health risk behavior. *J Adolesc Health*. 2002;30(5):364-74.
- Dao TK, Kerbs JJ, Rollin SA, et al. The association between bullying dynamics and psychological distress. *J Adolesc Health*. 2006;39(2):277-82.
- Wilkins-Shurmer A, O'Callaghan MJ, Najman JM, Bor W, Williams GM, Anderson MJ. Association of bullying with adolescent health-related quality of life. *J Paediatr Child Health*. 2003;39(6):436-41.
- Solberg ME, Olweus D. Prevalence estimation of school bullying with the Olweus bully/victim questionnaire. *Aggress Behav*. 2003;29(3):239-68.
- Monks CP, Smith PK. Definitions of bullying: age differences in understanding of the term, and the role of experience. *Br J Dev Psychol*. 2006;24(4):801-21.
- Smith PK, Cowie H, Olafsson RF, Liefhoghe APD. Definitions of bullying: a comparison of terms used, and age and gender differences in a fourteen-country international comparison. *Child Dev*. 2002;73(4):1119-33.
- Kidscreen Group. Manual of the kidscreen questionnaires. Lengerich, Alemania: Pabst Science Publishers; 2005.
- Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000;25(24):3186-91.
- Detmar SB, Bruil J, Ravens-Sieberer U, Gosch A, Bisegger C. The use of focus groups in the development of the KID-SCREEN HRQL questionnaire. *Qual Life Res*. 2006;15(8):1345-53.
- Curie C, Samdal O, Boyce W, Smith R. Health behaviour in school-aged children: A WHO cross-national study (HBSC): Research protocol for the 2001/2002 survey. Edimburgo, Reino Unido: Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh; 2001.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. ISCED 1997 International Standard Classification of Education [consultado 17/12/2008]. Disponible en: www.unesco.org/education/information/nfsunesco/doc/iscd_1997.htm
- Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in 9 countries: results from the IQoLA Project. *International Quality of Life Assessment*. *J Clin Epidemiol*. 1998;51(11):1171-8.

Analitis F et al. Víctimas de acoso: factores asociados en niños y adolescentes de 8-18 años de edad en 11 países europeos

34. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*. 2000;320(7244):1240-3.
35. Goodman R. The strengths and difficulties questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997;38(5):581-6.
36. Bethell CD, Read D, Stein RE, Blumberg SJ, Wells N, Newacheck PW. Identifying children with special health care needs: development and evaluation of a short screening instrument. *Ambul Pediatr*. 2002;2(1):38-48.
37. Brevik JI, Dalgard O. The health profile inventory. Oslo, Noruega: University of Oslo; 1996.
38. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
39. Berra S, Ravens-Sieberer U, Erhart M, et al. Methods and representativeness of a European survey in children and adolescents: the Kidscreen study. *BMC Public Health*. 2007;7(147):182-95.
40. Peskin MF, Tortolero SR, Markham CM. Bullying and victimization among black and Hispanic adolescents. *Adolescence*. 2006;41(163):467-84.
41. Ravens-Sieberer U, Gosch A, Rajmil L, et al. The Kidscreen-52 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Value Health*. 2007;11(4):645-58.
42. Revicki DA, Cella D, Hays RD, Sloan JA, Lenderking WR, Aaronson NK. Responsiveness and minimal important differences for patient reported outcomes. *Health Qual Life Outcomes*. 2006;4:70-4.
43. Guyatt G, Schunemann H. How can quality of life researchers make their work more useful to health workers and their patients? *Qual Life Res*. 2007;16(7):1097-105.
44. Brunstein KA, Marrocco F, Kleinman M, Schonfeld IS, Gould MS. Bullying, depression, and suicidality in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(1):40-9.

APÉNDICE. Resumen de las variables independientes usadas en el estudio y fuente de información

Variables	Categorías	Fuente
Dimensión sociodemográfica y socioeconómica		
Edad (años)	8-11/12-15/16-18	N/A
Sexo	Hombre/mujer	N/A
FAS	Bajo/medio/alto	N/A
ISCED	Bajo/medio/alto	P
Dimensión de salud física y mental		
IMC	Normal, sobrepeso/obeso	N/A
SF-12 componente físico	Variable continua	P
SF-12 componente mental	Variable continua	P
Cuestionario de niños con necesidades especiales de asistencia sanitaria	Sí/no	P
Bienestar físico	Variable continua	N/A
Bienestar psicológico	Variable continua	N/A
Enfermedad crónica	Sí/no	N/A
SDQ	Baja/límite/evidente	N/A/P
Estados de ánimo y emociones	Variable continua	N/A
Dimensión de apoyo social		
Oslo Scale	Deficiente/alto	N/A

FAS: Family Affluence Scale; IMC: índice de masa corporal; ISCED: International Standard Classification of Education; N/A: niño/adolescente; P: padres; SDQ: Strength and Difficulties Questionnaire.