



Reporte de caso

Ciberacoso y comportamiento suicida. ¿Cuál es la conexión? A propósito de un caso

Juliana Escobar Echavarría, Laura Elisa Montoya González*,
Diana Restrepo Bernal y David Mejía Rodríguez

Universidad CES, Medellín, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 30 de marzo de 2016

Aceptado el 1 de agosto de 2016

On-line el 5 de octubre de 2016

Palabras clave:

Acoso escolar

Red social

Suicidio

Depresión

R E S U M E N

Introducción: La victimización a través de las redes sociales se ha asociado con problemas de salud mental como depresión y comportamiento suicida.

Objetivo: Presentar el caso clínico de una adolescente víctima de *cyberbullying* con síntomas depresivos y comportamiento suicida.

Metodología: Reporte de caso y revisión no sistemática de la literatura relevante.

Resultados: Se presenta un reporte de caso, tratado en un hospital de Medellín debido a dos intentos de suicidio relacionados con las redes sociales.

Discusión: En la actualidad, existen múltiples recursos de los medios sociales. El advenimiento de Internet y teléfonos inteligentes no es solo una estrategia para mejorar las interacciones sociales, sino que también contribuye a deteriorar la salud mental de algunas personas jóvenes vulnerables.

Conclusión: Este caso nos sensibiliza sobre la relación entre el crecimiento de redes sociales y el acoso cibernético. No podemos establecer la causalidad, pero podríamos deducir que algunos contenidos en la web podrían propiciar un mayor riesgo de enfermedad mental para los jóvenes que están expuestos y vulnerables.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cyberbullying and Suicidal Behavior: What is the Connection? About a Case

A B S T R A C T

Introduction: Social networks have increased in recent decades, and with them the bullying, causing difficulties in young people's mental health expressed through depressive symptoms, suicidal ideation and suicide attempts. Up next, we present a case that exemplifies this situation.

Objective: To describe a case report that exemplifies this new outlook in young people and how it affects their mental health.

Methodology: Case report and non-systematic literature review.

Keywords:

Cyberbullying

Social media

Suicide attempt

Mental disorders

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lauraelisamontoya@gmail.com (L.E. Montoya González).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.08.004>

0034-7450/© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Results: One case report, treated at a hospital in Medellín due to two suicide attempts related to social networks is presented.

Discussion: Currently, there are multiple social media resources, the advent of internet and smartphones is not only a strategy for improving social interactions, but it also contributes to impair mental health of some vulnerable young people.

Conclusion: This case sensitized us, about the relationship between the growing social networking and cyberbullying as well as suicidal thoughts / attempts; thanks to this case and the available literature, we can't establish causality but we could deduce that the internet utter a increased risk for young people who are exposed and more vulnerable.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El suicidio es un problema de salud pública y una de las principales causas de muerte de jóvenes en todo el mundo¹, más de 1 millón de personas mueren por suicidio cada año, por cada suicidio ocurren entre 10 y 40 intentos, y este antecedente es el principal factor que predice un suicidio consumado².

Según el informe *Salud en las Américas* de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los suicidios tienen un peso importante en la mortalidad por lesiones de causa externa y aparecen como una de las primeras causas de muerte de adolescentes y adultos jóvenes. En la región Andina, el suicidio es más frecuente en la población joven y es una de las primeras 3 causas externas de mortalidad en el grupo de 5-19 años³. En Colombia, la prevalencia de intento de suicidio en el último año es del 1,3% y en Medellín, el 0,8%^{4,5}.

El *bullying* o matoneo fue descrito por primera vez por Dan Olweus y Erling Roland en 1983, a partir de los primeros informes relacionados con violencia escolar que comenzaron a estudiar en Noruega a principios de la década de los setenta. A finales de los ochenta y principios de los noventa, este fenómeno atrajo la atención pública y la investigación en otros países como Japón, Reino Unido, Países Bajos, Canadá, Estados Unidos y Australia⁶. Se ha estimado que un 20-35% de los adolescentes en etapa escolar lo sufren y les afecta en el desempeño académico y social y el bienestar psicológico⁷.

El *bullying* se define como un comportamiento agresivo, intencional y repetido que involucra una relación de abuso⁸. Es un problema mundial de grandes dimensiones y, a pesar de los esfuerzos realizados por los colegios y los padres para prevenirlo, continúa presente y con alta prevalencia⁹.

El *bullying* se puede clasificar según el tipo de intimidación: física, verbal, social e indirecta (rumores)¹⁰. La intimidación directa se observa más frecuentemente en varones y la indirecta, en mujeres^{10,11}. Ser víctima de *bullying* se ha asociado con múltiples desenlaces negativos para la salud física y mental¹² y experiencias repetidas de *bullying* están directa o indirectamente conectadas con síntomas depresivos y comportamiento suicida¹³⁻¹⁵.

El *cyberbullying* o ciberacoso hace referencia a los típicos comportamientos de intimidación, como abuso verbal, burlas, insultos y amenazas, presentados a través de medios electrónicos como el correo electrónico, los teléfonos celulares, los mensajes de texto y los sitios de internet donde se ridiculiza,

se insulta o se excluye socialmente a alguien⁹. El objetivo del *cyberbullying* es causar a la víctima daño, humillación, miedo y desesperación. Para que se califique como *bullying*, estos comportamientos deben ocurrir repetida y sistemáticamente contra alguien que es incapaz de defenderse¹⁶. El victimario en el *cyberbullying* evita el contacto cara a cara y logra mayor intimidación porque ocurre a cualquier hora y en cualquier sitio, a diferencia del *bullying* tradicional que solo ocurre en el contexto escolar¹⁷.

A continuación se revisa el caso de una adolescente en quien el *cyberbullying* actuó como un factor precipitante de 2 intentos de suicidio.

Métodos

Reporte de caso y revisión no sistemática de la literatura relevante. El caso clínico fue atendido por psiquiatras en un servicio de urgencias de un hospital público de Medellín (Colombia). Se obtuvo el asentimiento de la paciente y el consentimiento informado de sus padres para el uso de la información clínica con fines académicos y de publicación científica. Se tuvo en cuenta los lineamientos establecidos en el reporte Belmont¹⁸ y la declaración de Helsinki¹⁹. La búsqueda de la información se realizó en PubMed, MEDLINE y Google Scholar. Se seleccionaron estudios metanalíticos, de cohortes, revisiones sistemáticas y reporte de casos. Se incluyeron artículos en inglés y en español publicados en los últimos 20 años. Los criterios de búsqueda fueron: "cyberbullying"; "bullying"; "depressive symptoms" y "suicide attempted".

Presentación del caso

Una adolescente de 14 años, sin antecedentes médicos ni psiquiátricos previos, ingresó al servicio de urgencias 7 h después de ingerir 5 tabletas de mebendazol (antiparasitario) y 5 tabletas de gemfibrozilo (hipolímefante) e infligirse laceraciones superficiales en las muñecas y los muslos con intención suicida.

Las lesiones en la piel no requirieron sutura y la paciente no presentó signos o síntomas de síndrome tóxico por la ingesta de medicamentos. Los signos vitales y el examen físico fueron normales. Se le realizó una entrevista psiquiátrica no

estructurada a solas. Se verificó la información personal y se le preguntó por la motivación del intento suicida. La joven describió tristeza, preocupación y deseos de morir relacionados con los problemas que tenía con un hombre de 31 años, que había conocido personalmente meses atrás y a quien le dio su contacto en WhatsApp, Facebook e Instagram. La paciente decía que, a medida que pasaba el tiempo, las conversaciones entre ellos eran de temas más personales e íntimos y ella, por solicitud de él, comenzó a enviarle fotografías personales. Él le insistía en que le enviara fotografías en las que apareciera con poca ropa, por lo cual la paciente le envió fotos en ropa interior; él insistió en fotos «más reveladoras»; la paciente se negó, dejó de responder a los mensajes de WhatsApp y él comenzó a amenazarla con publicar las fotografías en las redes sociales y decir cosas que podrían comprometer su reputación familiar, escolar y social. La paciente, atemorizada y avergonzada, decidió no acceder a estas exigencias, y las fotografías de ella en ropa interior aparecieron publicadas en Facebook.

A partir de la publicación de las fotografías en las redes sociales, la paciente se volvió objeto de *bullying* en el colegio y de ciberacoso de personas conocidas y desconocidas que la atacaban verbalmente a través de la red. El acosador persistía con las amenazas, y los síntomas depresivos y ansiosos aumentaron de intensidad, con la aparición de ideas suicidas que se estructuraron en los siguientes días y dieron como resultado el primer intento de suicidio, que según la paciente le permitiría morir y liberarse del acoso, la vergüenza y la humillación que estaba soportando.

Psiquiatría realizó intervención en crisis. La familia se movilizó positivamente para ayudar a la paciente. El deseo suicida desapareció y la paciente recibió el alta con cita por consulta externa de psiquiatría. Cinco semanas después, la paciente regresó por el servicio de urgencias, traída por sus familiares que, al ver que la paciente intentaba lanzarse de altura, la contuvieron y buscaron ayuda médica. Durante este tiempo no había tenido seguimiento por psiquiatría porque la entidad de salud de la paciente no había autorizado la cita.

La paciente dijo, en esa segunda entrevista por psiquiatría, que seguía triste y ansiosa y no quería ir al colegio ni salir de su casa por temor a encontrarse con personas que pudieran conocerla y hubieran visto las fotografías y los mensajes que sobre ella aparecían en las redes sociales. Refirió que en el colegio era objeto permanente de burlas, críticas y apodos. Todo esto la hacía sentir mal, avergonzada. Creía que nadie la apoyaba, que no podía contar con nadie, y que esto no tendría fin, por lo cual estaba considerando acabar con su vida y terminar el sufrimiento que sentía. La familia conocía lo que estaba ocurriendo, apoyaba a la paciente y estaba dispuesta a entablar acciones legales en contra del acosador. La paciente percibió el apoyo incondicional de su familia y la ideación suicida disminuyó hasta desaparecer. Se acordó seguimiento por psiquiatría a través de consulta externa y no se inició tratamiento farmacológico. No fue posible realizar un seguimiento longitudinal del caso, en vista de que el centro asistencial no cuenta con servicio de consulta externa para psiquiatría; así, se derivó a la paciente a otra institución para que continuara con sus atenciones y no fue posible conocer su evolución posterior.

Análisis del caso y revisión de la literatura

Las redes sociales en internet son aplicaciones *web* que facilitan el contacto entre personas, que comparten información entre sí²⁰. Actualmente hay un número significativo de estas redes que modifican la forma de interacción entre los seres humanos, mientras globalizan las costumbres²¹. Los adolescentes usan las redes sociales por diversas razones, entre ellas iniciar y mantener relaciones interpersonales, entretenerse, encontrar información y regular sus propias emociones²². Existen varios tipos de redes sociales: Facebook, MySpace, Instagram, LinkedIn, Xing, Viadeo, Flickr, Pinterest, YouTube, Twitter y WhatsApp, entre otras. Algunas de ellas tan populares entre los adolescentes que se han vuelto parte integral de sus vidas^{23,24}.

Con el desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), han emergido en el mundo nuevas formas de agresión entre pares¹⁷; al matoneo tradicional, se suma entonces una nueva forma de acoso escolar: el «ciberacoso»²⁵. Los estudios indican que entre el 20 y el 40% de los adolescentes tendrá por lo menos un episodio de acoso cibernético durante su adolescencia^{26,27}, y el 59,7% de quienes reportan matoneo en el colegio también sufren ciberacoso.

El caso reportado muestra cómo una paciente adolescente sin antecedentes psiquiátricos y sin factores de riesgo de comportamiento suicida es víctima de ciberacoso, lo que da como resultado la aparición de síntomas depresivos y facilita la estructuración de la ideación suicida que conduce a un primer intento suicida y, al no cesar el ciberacoso, un segundo intento.

Estudios recientes han mostrado que el ciberacoso tiene una asociación más fuerte con ideación suicida que el matoneo tradicional²⁸. Los factores de riesgo varían entre los estudios, pero en la mayoría de ellos se mencionan como factores de riesgo principales: a) experiencias anteriores o actuales de *bullying* tradicional; b) 3 h diarias o más de uso de internet; c) el uso de mensajería instantánea; d) dificultades relacionales; e) trastorno por déficit de atención e hiperactividad; f) trastorno de conducta; g) bajo rendimiento académico, y h) publicación de información personal utilizando una cámara *web*²⁹. De estos factores de riesgo, en la paciente se cumplían 3: horas de uso de internet, mensajería instantánea y problemas interpersonales con compañeras de colegio.

Se observa que en la evolución del presente caso no se iniciaron psicofármacos y se insistió en psicoterapia teniendo en cuenta la naturaleza reactiva de los síntomas de la paciente ante las situaciones de acoso que estaba viviendo; se debe mencionar al respecto que, a pesar de la duración relativamente larga de los síntomas, era clara la fuente y la mejoría inmediata al encontrar el apoyo familiar y clínico; además, el criterio de temporalidad se ve limitado por la exposición permanente al estresor, pues la paciente seguía siendo víctima del acoso.

En cuanto a este tema, los datos de la Encuesta de Seguridad Juvenil de internet 1999-2000 indicaron que los síntomas depresivos se relacionan significativamente con la experiencia de acoso en línea, y el 13,4% de las víctimas de *cyberbullying* reportaron haber sufrido uno o más síntomas de depresión mayor, entre ellos deterioro funcional en al menos un área (escuela o trabajo, higiene personal o autoeficacia), sin llegar a

configurar trastorno depresivo mayor²⁵. Price et al. estudiaron el impacto del ciberacoso en la juventud de hoy, y encontraron que las áreas de impacto más comunes eran la confianza (78%), la autoestima (70%) y las amistades (42%). Muchos de los encuestados también informaron de impacto emocional³⁰.

A pesar de que el trastorno de adaptación³¹ se considera un diagnóstico menor y su validez es objeto de controversia, dos puntos hacen que sea importante: su alta prevalencia en la consulta y su vinculación con el suicidio. Utilizando la metodología de la autopsia psicológica, se han encontrado altas tasas de este diagnóstico y la literatura muestra que los eventos estresantes están vinculados con el aumento de los comportamientos y pensamientos suicidas en jóvenes³².

Por su parte el ciberacoso en adolescentes, se ha asociado en varios estudios con síntomas depresivos (11,3%), estrés post-traumático (23,2%) e ideación suicida (11,3%)³³; también se ha asociado con el uso de sustancias^{34,35}. Algunos estudios han reportado que el ciberacoso se comporta como una variable «predictora» de intentos suicidas^{34,35}. Los vínculos entre el acoso tradicional y las autolesiones, los pensamientos suicidas, los intentos de suicidio y los suicidios consumados están bien establecidos²⁵, por lo que la asociación emergente entre ideación suicida y el acoso cibernético no es sorprendente³⁶. Las víctimas de *bullying* a la edad de 15 años tuvieron más intentos de suicidio (5,4–6,8%) que los que no habían sido victimizados (1,6–1,9%), de tal forma que ser victimizado a los 13 años genera un riesgo de intento suicida a los 15 años 3,05 veces mayor (*odds ratio* = 3,05; intervalo de confianza del 95%, 1,36–6,82) tras ajustar por múltiples variables confusoras como nivel socioeconómico, nivel de inteligencia, funcionamiento familiar e historia materna de suicidio³⁷.

Los adolescentes sometidos a matoneo emplean diversas estrategias de afrontamiento, como la distracción (35,4%) —navegar la *web*, mirar televisión, escuchar música (35,4%)—, el aislamiento (33,1%), salir con los amigos (27,8%) y hacer ejercicio o practicar deportes (27,3%)³⁸. Algunas de estas estrategias pueden ser maladaptativas, como las empleadas por nuestra paciente, que se aisló familiar y socialmente, lo cual favoreció la aparición de síntomas depresivos e ideación suicida al ver que no lograba solucionar su problema. Llama la atención en este caso la aparente resolución de los síntomas cuando la paciente logró hablar de lo que le ocurría y su reaparición cuando el ciberacoso reapareció 1 mes después; esto plantea la necesidad de dar seguimiento estrecho a estos pacientes y contar con un manejo interdisciplinario que incluya asesoría legal. En un estudio realizado en Cali, que incluyó a 2.542 estudiantes de sexto a octavo grado y edades entre 12 y 13 años, el 24,7% reportó haber sufrido matoneo³⁹.

Conclusiones

Este caso ejemplifica los nuevos retos terapéuticos que enfrenta el psiquiatra con el advenimiento de nuevas tecnologías. La literatura indica que la correcta aproximación diagnóstica y terapéutica influye positivamente en el pronóstico de los pacientes que sufren estas nuevas expresiones de violencia.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Agradecimientos

Al Hospital General de Medellín, por facilitar la información del caso. A los pacientes anónimos que nos permiten aprender tanto de ellos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pfeffer C. Suicidal behavior in children and adolescents: causes and management. En: *Child and adolescent psychiatry: a comprehensive text book*. 4.ª ed. Philadelphia: Lippincott & Wilkins; 2007. p. 527–38.
2. Stenbacka M, Jokinen J. Violent and non-violent methods of attempted and completed suicide in Swedish young men: the role of early risk factors. *BMC Psychiatry*. 2015;15:196.
3. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Un imperativo global. Resumen ejecutivo. [Internet]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicidprevention/summary_spanish.pdf?ua=1
4. Posada Villa J. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia, 2003. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Fundación FES Social; 2003.
5. Torres de Galvis Y. Primer Estudio Poblacional de Salud mental Medellín, 2011-2012. Medellín: Alcaldía de Medellín, Universidad CES; 2012.
6. Castillo-Pulido L. El acoso escolar. De las causas, origen y manifestaciones a la pregunta por el sentido que le otorgan los actores. *Rev Int Invest Edu*. 2011;4:415–28.
7. Wang J, Iannotti R, Nansel T. School bullying among adolescents in the United States: Physical, verbal, relational, and cyber. *J Adolesc Health*. 2009;45:368–75.
8. Schneider S, O'Donnell L, Stueve A, Coulter W. Cyberbullying school bullying, and psychosocial distress: a regional census of high school students. *Am J Public Health*. 2012;102:171–7.
9. Hinduja S, Patchin J. *Bullying beyond the schoolyard: preventing and responding to cyberbullying*. New York: Sage Publications; 2008.
10. Rivers I, Smith P. Types of bullying and their correlates. *Aggress Behav*. 2006;20:359–68.
11. Van der Wal M, De Wit C, Hirasings R. Psychosocial health among young victims offenders of direct and indirect bullying. *Pediatrics*. 2003;111:1312–7.
12. Rigby K. Effects of peer victimization in schools and perceived social support on adolescent well-being. *J Adolesc*. 2000;23:57–68.

13. Rigby K. What children tell us about bullying in schools. *Child Aust.* 1997;22:8.
14. Yen C, Liu T, Yang P, Hu H. Risk and protective factors of suicidal ideation and attempt among adolescents with different types of school bullying involvement. *Arch Suicide Res.* 2005;19:435-52.
15. Kim Y, Leventhal B. Bullying and suicide. A review. *Int J Adolesc Med Health.* 2008;20:133-54.
16. Bottino SM, Bottino CM, Regina CG. Cyberbullying and adolescent mental health: systematic review. *Cad Saude Publica.* 2015;31:463-75.
17. Sampasa-Kanyinga H, Roumeliotis P, Xu H. Associations between cyberbullying and victimization and suicidal ideation plan among canadian school children. *Plos One.* 2014:2014.
18. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. Informe Belmont, Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. 1979.
19. Mundial AM. Declaracion de Helsinki.: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Seúl, Corea: AMM. [Internet]. Asociación Médica Mundial; 2008. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c.es.pdf>
20. Cash SJ, Thelwall M. Adolescent suicide statements on MySpace. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2013;16:6-74.
21. Kowalski R, Giumetti G, Schroeder A, Lattanner M. Bullying in the digital age: a critical review and meta-analyss of cyberbullying Research among youth. *Psychol Bull.* 2014;140:1073-137.
22. Dissanayake V. Betrayed mood in public view: taking a MySpace history. *West J Emerg Med.* 2014;XV:31-4.
23. Pujazon-Zazik M, Park M. To tweet or not to tweet: gender differences and potetial positive and negative health outcomes of adolescents social internet use. *Am J Men Health.* 2010;4:77-85.
24. Lenhart A, Madden M. Teens and social media [Internet]. Disponible en: <http://www.pewinternet.org/Reports/2007/Teens-and-Social-Media.aspx>
25. Bailin A, Milanaik R, Adesman A. Health implications of new age technologies for adolescents: a review of the research. *Pediatrics.* 2014;26:605-19.
26. Mitchell KJ, Wells M, Priebe G. Exposure to websites that encourage self-harm and suicide: Prevalence rates and association with actual thoughts of self-harm and thoughts of suicide in the United States. *J Adolesc.* 2014;133:5-44.
27. Daine K, Hwton K. The power of the web: a systematic review of studies of the influence of the internet on self-harm and suicide in young people. *PLoS One.* 2013;8:e77555.
28. Van Geel M, Tanilon J, Vedder P. Relationship between peer victimization, cyberbullying and suicide in children and adolescentes. A meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2014;68:435-42.
29. Bannink R, Broeren S, Van de Looi P. Cyber and traditional bullying victimization as a risk factor for mental health problems and suicidal ideation in adolescents. *PLoS ONE.* 2014;9:94026.
30. Maercker A. Adjustment disorders as stress response syndromes: a new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. *Psychopathol.* 2007:135-46.
31. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. American Psychiatric Association; 2013.
32. Ferrer L, Kirchner T. Suicidal tendency in a sample of adolescent outpatients with adjustment disorder: gender differences. *Compr Psychiatry.* 2014;55:1342-9.
33. Ranney M, Patena J, Nugent N, Spirito A, Boyer E, Zatzick D, et al. PTSD, cyberbullying and peer violence: prevalence and correlates among adolescent emergency department patients. *Ben Hosp Psychiatry.* 2015.
34. Copeland W, Wolke D, Angold A. Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *JAMA Psychiatry.* 2013;70:419-26.
35. Schreier A, Wolke D. Prospective study of peer victimization in childhood and psychotic symptoms in a nonclinical population at age 12 years. *Arch Gen Psychiatry.* 2009;66:527-36.
36. Sueki H, Yonemoto N. The impact of suicidality-related internet use: a prospective large cohort study with young and middle-aged internet users. *PLoS ONE.* 2014.
37. Geoffroy M, Boivin M, Arseneault L, Turecki G, Vitaro F, Brendgen M, et al. Association between peer victimization and suicidal ideation and suicide attempt during adolescence: results from a prospective population-based birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016;55:99-105.
38. Garnett B, Masyn K, Austin B, Williams D, Wiswanath K. Coping styles of adolescents experiencing multiple forms of discrimination and bullying: evidence from a sample of ethnically diverse urban youth. *J Sch Health.* 2015;85:109-17.
39. Ministerio de Educación, República de Colombia Sistema nacional de convivencia escolar para la prevención y mitigación de la violencia escolar. Ley 1620 de marzo de 2013 [citado 27 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201620%20DEL%2015%20DE%20MARZO%20DE%202013.pdf>