

Caracterización del acoso escolar en niños de 9 a 11 años asistidos en un prestador público y uno privado en Montevideo

Description of bullying among children of 9 to 11 years of age assisted at a public and at a private health provider in Montevideo

Descrição do bullying entre crianças de 9 a 11 anos de idade assistidas num provedor de saúde público e no outro provedor privado em Montevideu

Florencia Núñez¹, María Laura Rovella², Yoanna Tammaro³, Cristina Zabala⁴, Carlos Zunino⁵, Stella Gutiérrez⁶

Resumen

Introducción: el acoso escolar es el maltrato continuo y deliberado hacia un niño o adolescente por parte de otro u otros. Es un problema universal, difícil de identificar en la práctica pediátrica.

Objetivo: describir el índice global de acoso y sus características en niños y adolescentes de 9 a 11 años hospitalizados o asistidos en policlínicas en Montevideo.

Material y método: estudio transversal. Se incluyeron usuarios de 9 a 11 años, procedentes de Montevideo, hospitalizados o asistidos en policlínica de un prestador público y otro privado durante julio a setiembre de 2017. Variables: sexo, edad, prestador de salud, rendimiento escolar, centro educativo, uso de psicofármacos, índice de masa corporal. Mediante autotest Cisneros se determinó el índice global de acoso e intensidad de este. Fue aprobado por los comités de ética de ambas instituciones.

Resultados: se incluyeron 83 niños: 52% niñas; 34% 9 años, 38% 10 años, 28% 11 años; prestador de salud privado 54%; educación pública 88%; buen rendimiento escolar 59%; sobrepeso 18%, obesidad 16%; uso de psicofármacos 16%. El índice global de

acoso fue bajo 51%, alto 38%. Se encontró asociación entre alto riesgo de bullying con tipo de centro educativo, uso de psicofármacos e ingreso por motivo psicosocial. Intensidad de acoso alta en 73%. Modalidades más frecuentes: exclusión social y hostigamiento verbal.

Conclusiones: se encontró alto riesgo de bullying y su intensidad y modalidad constituyen un problema preocupante.

Palabras clave: Acoso escolar
Violencia

Summary

Introduction: Bullying is a continuous and deliberate abuse of a child or adolescent by another. It is a global problem, and it usually goes undetected during the pediatric practice.

Objective: to develop and describe a global bullying index in children and adolescents aged 9-11 years hospitalized or assisted at a public and at a private health institution in Montevideo.

Materials and methods: cross-sectional study. Children from 9 to 11 years of age, from Montevideo,

1. Pediatra. Ex Residente Pediatría. CASMU-IAMPP.

2. Pediatra. Asistente Clínica Pediátrica. Facultad de Medicina. UDELAR.

3. Posgrado Pediatría. CASMU-IAMPP.

4. Pediatra. Prof. Adj. Clínica Pediátrica. Facultad de Medicina. UDELAR. CASMU-IAMPP.

5. Pediatra. Prof. Adj. Clínica Pediátrica. Facultad de Medicina. UDELAR.

6. Pediatra. Ex Prof. Agda. Clínica Pediátrica. Jefa Depto. Pediatría CASMU-IAMPP.

CASMU-IAMPP

Trabajo inédito.

Declaramos no tener conflictos de intereses.

doi: 10.31134/AP.91.S2.1

hospitalized or assisted at a public and at a private health institution during July to September 2017. Variables: sex, age, health provider, school performance, school center, use of psychotropic drugs, body mass index. The Cisneros Autotest described the Global Bullying Index and the Bullying Intensity. The methods were approved by the Ethics Committees of both participating health institutions. **Results:** 83 children participated in the study: 52% girls; 34% 9 years old, 38% 10 years old, 28% 11 years old; 54% from private health provider, 88% from public education system. 59% had good school performance; overweight 18%, obesity 16%; use of psychoactive drugs 16%. The global bullying rate was low 51%, high 38%. We found a link between high risk of bullying and type of school, use of psychotropic drugs and psychosocial admission diagnosis. Intensity was high in 73%. The most common type of bullying described was “social exclusion” and “verbal harassment”. **Conclusions:** we found high-risk of bullying, and found that its intensity and modality have become increasingly concerning.

Key words: Bullying
Violence

Resumo

Introdução: o bullying é o abuso contínuo e deliberado de uma criança ou adolescente por parte de uma outra. É um problema global, difícil de identificar na prática pediátrica.

Objetivo: descrever o índice global de bullying e suas características em crianças e adolescentes de 9 a 11 anos de idade hospitalizados ou assistidos em policlínicas em Montevideu.

Materiais e métodos: estudo transversal. Foram incluídos usuários entre 9 e 11 anos de idade, procedentes de Montevideu, hospitalizados ou assistidos numa policlínica de prestador público de saúde e numa privada, entre julho e setembro de 2017. Variáveis: sexo, idade, profissional de saúde, desempenho escolar, escola, uso drogas psicoativas, índice de massa corporal. O índice global de assédio e a sua intensidade foram avaliados através do

“Autotest Cisneros”. Os resultados foram aprovados pelos comitês de ética de ambas as instituições de saúde.

Resultados: incluíram-se 83 meninos: 52% meninas; 34% 9 anos, 38% 10 anos, 28% 11 anos; prestador de serviços de saúde privado 54%; educação pública 88%; bom desempenho escolar 59%; sobrepeso 18%, obesidade 16%; 16% usam drogas psicoativas. A taxa de assédio global foi baixa de 51%, alta de 38%. Foi encontrada associação entre alto risco de bullying com o tipo de escola, uso de drogas psicotrópicas e admissão por razões psicossociais. Intensidade de assédio alta em 73%. Modalidades mais frequentes: “Exclusão social” e “Assédio verbal”

Conclusões: encontrou-se um alto risco de bullying cuja intensidade e modalidade são um problema preocupante.

Palavras chave: Bullying
Violência

Introducción

El bullying, hostigamiento o acoso escolar es el maltrato continuo y deliberado que recibe un niño, niña o adolescente por parte de otro u otros, que se comportan con él cruelmente con el objetivo de someterlo, apocarlo, asustarlo, amenazarlo, afectando su dignidad⁽¹⁾.

Según Olweus, debe existir un desequilibrio de poder o de fuerza que genera una relación asimétrica, con un comportamiento negativo, repetitivo e intencional de una o más personas contra otra que tiene dificultades para defenderse⁽²⁾.

Existen diferentes modalidades de acoso escolar: maltrato físico (golpear, amenazar con armas, robar, romper o esconder objetos), maltrato verbal (insultar, burlarse, poner apodos, difundir falsos rumores), exclusión social (no dejar participar, ignorar, excluir en el grupo) y ciberacoso (subir a redes sociales fotos o videos, bloquear participación de la víctima en blogs/foros, suplantar su identidad, hacer comentarios denigrantes)^(3,4).

A nivel mundial, uno de cada tres estudiantes de 13 a 15 años sufre al menos un episodio de acoso o intimidación de manera habitual⁽⁵⁾. En el año 2005, en España, el Informe Cisneros VII: violencia y acoso escolar, describió una prevalencia específica de los alumnos de tercero, cuarto, quinto y sexto año escolar de 44%, 40%, 31% y 28%, respectivamente⁽¹⁾.

Román y Murillo realizaron un estudio en 2011 para dimensionar el problema del acoso escolar en América La-

tina, en el cual se incluyeron 91.223 estudiantes de 16 países, incluido Uruguay. Se identificaron diferentes modalidades de acoso según el país: en Colombia predominó el acoso con modalidad robo, en Argentina la agresión verbal y física, y en Cuba el menor índice de acoso. Además, se evidenció que los niños sufrieron más bullying que las niñas, y que los estudiantes de zonas rurales viven menos maltrato entre pares que los de zonas urbanas. Particularmente, en nuestro país aplicaron cuestionarios a 6.511 escolares de 218 centros educativos. El 50% sufrió algún tipo de episodio violento, 32% robos, 31% insultos, y 10% padecieron agresiones físicas, mientras que el 60% declaró conocer que algunos de sus compañeros de clase era víctima de alguna situación de acoso⁽⁶⁾. En el año 2010, Lozano y colaboradores ya habían identificado este problema en adolescentes en centros educativos de Montevideo, 50% refería sufrir violencia psicológica, 6% ciberacoso y 1,8% violencia sexual, que se volvió a identificar en trabajo realizado en 2011^(7,8).

En 2013-2014 se realizó un proyecto llevado a cabo por el Consejo de Educación Secundaria y UNICEF que involucró a 3.000 estudiantes de primer ciclo de secundaria pública del territorio nacional, en el cual se estimó una prevalencia de bullying de 12%⁽⁴⁾.

Actualmente en nuestro país existe un proyecto de ley en proceso, presentado en agosto de 2016, donde se reconoce al acoso escolar como entidad, y busca proteger al niño, niña o adolescente que lo padece mediante la realización de un protocolo antibullying para todos los centros educativos del país.

Tanto desde el sistema educativo como desde el sistema de salud se naturalizan en muchas oportunidades situaciones vinculadas al acoso escolar. En Uruguay existen casos de bullying graves publicados en donde las fallas en el diagnóstico y abordaje oportuno muestran grandes repercusiones en la vida de los niños^(5,9). Este problema vulnera todos los derechos de los niños, niñas y adolescentes, afectando particularmente el adecuado desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social⁽¹⁰⁾.

La identificación de este problema no siempre es fácil en la consulta pediátrica. Existe una tendencia a realizar diagnósticos incorrectos por parte del equipo de salud tratante, incurriendo en lo que Piñuel llama “error básico de atribución”, donde se posiciona al niño, niña o adolescente que sufre acoso escolar como causante de la situación. Es así como muchas veces se diagnostica en forma errónea fobia escolar, depresión, problemas de adaptación, trastornos de personalidad, neurosis y déficit de habilidades sociales que, si bien pueden ser consecuencia del acoso escolar, no son la causa primaria⁽¹⁾.

Dada la magnitud de este problema, su detección y abordaje oportuno desde el sistema de salud es fundamental para evitar posibles complicaciones y diagnósti-

cos erróneos. Los resultados del presente estudio podrían contribuir desde el área salud a un mejor conocimiento del problema.

Objetivo

Describir el índice global de acoso escolar y las características de éste en niños, niñas y adolescentes de 9 a 11 años asistidos en un prestador de salud público y otro privado de Montevideo.

Metodología

Diseño: se realizó un estudio descriptivo transversal. Se seleccionó una muestra por conveniencia de niños, niñas y adolescentes de 9 a 11 años usuarios de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y de CASMU-IAMPP durante los meses de julio a setiembre de 2017. Se incluyeron aquellos procedentes de Montevideo y área metropolitana asistidos en policlínica u hospitalizados. Se excluyeron aquellos que no dieron el asentimiento o que sus tutores no otorgaron el consentimiento. También aquellos que al momento de la entrevista presentaban dolor.

Instrumento de recolección de datos: el instrumento utilizado para la investigación fue el autotest Cisneros[®] (escala tipo Likert) que forma parte del test AVE^{®*}. Éste permite definir el índice global, la intensidad y la modalidad de acoso escolar. Consta de una encuesta con 50 ítems donde el niño, niña o adolescente debe señalar con qué frecuencia sufre determinados comportamientos vinculados al acoso escolar⁽¹⁾. Se realizó una adaptación al lenguaje local para la mejor comprensión (anexo 1).

El cuestionario se aplicó por los investigadores durante dos instancias: en la sala de espera de policlínica de Pediatría y en la sala de internación una vez decidida el alta médica.

Definición de variables analizadas

Índice global de acoso escolar. Corresponde a la sumatoria de puntos obtenidos en el total del cuestionario, informando el riesgo en que los niños, niñas o adolescentes se encuentran respecto a sufrir acoso escolar. Se calcula en función de la frecuencia con la que el encuestado es sometido a determinadas conductas buscadas, siendo 50 el puntaje mínimo (nunca se enfrentó a las situaciones planteadas) y 150 el máximo (sufre muchas veces todos los ítems). A partir de esto, los autores definen tres zonas: bajo riesgo de sufrir acoso escolar de 50 a 58, riesgo moderado de 59 a 67 y alto riesgo de 68 a 150.

* Disponible en: https://convivencia.files.wordpress.com/2012/05/1-alum_cisneros_autotest.pdf

Intensidad de acoso escolar. Determina el grado en el que sufre acoso el encuestado. Se debe sumar un punto por cada vez que el niño, niña o adolescente respondió “muchas veces” y realizar la suma de estos. Se establecen nuevamente tres zonas: verde, de 0 a 1 (intensidad baja); amarilla, igual a 2 (intensidad media), y roja, de 3 a 50 (intensidad alta). En este trabajo se analizó la intensidad de aquellos casos con moderado y alto riesgo de sufrir acoso.

Modalidad de agresión. El autotest permite clasificar en ocho categorías la modalidad de agresión: desprecio o ridiculización, coacción, restricción de la comunicación, agresiones, intimidaciones o amenazas, exclusión - bloqueo social, hostigamiento verbal y robos.

Otras variables. Sexo, edad, índice de masa corporal. Se consideró sobrepeso, según definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS): score z entre +1 y +2 y obesidad si es mayor de +2. Se describió el motivo de ingreso o consulta. Se consideraron los siguientes motivos de consulta: control en salud o ingreso hospitalario por cualquier causa médico-quirúrgica o psicosocial. Dentro de los motivos psicosociales se incluyeron, según CIE-10, como “agresiones” (XX27), “trastornos del comportamiento” (F91) y “episodio depresivo” comprendido por intento de autoeliminación y lesiones autoinflingidas (F32)⁽¹¹⁾.

También se indagó: asistencia a escuela pública o privada, años escolares repetidos. En este estudio, a efectos prácticos, se definió retraso escolar como repetición de un año escolar y fracaso escolar como dos o más años repetidos, no necesariamente consecutivos*.

Se indagaron los antecedentes personales de uso de psicofármacos.

Análisis estadístico: los cuestionarios se codificaron numéricamente en orden cronológico para garantizar el anonimato y se organizaron mediante el programa Excel Windows. El análisis de los datos se realizó a través del barómetro Cisneros, herramienta proporcionada por el test utilizado, de acceso libre**. Los datos obtenidos se expresaron en frecuencias absolutas y porcentajes. La asociación entre variables se realizó mediante test de chi cuadrado, considerando un error alfa de 5%.

Consideraciones éticas: este trabajo fue aprobado por los comités de ética de investigación de ambas instituciones. Se solicitó el consentimiento informado a padres, madres o tutores de los niños, niñas y adolescentes seleccionados, y asentimiento de los escolares.

* Según la Asociación Española de Pediatría, se define como retraso escolar aquella situación en la que un niño, niña o adolescente “no alcanza los objetivos curriculares y se produce un desequilibrio entre sus capacidades y la exigencia escolar, derivando en uno o varios suspensos”. La reiteración de estos casos deriva en el fracaso.

** Disponible en: https://convivencia.files.wordpress.com/2012/05/3-alum_cisneros_baremos.pdf

Tabla 1. Características de la población encuestada. N=83

	N (%)
Edad	
9 años	28 (34)
10 años	32 (38)
11 años	23 (28)
Sexo	
Masculino	40 (48)
Femenino	43 (52)
Educación	
Pública	73 (88)
Privada	10 (12)
Rendimiento escolar	
Normal	49 (59)
Retraso	29 (35)
Fracaso	5 (6)
Motivo de consulta	
Controles en salud	17 (20)
Agresiones	13 (16)
Episodio depresivo	5 (6)
Trastornos del comportamiento	4 (5)
Médico-quirúrgico	44 (53)
IMC	
Normal	55 (66)
Sobrepeso	15 (18)
Obesidad	13 (16)
Uso de psicofármacos	
Sí	13 (16)
No	70 (84)
Prestador de salud	
Público	45 (54)
Privado	38 (46)
Total	83 (100)

Tabla 2. Índice de acoso escolar según variables analizadas.

	Bajo N (%)	Medio N (%)	Alto N (%)	Valor p*
Edad				NS
9 años	11 (39)	4 (14)	13 (47)	
10 años	17 (53)	4 (13)	11 (34)	
11 años	14 (61)	1 (4)	8 (35)	
Sexo				NS
Femenino	19 (44)	5 (12)	19 (44)	
Masculino	23 (58)	4 (10)	13 (32)	
Educación				p <0,05
Pública	34 (47)	9 (12)	30 (41)	
Privada	8 (80)	0	2 (20)	
Rendimiento escolar				NS
Normal	29 (59)	5 (10)	15 (31)	
Retraso	11 (38)	4 (14)	14 (48)	
Fracaso	2 (40)	0	3 (60)	
Motivo de consulta				p <0,05
Control en salud	9 (53)	2 (12)	6 (35)	
Psicosocial	6 (27)	2 (9)	14 (64)	
Médico-quirúrgica	27 (62)	5 (11)	12 (27)	
IMC				NS
Normal	26 (47)	7 (13)	22 (40)	
Sobrepeso	8 (53)	1 (7)	6 (40)	
Obesidad	8 (61)	1 (8)	4 (31)	
Uso de psicofármacos				p <0,05
Sí	3 (23)	2 (15)	8 (62)	
No	39 (56)	7 (10)	24 (34)	

*Chi cuadrado; NS = no significativa.

Resultados

Durante el período de estudio se registraron 100 niños, niñas y adolescentes de los cuales 17 fueron excluidos (4, sus familiares no otorgaron el consentimiento; 11, no dieron asentimiento; 2, presentaban dolor). Se realizaron 83 encuestas. En la tabla 1 se muestran las características de la población estudiada.

El índice de acoso escolar fue de bajo riesgo en 42 (51%); moderado riesgo en 9 (11%), y alto riesgo en 32 encuestados (38%).

En la tabla 2 se describe el índice de acoso escolar según las variables analizadas. En esta serie se encontró una asociación significativa entre el alto riesgo de sufrir acoso escolar con los ingresos por motivos psicosociales, el uso de psicofármacos y el tipo de educación ($p < 0,05$). No hubo diferencias significativas con respecto al índice de masa corporal (IMC).

Intensidad de acoso

De los 41 niños, niñas y adolescentes con moderado o alto riesgo de acoso, la intensidad de éste fue alta en 31 (75,5%), media en 1 (2,5%) y baja en 9 (22%).

Modalidad de la agresión

El tipo de conductas de acoso sufridas con más frecuencia correspondieron a desprecio-ridiculización (38%), hostigamiento verbal (35%) y exclusión-bloqueo social (19%). Al analizar a los que presentaron moderado y alto riesgo de acoso, las modalidades más frecuentemente presentadas fueron exclusión-bloqueo social y hostigamiento verbal en 35 (85,5%), seguido por desprecio-ridiculización en 30 (73%).

Discusión

Si bien siempre ha existido el acoso escolar, alrededor de los años 70 se comienza a dar relevancia al tema debido a las investigaciones de Heinemann y Olweus⁽²⁾. Es en las últimas décadas cuando la sociedad percibe la violencia, incluido el bullying, como un problema. Situaciones que antes eran catalogadas como normales o habituales de relación entre niños, niñas y adolescentes, hoy día se visualizan como situaciones que deben abordarse para ser cambiadas⁽³⁾.

A nivel nacional se han realizado trabajos sobre este tema principalmente en centros educativos y algunos en centros de salud. El presente estudio aplica un instrumento de screening en centros de salud públicos y privados. A pesar de sus limitaciones metodológicas, dada la forma de selección y número de muestra, así como la falta de validación del instrumento de medida en nuestro país, los resultados buscan ser útiles para contribuir a abordar esta problemática desde el área de la salud, incrementando y planificando medidas de prevención oportunas.

En consonancia con otros estudios nacionales^(4,6-9), el resultado de éste muestra que casi la mitad de los niños, niñas y adolescentes encuestados sufren algún tipo de acoso moderado o severo. Esto es relevante para sensibilizar a todo el equipo de salud, jerarquizando la problemática en la asistencia diaria. Por otro lado, surge la predominancia de la violencia psicológica (exclusión-bloqueo social, hostigamiento verbal y desprecio-ridiculización), que ocupa los tres primeros lugares en frecuencia, tanto en encuestados con bajo riesgo como moderado y alto riesgo de acoso. La violencia psicológica debe siempre pesquisarse, ya que pasa generalmente inadvertida, siendo la agresión física la que con más frecuencia alarma al entorno. Esto hace que el daño sea más silencioso. En este trabajo no se indagó acerca de otros tipos de acoso como cyberbullying (manifestación del maltrato escolar en las redes sociales). En los últimos años se han modificado los tipos de relacionamiento entre compañeros incorporándose la tecnología como medio de acoso. Se trata de un fenómeno emergente y en crecimiento⁽³⁾.

Si bien en esta muestra se identificó mayor riesgo de acoso en la educación pública, ingreso por causa psicosocial y uso de psicofármacos, la menor edad, el sexo femenino y el rendimiento escolar descendido también presentaron mayor porcentaje de acoso, aunque no significativo. El predominio del índice de acoso y su intensidad en niñas difiere de lo encontrado en la mayoría de los estudios. Este dato podría estar influido por la selección de la muestra⁽⁴⁾. La asociación encontrada entre el tipo de educación y riesgo de sufrir bullying podría estar sesgada por el escaso número de pacientes encuestados que concurrían a colegios privados. Sería interesante profundizar al respecto.

Los pediatras deben estar atentos a estas situaciones y realizar la pesquisa en cada control del niño, niña o adolescente. Deberán conocer indicadores inespecíficos que la violencia escolar ocasiona, como la dificultad o cambios en el rendimiento escolar, trastornos del sueño y de la alimentación, entre otros^(3,12,13). Los niños, niñas o adolescentes acosados terminan asumiendo que son culpables, que merecen ser acosados, desarrollando baja autoestima y bajo rendimiento académico. Asimismo, esto hace que se repriman socialmente fortaleciendo al acosador⁽³⁾. Muchos de estas repercusiones generan que se identifiquen problemas de salud mental y que exista alta prescripción de psicofármacos en estos niños. Se debe considerar que en esta muestra el consumo de psicofármacos fue significativamente mayor entre los niños con alto riesgo de acoso. No se puede determinar si esto es causa o consecuencia del hostigamiento. Numerosos estudios vinculan el bullying con los intentos de autoeliminación en adolescentes. Según cifras del Ministerio de Salud del año 2014 en Uruguay, se estima que el 19% de los intentos de autoeliminación en adolescentes están vinculados al acoso escolar, cifra que podría aumentar si no se adoptan medidas de prevención⁽⁵⁾.

El pronóstico de un niño, niña o adolescente que sufre acoso escolar depende de varios factores. Entre ellos se destaca la intensidad del acoso, en qué fase se encuentra cuando se detecta, la duración del mismo, así como del grado de vulnerabilidad social, la fortaleza psíquica, nivel de madurez psíquico, los apegos que pueda tener (familia y amigos) el niño, niña o adolescente⁽³⁾. Es por este motivo que se requiere de un abordaje integral, oportuno e individualizado de cada situación. Los abordajes no deben incluir únicamente a la persona que sufre el acoso, sino que debe incluir a toda la familia, entorno, y participantes de la situación vivida⁽¹⁴⁾.

Conclusiones

La incidencia de alto riesgo de bullying y su intensidad es un problema preocupante de acuerdo a los resultados

obtenidos en esta muestra. A través de la utilización del instrumento Cisneros se logró identificar el problema en servicios de salud. Se considera prioritario continuar realizando estudios que permitan un mejor conocimiento del problema, así como validar este instrumento a nivel nacional.

Referencias bibliográficas

1. **Oñate A, Piñuel I.** Informe Cisneros VII: violencia y acoso escolar en alumnos de primaria, ESO y Bachiller: informe preliminar. Madrid: Instituto de Innovación Educativa y Desarrollo Directivo, 2005. Disponible en: <https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/informe%20cisneros%20VII.pdf>. [Consulta: 6 junio 2016].
2. **Olweus D.** Acoso escolar, “bullying”, en las escuelas: hechos e intervenciones. 1993. Disponible en: <http://convivejuven.semsys.itesi.edu.mx/cargas/Articulos/ACOSO%20ESCOLAR%20BULLYING%2C%20EN%20LAS%20ESCUELAS-HECHOS%20E%20INTERVENCIONES.pdf>. [Consulta: 5 junio 2016].
3. **Bisquerra R.** Prevención del acoso escolar con educación emocional. Bilbao: Desclé, 2014.
4. **Uruguay. Consejo de Educación Secundaria. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.** Bullying: experiencias y dimensiones del acoso escolar. Montevideo: UNICEF, 2014. Disponible en: www.unicef.org/uruguay/spanish/Folleto_Bullying_oct2014.pdf. [Consulta: 8 setiembre 2016].
5. **Giachero S.** Bullying y Mobbing. Haciendo visible lo invisible. Montevideo: Grijalbo, 2017.
6. **Murillo J, Román M.** América Latina: violencia entre estudiantes y desempeño escolar. Rev CEPAL 2011; 104:37-54.
7. **Lozano F, Giménez A, Cabrera J, Fernández A, Lewy E, Salas F, et al.** Violencia: caracterización de la población adolescente en instituciones educativas de la región oeste de Montevideo-Uruguay en relación a la situación de violencia en que viven. Montevideo: Universidad de Montevideo, 2010.
8. **Salas F, Lozano F, Dovat L.** Acoso escolar y su impacto en la naturalización de la violación de los derechos humanos: estudio de caso en un centro educativo de Montevideo. En: X Jornadas de Investigación, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Montevideo, setiembre 2011. Disponible en: <http://cienciassociales.edu.uy/wpcontent/uploads/2013/archivos/Lozano,%20Dovat,%20Salas.pdf>. [Consulta: 6 setiembre 2016].
9. **Lozano F, Salas F, Dovat L.** Malestar entre adolescentes como consecuencias del acoso escolar (bullying). Biomedicina 2010; 5(1):23-35.
10. **Naciones Unidas. Asamblea General.** Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989.
11. **Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud.** CIE-10: clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión. Volumen 1. Publicación Científica No. 554. Ginebra: OMS, 1992. Disponible en: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume1.pdf>. [Consulta: 12 setiembre 2017].
12. **Cruz M, Hidalgo T, Mora S, Vega M, Brenes A, Pérez C.** Protocolo de actuación en situaciones de bullying. San José (Costa Rica): MEP, UNICEF, 2015. Disponible en: www.unicef.org/costarica/Documento-Protocolo-Bullying.pdf. [Consulta: 24 febrero 2018].
13. **Ojeda R.** Método para el tratamiento del Bullying: “ES triple P” (Enfoque Sistémico en los tres niveles de prevención). Santa Cruz de Tenerife: Gobierno de Canarias, 2013. Disponible en: <https://studylib.es/doc/335744/bullying-es-triple-p-gobierno-de-canarias>. [Consulta: 24 febrero 2018].
14. **Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.** Pobreza infantil en perspectiva: un panorama del bienestar infantil en los países ricos. Un amplio análisis de la vida y bienestar de niños, niñas y adolescentes en las naciones económicamente avanzadas. Florencia, Italia: UNICEF-Centro de Investigaciones Innocenti, 2007. Disponible en: https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc7_spa.pdf. [Consulta: 24 febrero 2018].

Correspondencia: Dra. Florencia Núñez.
Correo electrónico: florenciant@gmail.com

Todos los autores declaran haber colaborado en forma significativa.

Florencia Núñez ORCID 0000-0001-7020-4269, María Laura Rovella ORCID 0000-0001-5130-7369,

Yoanna Tammaro ORCID 0000-0002-5142-6111, Cristina Zabala ORCID 0000-0003-3413-7083, Carlos Zunino 0000-0002-4949-0181,

Stella Gutiérrez ORCID 0000-0001-7529-788X

Anexo 1. Autotest adaptado

Señala con qué frecuencia se producen estos comportamientos en el colegio (escuela)	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
1. No me hablan			
2. Me ignoran, me hacen el vacío			
3. Me ponen en ridículo ante los demás			
4. No me dejan hablar			
5. No me dejan jugar con ellos			
6. Me llaman por mote (apodo desagradable)			
7. Me amenazan para que haga cosas que no quiero			
8. Me obligan a hacer cosas que están mal			
9. Me tienen manía (me tienen rabia)			
10. No me dejan que participe, me excluyen			
11. Me obligan a hacer cosas peligrosas para mí			
12. Me obligan a hacer cosas que me ponen malo (que no me gustan)			
13. Me obligan a darle mi cosas o dinero			
14. Rompen mis cosas a propósito			
15. Me esconden las cosas			
16. Roban mis cosas			
17. Les dicen a otros que no estén o que no hablen conmigo			
18. Les prohíben a otros que jueguen conmigo			
19. Me insultan			
20. Hacen gestos de burlas o desprecio hacia mí			
21. No me dejan que hable o me relacione con otros			
22. Me impiden que juegue con otros			
23. Me pegan puñetazos, patadas			
24. Me chillan o gritan			
25. Me acusan de cosas que no he dicho o hecho			
26. Me critican por todo lo que hago			
27. Se rien de mí cuando me equivoco			
28. Me amenazan con pegarme			
29. Me pegan con objetos			
30. Cambian el significado de lo que digo			
31. Se meten conmigo para hacerme llorar			
32. Me imitan para burlarse de mí			
33. Se meten conmigo por mi forma de ser			
34. Se meten conmigo por mi forma de hablar			
35. Se meten conmigo por ser diferente			
36. Se burlan de mi apariencia física			
37. Van contando por ahí mentiras acerca de mí			
38. Procuran que les caiga mal a otros			
39. Me amenazan			
40. Me esperan a la salida para meterse conmigo			
41. Me hacen gestos para darme miedo			
42. Me envían mensajes para amenazarme			
43. Me zarandean o empujan para intimidarme			
44. Se portan cruelmente conmigo			
45. Intentan que me castiguen (rezonguen)			
46. Me desprecian			
47. Me amenazan con armas			
48. Amenazan con dañar a mi familia			
49. Intentan perjudicarme en todo			
50. Me odian sin razón			