

Detección de víctimas de *bullying* en un centro de Atención Primaria

M. de Miguel Vicenti, L. Benito Ortiz, N. Reyes Fernández, M.I. Pedraz García, B. Martín Redondo y J. Olivares Ortiz

Centro de Salud San Fernando II. San Fernando de Henares. Madrid. España.

INTRODUCCIÓN. El término *bullying* hace referencia al acoso escolar. Los estudios publicados hasta ahora se han realizado en centros escolares. Artículos publicados demuestran que ser víctima de *bullying* tiene consecuencias en la salud, por lo que este trabajo analiza la detección de víctimas de acoso escolar en un centro de Atención Primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS. La población diana son los 1.256 adolescentes de 13 a 16 años pertenecientes a un centro de salud de la periferia de Madrid. Se hace un estudio descriptivo transversal de una muestra aleatorizada de 90 adolescentes, siendo los criterios de inclusión estar escolarizado y dar consentimiento escrito, y los criterios de exclusión no saber leer o escribir, no hablar castellano, padecer algún tipo de enfermedad mental o no disponer de teléfono de contacto. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, nacionalidad, núcleo de convivencia, repetidor, índice de masa corporal (IMC), patología previa, víctima de violencia escolar, criterios de ser víctima de acoso escolar, problema de autoestima, fumador, bebedor y consumo de drogas.

RESULTADOS. El 37,8% de la muestra alguna vez habían sido agredidos física, verbal o psicológicamente, encontrando relación con el IMC. El 3,3% cumplía criterios de ser víctima de acoso escolar.

El 12,2% eran fumadores, el 11,1% bebían alcohol y el 3,3% consumían drogas. Un 16,7% tenían problema de autoestima, siendo esto más frecuente en las mujeres.

CONCLUSIONES. El estudio demuestra que si preguntamos en la consulta por este problema, la detección de víctimas de *bullying* es similar a la de los centros escolares. Por lo tanto, el abordaje de este problema debe ser interdisciplinar, y en él se debe implicar el médico de familia.

Palabras clave: *bullying*, adolescencia, acoso escolar.

INTRODUCTION. “Bullying” refers to abuse at school. The studies published up to date have been conducted in schools. They show that there are consequences for the health of those bullied, so that this work analyzes the detection of school bullying victims in a primary health care center.

MATERIAL AND METHODS. The target population is 1256 teenagers aged between 13 to 16 years assigned to a Primary Care Center located in the Madrid suburbs. A cross-sectional, descriptive study was made using a random sample of 90 teenagers, the inclusion criteria being in school and having given written consent. The exclusion criteria were not knowing how to read or write, not being able to speak Spanish, suffering any kind of mental illness or those who could not be contacted via telephone. The variables gathered were: gender, age, nationality, living environment, whether they had repeated a year, body mass index (BMI), previous diseases, instances of being a victim of school violence or other forms of harassment, self-esteem problems, smoker, drinker and drugs use.

RESULTS. A total of 37.8% of the persons surveyed indicated that had experienced some form of physical, verbal or psychological abuse and a relationship was found with BMI. A total of 3.3% of the people met the criteria of bullying, 12.2% were smokers, 11.1% drank alcohol and 3.3% took drugs and 16.7% had self-esteem problems. This last point was more frequent among women.

CONCLUSIONS. Detection of bullying victim in this workplace is similar to those found in schools. Thus, the approach to this problem should be interdisciplinary and the family doctor should be involved.

Key words: *bullying*, adolescence, school harassment.

Correspondencia: M. de Miguel Vicenti.
Correo electrónico: mariadem78@hotmail.com.

Recibido el 11-06-07; aceptado para su publicación el 13-02-08.

INTRODUCCIÓN

El término *bullying* procede del inglés *bully* que literalmente significa matón o agresor, por tanto definiríamos *bullying* como una serie de conductas que tienen que ver con la intimidación, el aislamiento, la amenaza o los insultos sobre una víctima o víctimas señaladas¹. Aunque

tradicionalmente ha sido considerado como un problema social o educativo, también es un problema sanitario²; así se ha comprobado que las personas implicadas en *bullying* tienen más síntomas de tipo psiquiátrico y/o psicológico que quienes no lo han padecido. Además, las víctimas informan de mayores problemas de sueño, dolores de cabeza y estómago y tienen mayor riesgo de ideación suicida³⁻⁵.

El papel del médico de familia es importante, al ser una de las personas a las que la víctima va a reclamar ayuda a través de procesos relacionados con el acoso.

Los estudios realizados sobre este tema se han realizado en centros escolares; sin embargo, no existen estudios realizados en centros sanitarios. Con el objetivo de analizar la detección de víctimas de acoso escolar en Atención Primaria se crea una consulta monográfica del adolescente, ya que es a esta edad cuando se observan este tipo de conductas con más frecuencia⁶.

La adolescencia es una etapa de la vida en la que generalmente se goza de buena salud, pero las características propias de esta edad hacen que los adolescentes sean muy vulnerables y puedan comenzar a tener conductas de riesgo para su salud como el consumo de sustancias adictivas o las relaciones sexuales precoces y sin protección⁷. Por esta razón, se aprovecha también para abordar problemáticas específicas de esta edad y ver la utilidad de las consultas monográficas del adolescente⁸.

El objetivo de este estudio es analizar la detección de víctimas de acoso escolar en un centro de Atención Primaria, calculando la prevalencia que el *bullying* alcanza entre los mismos. Además, se aprovecha para analizar la problemática de los adolescentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio descriptivo transversal mediante una entrevista dirigida en una consulta monográfica diseñada para realizar el estudio. La entrevista se realizaba en una consulta que físicamente se encontraba en un piso distinto del resto de las consultas. Todas las entrevistas fueron realizadas por el mismo médico evaluador, siguiendo un guión escrito diseñado previamente y durante un período de tiempo de 3 meses. El adolescente siempre fue entrevistado en solitario, sin la presencia de otros adultos. El contacto con el adolescente se estableció mediante una llamada telefónica al domicilio, obteniendo el consentimiento verbal de los padres o responsable legal para concertar la cita.

La población diana del estudio consistía en 1.256 adolescentes de 13 a 16 años de un centro de salud de la periferia de Madrid. Los criterios de inclusión eran haber nacido entre el 3 de mayo de 1989 y el 1 de febrero de 1993 (ambos inclusive), pertenecer al centro de salud San Fernando II, estar escolarizado desde hacía más de un año en España y dar consentimiento escrito. Los criterios de exclusión, por su parte, consistían en no saber leer o escribir, no hablar castellano, no dar consentimiento escrito, padecer algún tipo de enfermedad mental que impidiera responder al cuestionario correctamente o no disponer del teléfono de contacto en la base de datos del centro.

Tabla 1. Resultados de la aplicación de los “criterios para ser víctima de *bullying* entre los compañeros de escuela” en la población adolescente del estudio

	Sí	No
¿Sientes que tus compañeros te persiguen?	5	85
¿Te sientes aislado del resto del grupo?	4	86
¿Sientes que cuando te agreden es cada vez más fuerte?	3	87
¿Crees que la persona o personas que te hacen alguna de las cosas de la lista son superiores a tí?	1	89
¿La mayoría de las veces que te pasa algo de la lista ocurre estando tu solo?	4	86

Definimos víctima de *bullying* como aquel que contesta “sí” al menos a 3 de los 5 criterios utilizados, considerándose agresión (tercera pregunta del cuestionario) cualquiera de sus formas: física, psicológica y verbal.

Se realiza un estudio piloto previo para calcular las pérdidas que el diseño del estudio y la captación telefónica originan.

Se incluyen un total de 155 adolescentes, para una proporción esperada de casos de acoso escolar del 2,5%⁴, unas pérdidas del 35%, un nivel de confianza del 95% y una precisión de 2. Hubo un total de 65 pérdidas de las cuales el 73,8% (48 adolescentes) lo fueron por el hecho de no querer participar en el estudio y el resto (17) porque no se logró contactar con ellos (bien porque el teléfono era incorrecto o porque no lo cogió nadie en la casa a las distintas horas en que se llamó). Se obtiene una muestra final de 90 pacientes, alcanzando una precisión de 3,1 para un nivel de confianza del 95%. Comparando las variables sociodemográficas principales no había diferencias en cuanto a edad y sexo con los individuos que al final se incluyen en el estudio.

En la consulta se trataban varios temas de interés para el adolescente, basándose en el Programa de Atención al niño sano del Área 2 de Atención Primaria de Madrid.

La entrevista recogía datos del paciente como sexo, edad, ser repetidor o no, índice de masa corporal (IMC), uso de gafas, existencia de patología endocrina previa, nacionalidad y núcleo de convivencia.

En el momento de abordar las relaciones escolares, se aprovechaba para hacer la detección de víctimas de *bullying*. Aunque ya se había solicitado autorización verbal a los representantes legales, se solicitaba consentimiento escrito a los menores y, una vez firmado, el médico que pasaba la consulta llenaba el cuestionario con la respuesta de los adolescentes.

La variable principal del estudio es: *ser o no ser víctima de acoso escolar (bullying)*. Los criterios diagnósticos que se utilizan en este estudio (tabla 1) se especifican en el informe “Violencia entre compañeros en la escuela”⁴. También se recogió información sobre el consumo de tóxicos y sobre problemas de autoestima.

Se analizaron las características de la muestra con el programa SPSS 12.0 para Windows, realizando un análisis descriptivo de las características de la población. Se valoró la asociación entre variables cualitativas con las pruebas de

Tabla 2. Características de la población adolescente del estudio

	Total	% del total
Sexo		
Hombre	47	52,2%
Mujer	43	47,8%
Edad		
13	27	30%
14	31	34,4%
15	24	26,7%
16	8	8,9%
Nacionalidad		
Española	83	92,2%
Rumana	4	4,4%
Latinoamericana	2	2,2%
Núcleo familiar		
Padres	77	85,6%
Monoparental	11	12,2%
Abuelos	1	1,1%
Repetidor		
Sí	38	42,2%
No	52	57,8%
Gafas		
Sí	28	20%
No	72	80%

ji cuadrado y "t" de Student y pruebas no paramétricas para variables cuantitativas.

RESULTADOS

De los 155 adolescentes que se aleatorizaron de la población total, hubo un total de 65 pérdidas, de las cuales el 73,8% (48 adolescentes) fueron debidas a que no quisieron participar en el estudio y el resto (17) porque no se logró contactar con ellos, bien porque el teléfono era incorrecto o porque no lo cogió nadie en la casa a las distintas horas en que se llamó. Comparando las variables sociodemográficas principales no había diferencias en cuanto a edad y sexo entre los individuos que al final se incluyen en el estudio y el grupo de pérdidas.

Características de la población

Las características se describen en la tabla 2. De los 90 adolescentes atendidos el 52,2% fueron varones y el 47,8% mujeres, con una edad media de 14,14 años. La media del IMC de la población fue de 21,31 kg/m², con

una desviación típica de 3,28. Los valores mínimo y máximo fueron 16,02 y 35,52, respectivamente. La media de IMC en hombres fue de 21,47, mientras que en las mujeres fue de 21,13 kg/m².

Cabe destacar que el 42,2% de los adolescentes de la muestra habían repetido curso en alguna ocasión. El 39,5% de los repetidores eran mujeres y el 60,5%, hombres.

Violencia escolar

De los 90 adolescentes vistos en consulta, 3 cumplían criterios de ser víctima de *bullying*. Esto supone un 3,3% de la población, con un intervalo de confianza (IC) del 95%: 0,693-9,434 (tabla 1), 2 mujeres de 13 y 15 años y un varón de 13 años. Los 3 pacientes habían repetido algún curso; 2 de los 3 llevaban gafas habitualmente y ninguno tenía patología crónica previa ni obesidad. Todos los casos eran de nacionalidad española, vivían con sus padres y tenían un IMC normal. En cuanto a los criterios usados, todos se sentían perseguidos y aislados, y el 66,7% consideraban a los agresores más fuertes y superiores, sufriendo más agresiones cuando estaban solos.

Es importante destacar que el 37,8% (IC 95% 27,20-48,35) (n = 34), de los adolescentes consultados alguna vez habían sido agredidos física, verbal o psicológicamente en el centro escolar. De los adolescentes que alguna vez habían sufrido alguna agresión, el 47,1% eran hombres (IC 95%: 28,81-65,30) (n = 16) y el 52,9% eran mujeres (IC 95%: 34,69-71,18) (n = 18). Por edades, de los que alguna vez habían sufrido algún tipo de agresión, el 32,4% tenían 13 años (IC: 95% 15,15-49,54) (n = 11), el 35,3% 14 años (IC 95%: 17,76-52,82) (n = 12), el 20,6% 15 años (IC 95%: 5,52-35,65) (n = 7) y el 11,8% 16 años (IC 95%: 3,3-27,45) (n = 4). La media de IMC en los agredidos fue de 22,28 kg/m² y en los no agredidos de 20,72 kg/m², con una p de 0,028.

Detección de problemas

El 34,4% de los adolescentes entrevistados tenían algún problema de salud, considerando problema: fumar, beber, consumir drogas (tabla 3), tener un problema de autoestima o ser víctima de *bullying*. De la población con algún problema, el 61,3% eran mujeres y el 38,7% hombres. La distribución por edades de los adolescentes con algún problema fue la siguiente: 32,3% de 13 años; 19,4% de 14 años; 32,3% de 15 años y 16,1% de 16 años.

Tabla 3. Consumo de tóxicos en la población adolescente del estudio

Hábito	Porcentaje de la población total	Distribución por sexo	Distribución por edades
Fumar	12,2%	Mujeres 54,5% Hombres 45,5%	15 años 81,8% 16 años 18,2%
Beber	11,1%	Mujeres 40% Hombres 60%	14 años 10% 15 años 50% 16 años 40%
Consumo de drogas*	3,3%	Mujeres 66,7% Hombres 33,3%	15 años 66,7% 16 años 33,3%

*El 100% de los consumidores referían consumo de cannabis fumado.

Para conocer si había algún problema de autoestima se preguntaba: "¿cómo te ves a ti mismo?" De los 17 que respondieron "mal", el 80% eran mujeres. Esta relación es estadísticamente significativa, con una *odds ratio* (OR) de 5,6, un intervalo de confianza del 95% de 1,47-21,81 y una *p* de 0,006. El resto de las variables estudiadas no presentan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad y sexo.

DISCUSIÓN

Una de las limitaciones de nuestro estudio es el tamaño de la muestra, que se ha visto determinado por el elevado número de pérdidas provocadas. Éstas se deben a las dificultades para obtener la muestra, ya que los adolescentes tenían que venir al centro de salud durante media hora para una actividad de la que no obtenían ningún beneficio, y a que parte del estudio se hizo en época de exámenes. De todas maneras, hay que tener en cuenta que no hay diferencias entre las pérdidas y la muestra seleccionada, por lo que se puede considerar que es representativa de la población. También hay que reseñar como una limitación del estudio el que no se solicitó la aprobación de ningún comité de ética.

Los estudios publicados hasta ahora dan una prevalencia de *bullying* en nuestro país muy variable. Estas diferencias se deben a que no hay una definición única de caso de víctima de *bullying*, y a que los intervalos de edad en los que se han realizado los estudios son diferentes. Los criterios diagnósticos utilizados no están todavía validados. Se han publicado varios cuestionarios para el diagnóstico de las víctimas de acoso escolar^{9,10}, ninguno de ellos validado clínicamente, pero la razón para usar los del estudio del Centro Reina Sofía ha sido que es el más sencillo de realizar entre los adolescentes, ya que son sólo 5 preguntas con dos únicas opciones de respuesta. Además, la definición de caso es objetiva, y no basada en la percepción del investigador. Uno de los problemas que hemos encontrado en los estudios publicados es que la definición de caso se basa en criterios subjetivos del investigador, el cual califica al sujeto como acosado o no, sin tener una clara definición de caso. El porcentaje de casos obtenido en nuestro estudio es similar al del estudio realizado en el mismo intervalo de edad y con los mismos criterios diagnósticos⁶, por lo que podemos concluir que si el médico de Atención Primaria pregunta sobre este tema en la consulta, el número de casos que se detectan es similar al encontrado en los centros escolares, que es el ámbito natural de este problema. No hay que olvidar, sin embargo, las condiciones ideales en las que se realiza la consulta (30 minutos de duración, el menor sin los padres, una sala que no es la consulta médica, etc.), ya que esto favorece la detección de casos.

Dado que en estudios previos se vio una relación entre ser víctima de *bullying* y ser obeso, llevar gafas o padecer alguna patología previa¹¹⁻¹⁴, se recogieron estas variables, pero no se pueden sacar conclusiones, ya que sólo se encontraron 3 casos de acoso.

En cuanto a la violencia escolar, llama la atención el alto porcentaje de adolescentes que alguna vez han sido agre-
ditados.

La única variable que se ha visto relacionada con este problema en el estudio de manera estadísticamente significativa ha sido el IMC, aunque la trascendencia clínica es escasa, ya que ambos grupos tienen un peso normal.

El hecho de que los problemas de autoestima se presentan mucho más en las mujeres, aunque la pregunta utilizada no esté validada, y que este problema se viera principalmente asociado al peso y a la imagen corporal nos hace pensar en la importancia que tiene para las adolescentes la imagen física, cuestión en la que habría que profundizar en estudios posteriores.

La trascendencia de este estudio radica en que se puede comprobar que los adolescentes que padecen acoso escolar, si se les pregunta, se puede detectar en consulta y, dado que hay estudios que relacionan este problema con patologías posteriores, los médicos de familia deben estar alerta, principalmente en adolescentes de riesgo como son los pacientes obesos. La labor del médico de familia es realizar el diagnóstico precoz de los casos de acoso escolar, ya que el abordaje debe ser interdisciplinar, implicándose los padres, los profesores, los trabajadores sociales y los psicólogos. Una dificultad encontrada en el estudio fue ver qué se hacía con los casos detectados, ya que actualmente en España no hay protocolos de abordaje del *bullying*. La decisión que se tomó fue derivar a estos tres adolescentes a servicios sociales, donde nos informaron de que se hablaría con los institutos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Olweus D. Stability of aggressive reaction patterns in males: A review. *Psychological Bulletin*. 1976;86:852-75.
2. Rodríguez Piedra R, Seoane Lago A, Pedreira Massa JL. Niños contra niños: el *bullying* como trastorno emergente. *An Pediatr (Barc)*. 2006;64:162-6.
3. Orte Socias C. Bullying: la necesidad del abordaje multidisciplinario. *FMC*. 2005;12:130-8.
4. Olweus D. Bully/victim problems among school children: long-term consequences and an effective intervention program. En: Hodgins S, editor. *Mental disorder and crime*. 1993. p. 317-49.
5. Brunestein Klomek A, Marrocco F, Kleinman M, Schonfeld IS, Gould MS. Bullying, depression, and suicidality in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46:40-9.
6. Serrano A, Iborra I. *Violencia entre compañeros en la escuela*. Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia. 2005.
7. Castellano Barca G. *Medicina de la adolescencia. Atención integral*. 1^a ed. Madrid: Ergon; 2004.
8. Hidalgo Vicario MI, González Rodríguez MP, Montón Álvarez JL. *Atención a la adolescencia*. *FMC*. 2006;13:12-5.
9. Cerezo F. *Violencia y victimización entre escolares. El *bullying*: estrategias de identificación y elementos para la intervención a través del test Bull-S*. Revista electrónica de Investigación Psicoeducativa. 2006;4:333-52.
10. Oñate Cantero A, Piñuel y Zabala I. *Estudio Cisneros X. Violencia y acoso escolar en España*. Sept 2006.
11. Janssen I, Craig WM, Boyce WF, Pickett W. Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children. *Pediatrics*. 2004;113:1187-94.
12. Storch EA, Lewin A, Silverstein JH, Heidgerken AD, Strawser MS, Baumeister A, et al. Peer victimization and psychosocial adjustment in children with type 1 diabetes. *Clinical Pediatrics*. 2004. p. 467-71.
13. Horwood J, Waylen A, Herrick D, Williams C, Wolke D. Common visual defects and peer victimization in children. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2005;46:1177-81.
14. Van Cleave J. Bullying and peer victimization among children with special health care needs. *Pediatrics*. 2006;118:1212-9.