

El acoso escolar (*bullying*) y su asociación con trastornos psiquiátricos en una muestra de escolares en México

Lilia Albores-Gallo, MD, PhD,⁽¹⁾ Juan Manuel Saucedo-García, MD,⁽²⁾ Silvia Ruiz-Velasco, PhD,⁽³⁾
Eduardo Roque-Santiago, MD.⁽¹⁾

Albores-Gallo L, Saucedo-García JM,
Ruiz-Velasco S, Roque-Santiago E.
El acoso escolar (*bullying*) y su asociación con trastornos
psiquiátricos en una muestra de escolares en México.
Salud Publica Mex 2011; 53:220-227.

Albores-Gallo L, Saucedo-García JM,
Ruiz-Velasco S, Roque-Santiago E.
Bullying and its association with psychiatric disorders
in a Mexican students sample.
Salud Publica Mex 2011; 53:220-227.

Resumen

Objetivo. Estudiar la relación entre el tipo de psicopatología y el acoso escolar en una muestra de niños de las escuelas públicas de la Ciudad de México. **Material y métodos.** Un total de 1 092 escolares identificó por medio del Test Bull-S a un grupo de agresores, víctimas, víctima-agresores y neutros. Los padres contestaron la Lista de Síntomas del Niño (Child Behavior Checklist, CBCL) para determinar el rango clínico de psicopatología. **Resultados.** El grupo de agresores tuvo asociación con las escalas de ansiedad, síntomas somáticos, oposiciónismo y de conducta. El grupo de víctima-agresores presentó asociación con los problemas de atención, oposiciónismo y de conducta. En el grupo de víctimas las asociaciones encontradas fueron con los problemas de ansiedad. Estas diferencias fueron significativas frente al grupo control (neutros). **Conclusión.** El acoso escolar se asocia con psicopatología que requiere de atención psiquiátrica oportuna.

Palabras clave: estudiantes; intimidación; psicopatología; trastorno por déficit de atención con hiperactividad; México

Abstract

Objective. To study the relationship between bullying behavior and psychopathology. **Materials and Methods.** A total of 1 092 students identified their peers' bullying status based on the Bull-S questionnaire. Parents completed the Child Behavior Checklist (CBCL) to determine psychopathology levels. **Results.** The bullying group had associations with anxiety, somatic symptoms, oppositionalism and behavior problems; the bully-victims group had associations with attention, oppositionalism and behavior problems; victims had higher anxiety scores. These differences were significant compared with the control group. **Conclusions.** Bullying is associated with psychopathology, which requires timely psychiatric attention.

Key words: students; bullying; psychopathology; ADHD; Mexico

(1) Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, División de Investigación, Secretaría de Salud. México DF, México.

(2) Academia Nacional de Medicina de México. México DF, México.

(3) Departamento de Probabilidad y Estadística. Instituto de Investigaciones en Matemáticas Aplicadas y Sistemas (IIMAS), UNAM. México DF, México.

Fecha de recibido: 14 de diciembre de 2010 • Fecha de aceptado: 14 de abril de 2011

Solicitud de sobretiros: Dra. Lilia Albores-Gallo. Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, Secretaría de Salud, División de Investigación.

Av. San Buenaventura 86, Col. Belisario Domínguez. 14080 Tlalpan, México, DF.

Correo electrónico: liliialbores@gmail.com, liliialbores@yahoo.com.mx

El acoso escolar, llamado *bullying* en inglés, se refiere al uso repetido y deliberado de agresiones verbales, psicológicas o físicas para lastimar y dominar a otro niño, sin que hayan sido precedidas de provocación y en el conocimiento de que la víctima carece de posibilidades de defenderse.¹ Los participantes en el acoso escolar se pueden clasificar en cuatro categorías: "agresor" (*bully*), "víctima", "víctima-agresor", y el "neutro" (compañero no implicado en el fenómeno de acoso). La mayor parte del acoso ocurre en la escuela, más que en el camino a ella o de regreso de ella. Los agresores (*bullies*) y las víctimas generalmente están en el mismo grado escolar y, aunque se supone que los menores son supervisados en la escuela, la mayor parte de los episodios de acoso no son del conocimiento de los maestros y la víctima habitualmente se siente incapaz de reportarlos a éstos y a sus padres.

Craig y col, en 2009² informaron que la prevalencia del acoso escolar en 40 países con muestras nacionales representativas fue de 8.6 a 45.2% en varones y 4.8 a 35.8% en mujeres. Además, fueron identificados como agresores el 10.2%, como víctimas el 12% y como víctima-agresor el 3%. Numerosos investigadores han analizado las consecuencias del *bullying* para la salud general de los individuos, las repercusiones en la salud mental, el suicidio y las hospitalizaciones psiquiátricas.³⁻⁵ Sourander⁶ estudió las consecuencias del acoso a partir de una cohorte a los 8 años (n= 2 540) y registros militares a los 18 y 23 años. El estatus de no-agresor o víctima frecuente (a partir del informe de padres/maestros/alumnos) sirvió como grupo de referencia para comparar la proporción de trastornos psiquiátricos. El grupo de agresor frecuente tuvo la mayor prevalencia de personalidad antisocial, abuso de sustancias y trastornos ansioso-depresivos. La categoría dual de víctima-agresor presentó más ansiedad y personalidad antisocial mientras que las víctimas tuvieron mayor ansiedad. De manera semejante ocurrió en una investigación retrospectiva,⁷ con datos de la Encuesta Nacional Epidemiológica sobre el Uso de Alcohol y Condiciones Relacionadas con una muestra representativa de los Estados Unidos (n= 43 093) realizada por medio de entrevista psiquiátrica estructurada. En este estudio, 6% de los individuos en Estados Unidos estuvo implicado como agresor con riesgo significativo para abandono de estudios universitarios, uso de alcohol y marihuana, trastorno bipolar, trastorno de conducta, trastornos de personalidad tipo histriónico, paranoide, antisocial e historia familiar de conducta antisocial. A pesar de esta mayor frecuencia de trastornos psiquiátricos secundarios al acoso, Sourander en 2009 mostró que el riesgo para hospitalización psiquiátrica posterior y tratamiento con medicamentos antipsicóticos, ansio-

líticos y antidepresivos fue mayor únicamente para las mujeres víctimas frecuentes después de ajustar para la psicopatología, sin que hubiera este riesgo para los varones en ninguna de las categorías.⁸ Este dato destaca la mayor vulnerabilidad de las mujeres implicadas en el fenómeno del acoso, sean agresores o víctimas. En México, hasta 32% de niñas y niños, entre 6 y 9 años de edad, afirma estar expuesto a violencia en la escuela según datos de la Consulta Infantil y Juvenil de 2000,⁹ realizada por el Instituto Federal Electoral (IFE), mientras que 25% afirmó ser objeto de violencia en el ámbito escolar, sin precisar la forma o el perpetrador según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2006.¹⁰

El propósito de esta investigación fue realizar un estudio piloto sobre la frecuencia del acoso escolar y su relación con la psicopatología de los menores implicados en escuelas del Distrito Federal.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal y comparativo en el que la población estudiada fue de 1 092 niños de 2º al 6º grado de cinco escuelas primarias oficiales de las delegaciones de Iztapalapa y Tlalpan del Distrito Federal inscritos durante el año escolar de septiembre 2009 a junio 2010. Los participantes fueron seleccionados después de que ellos y sus padres recibieron la información del estudio. Se obtuvo el consentimiento informado de los padres de los niños y los menores dieron su asentimiento para participar en el estudio, de acuerdo con lo que establecen los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de la Declaración de Helsinki.

Fueron excluidos del estudio aquellos alumnos con tres inasistencias o más por semana, que tuvieran menos de 3 meses de integración al grupo escolar o que rechazaran participar en el estudio. El proyecto fue aprobado por el Comité de Investigación/Ética del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, de la Secretaría de Salud.

Los datos fueron recolectados por medio de dos escalas autoadministradas: el Test Bull-S¹¹ fue contestado por los niños en el salón de clases y la Lista de Síntomas del Niño (Child Behavior Checklist CBCL)¹² que respondieron los padres después de una junta escolar. El Test Bull-S permite explorar el acoso escolar a partir del informe de los alumnos por el sistema de nominación. Consta de un formato de 15 preguntas para niños de 7 a 16 años de edad y requiere de 25 a 30 minutos responderlo. Los datos revelan las características socioafectivas del grupo. Detecta implicados en el fenómeno y aspectos situacionales en las relaciones de agresividad entre iguales. El cuestionario Test Bull-S es un instrumento fiable y válido para medir el acoso y la

agresividad entre escolares; los coeficientes alpha de Cronbach para los ítems de hostigamiento fueron de (.82) y los de victimización (.83) en el estudio original.

La Lista de Síntomas del Niño (Child Behavior Checklist, CBCL/6-18)¹² mide la psicopatología más común de los menores de 6 a 18 años de edad. Consta de 118 reactivos; en una escala tipo Lickert tiene una consistencia interna de 0.90 para la escala total, de 0.94 para trastornos externalizados y de 0.97 para trastornos internalizados. Su confiabilidad prueba-reprueba es de 0.84. Consta además de subescalas que contienen los reactivos de la prueba calificados como muy consistentes con categorías diagnósticas del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV).¹³ Así se forman las subescalas de síntomas afectivos, de ansiedad, de quejas somáticas, de déficit de atención/hiperactividad (TDAH), de oposicionismo y de conducta. La versión mexicana validada,¹⁴ al igual que la versión original, tiene datos psicométricos confiables. La consistencia interna para la versión mexicana de la escala total es de 0.90, las dimensiones de problemas externalizados es de 0.94 y la de internalizados de 0.97; la confiabilidad prueba-reprueba es de 0.84.

Según los criterios establecidos en el Test-Bull S se considera "agresor" a aquel niño nominado por >25% de los pares en los ítems 5, 7 y 9 del Test-Bull-S. "Víctima" es el nominado por >25% de los pares en los ítems 6, 8 y 10. "Víctima-agresor" es el nominado por >25% de los pares en la combinación de los ítems 5, 7, 9 y 6, 8, 10. Son alumnos neutros aquellos que no fueron identificados en ninguna de las anteriores categorías de agresor o víctima. El rango clínico de los síntomas psicopatológicos en el CBCL se considera con un puntaje de T > 60 en las subescalas. Los controles o neutros son los niños no involucrados en el acoso escolar (no nominados en los ítems 5-10 del Test Bull-S).

Se usó estadística descriptiva para las variables demográficas, y la χ^2 para comparar el sexo, la prevalencia y los problemas de salud mental. Para analizar la relación entre el estatus de víctima, agresor, víctima-agresor y el grupo de controles (neutros) se estimaron las razones de momio al usar la clasificación de agresor-víctima como variable dependiente y la psicopatología como variable independiente. Ésta se dicotomizó al utilizar como punto de corte T 60 de las escalas del CBCL en un modelo de regresión logística multinomial; además, se calcularon los intervalos de confianza al 95%. El análisis estadístico se realizó con el programa Stata versión 10.*

* Stata Corp 2007. Stata Statistical Software. Release 10. College Station, TX: Stata Corp LP.

Resultados

Un total de 1 092 alumnos contestaron el Test Bull-S; 23.9% (n= 262) estuvo implicado en el fenómeno de acoso escolar con una media de edad de 9.6 (DE 1.3), clasificados de la siguiente manera: víctimas 8.97% (98), agresores 12.27% (134), víctimas -agresores 2.7% (30) y controles 76% (830). En la figura 1 puede verse la distribución de los participantes en el acoso escolar por sexo. Las categorías de acoso fueron: neutro 51.4% (n=175), víctima 16.7% (n=57), agresor 26.1% (n=89) y víctima-agresor 5.5% (n=19). Las niñas implicadas en el acoso representaron sólo 13.1%, concentrándose la mayoría en el grupo de víctimas. El 63% de los padres de alumnos implicados (n= 165) y 175 del grupo control contestaron el CBCL. El 90% de los niños contestó el Test Bull; quienes no lo hicieron fue porque faltaron ese día a clases o porque sus padres se opusieron a participar en el estudio. La muestra final estuvo formada por 340 alumnos.

Los grupos con mayores niveles de psicopatología fueron el de víctima/agresor y el agresor, que tuvieron puntajes más altos que el grupo control en las escalas de conducta, oposicionismo y trastorno por déficit de la atención (TDAH). El grupo agresor tuvo además puntajes elevados en los factores somáticos y de ansiedad. Las víctimas tuvieron mayores puntajes en la escala de ansiedad que el grupo control. El cuadro I muestra la razón de momios para las comparaciones entre los grupos. Resultaron significativas las razones de momios no ajustadas para las comparaciones del grupo agresor frente a controles para los problemas de: oposicionismo (RM 3.19, IC 1.86-5.45, $p < .001$), ansiedad (RM 3.0, IC 95% 1.77-5.10, $p < .001$), conducta (RM 2.56,

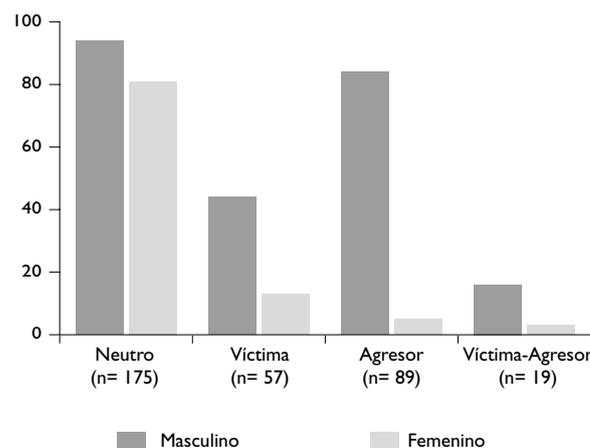


FIGURA 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS GRUPOS POR SEXO

Cuadro I
RAZÓN DE MOMIOS PARA LOS IMPLICADOS EN EL FENÓMENO DEL ACOSO (BULLYING). MÉXICO DF, DICIEMBRE 2009

Psicopatología	Agresor vs. control				Víctima-agresor vs. control				Víctima vs. control			
	RM	IC 95%		p	RM	IC 95%		p	RM	IC 95%		p
		Bajo	Alto			Bajo	Alto			Bajo	Alto	
Afectivos	1.37	.82	2.89	.231	2.01	0.77	5.28	.153	1.51	0.83	2.76	.174
Ansiedad	3.00	1.77	5.10	.001	2.48	.96	6.48	.061	3.31	1.78	6.15	.001
Somáticos	2.46	1.45	4.17	.001	1.34	.50	3.60	.325	1.67	0.90	3.10	.102
Atención	2.44	1.38	4.32	.002	4.61	1.74	12.22	.002	2.07	1.06	4.03	.032
Oposicionismo	3.19	1.86	5.45	.001	5.10	1.89	13.77	.001	1.87	.99	3.52	.02
Conducta	2.56	1.51	4.34	.001	7.00	2.39	20.45	.001	.98	0.50	1.89	.942

Psicopatología	Agresor vs. víctima				Víctima-agresor vs. víctima				Agresor vs. víctima-agresor			
	RM	IC 95%		p	RM	IC 95%		p	RM	IC 95%		p
		Bajo	Alto			Bajo	Alto			Bajo	Alto	
Afectivos	.90	.46	1.75	.763	1.32	.47	3.79	.596	.68	.25	1.85	.45
Ansiedad	.91	.46	1.78	.779	.75	.26	2.13	.592	1.21	.45	3.26	.709
Somáticos	1.47	.75	2.87	.259	.80	.28	2.34	.686	1.83	.66	5.08	.244
Atención	1.17	.59	2.37	.645	2.22	.77	6.38	.138	.53	.19	1.43	.213
Oposicionismo	1.70	.86	3.34	.123	2.72	.93	7.98	.89	.62	.225	1.73	.365
Conducta	2.62	1.29	5.34	.008	7.18	2.22	23.19	.001	.37	.12	1.09	.073

RM: razón de momios, IC: intervalo de confianza

IC 95% 1.51-4.34, $p < .001$), somáticos (RM 2.46, IC 95% 1.45-4.17 $p < .001$) y TDAH (RM 2.44, IC 95% 1.38-4.32, $p = .002$). Para la comparación del agresor frente a víctimas fueron significativos los problemas de conducta (RM 2.62, IC 95% 1.29-5.34, $p < .008$). Para el grupo de víctimas frente a controles resultaron significativos los cocientes de momios de: ansiedad (RM 3.31, IC 95% 1.78-6.15, $p < .001$), TDAH (RM 2.07, IC 1.06-4.03, $p = .032$) y oposicionismo (RM 1.87 IC 1.0-3.5, $p = .022$). En el caso de víctima-agresor vs. control resultaron significativos los cocientes correspondientes a: conducta (RM 7.0, IC 95% 2.39-20.45, $p < .001$), oposicionismo (RM 5.10, IC 95% 1.89-13.77, $p < .001$) y TDAH (RM 4.61, IC 95% 1.74-12.22, $p = .002$). El cuadro II muestra las razones de momios ajustadas por sexo. El comportamiento es muy similar, la única diferencia es que el cociente de momios de víctima vs. control en el caso de oposicionismo pierde su significancia al 5%. Por último, el cuadro III muestra estos cocientes sólo para hombres, debido a que las mujeres representaron sólo 30% de la muestra, y dentro de ellas 79.41% son controles. El comportamiento de agresor y víctima-agresor es similar a los casos anteriores; sin embargo, en el comportamiento de la víctima el oposicionismo vuelve a ser significativo y la psicopatología ya no significativa fue la de atención deficiente.

Discusión

El acoso escolar o *bullying* es muy común, y así se muestra en este estudio piloto donde la frecuencia de escolares implicados fue de 24%, similar a lo reportado en el estudio del Instituto Nacional de Evaluación Educativa (INEE)¹⁵ sobre disciplina, violencia y consumo de sustancias nocivas en escuelas mexicanas de educación básica. Esta encuesta reveló que 8.8% de los estudiantes de primaria y 5.6% de los de secundaria incurrieron en actos de violencia en la escuela. Se estima que dos de cada 10 menores que asisten a la primaria han participado en peleas donde han golpeado a uno de sus pares, y 10.9% reconocen haber robado o amenazado a un compañero. En secundaria, 6.8% de los jóvenes integraron grupos de estudiantes para intimidar a otros alumnos de su escuela. En cuanto a quienes han sido víctimas de violencia, en primaria 24.2% afirmaron que sus compañeros se burlaban de ellos constantemente; 17% dijeron haber sido lastimados físicamente por otro estudiante o grupo de compañeros, mientras que 2.5% tienen miedo de ir a la escuela. En secundaria, 13.6% señalaron que reciben burlas constantes; 14.1% fueron lastimados por otro menor, y 13.1% han sido hostigados.

Sin embargo, esta cifra sólo refleja la percepción del acoso en su variedad más directa y agresiva que se

Cuadro II
RAZÓN DE MOMIOS AJUSTADA POR SEXO PARA LOS GRUPOS IMPLICADOS EN EL FENÓMENO DEL ACOSO (BULLYING).
MÉXICO DF, DICIEMBRE 2009

Psicopatología	Agresor vs. control				Víctima-agresor vs. control				Víctima vs. control			
	RM	IC 95%		p	RM	IC 95%		p	RM	IC 95%		p
		Bajo	Alto			Bajo	Alto			Bajo	Alto	
Afectivos	1.21	.70	2.1	0.50	1.84	.69	4.85	.47	1.41	.76	2.61	.27
Ansiedad	2.74	1.55	4.83	0.001	2.32	.88	6.12	.09	3.14	1.67	5.89	.001
Somáticos	3.02	1.68	5.39	0.001	1.56	.57	4.27	.39	1.89	1.00	3.56	.051
Atención	2.31	1.25	4.28	0.008	4.42	1.64	11.90	.003	2.01	1.02	3.96	.04
Oposicionismo	3.20	1.78	5.74	0.001	5.12	1.87	14.02	.0001	1.87	.98	3.58	.057
Conducta	2.43	1.37	4.32	0.002	6.75	2.28	19.97	.001	.95	.48	1.87	.878

Psicopatología	Agresor vs. víctima				Víctima-agresor vs. víctima				Agresor vs. víctima-agresor			
	RM	IC 95%		p	RM	IC 95%		p	RM	IC 95%		p
		Bajo	Alto			Bajo	Alto			Bajo	Alto	
Afectivos	0.85	0.43	1.67	.648	1.29	0.45	3.72	.625	.658	.24	1.79	.41
Ansiedad	.87	0.44	1.72	.692	.74	.26	2.10	.57	1.18	.43	3.19	.746
Somáticos	1.60	0.81	3.16	.176	.83	.28	2.43	.731	1.93	.69	5.38	.209
Atención	1.15	0.56	2.33	.696	2.20	.76	6.33	.143	.523	.19	1.42	.204
Oposicionismo	1.70	0.86	3.38	.126	2.73	.93	7.99	.067	.625	.22	1.73	.367
Conducta	2.57	1.25	5.26	.010	7.12	2.20	23.03	.001	.36	.119	1.087	.07

RM: razón de momios, IC: intervalo de confianza

Cuadro III
RAZÓN DE MOMIOS PARA LOS HOMBRES IMPLICADOS EN EL FENÓMENO DEL ACOSO (BULLYING). MÉXICO DF, DICIEMBRE 2009

Psicopatología	Agresor vs. control				Víctima-agresor vs. control				Víctima vs. control			
	RM	IC 95%		p	RM	IC 95%		p	RM	IC 95%		p
		Bajo	Alto			Bajo	Alto			Bajo	Alto	
Afectivos	1.29	0.71	2.33	0.394	1.29	0.45	3.73	.635	1.55	0.75	3.18	.15
Ansiedad	3.14	1.70	5.80	0.001	1.58	.54	4.64	.405	2.93	1.40	6.14	.003
Somáticos	3.05	1.63	5.75	0.001	1.75	.57	5.33	.325	1.83	0.85	3.94	.086
Atención	2.78	1.40	5.53	0.003	4.52	1.48	13.77	.008	2.85	1.27	6.36	.09
Oposicionismo	3.23	1.71	6.11	0.001	3.97	1.33	11.85	.014	2.34	1.09	5.01	.02
Conducta	2.74	1.47	5.11	0.001	7.87	2.32	26.54	.001	1.22	0.56	2.66	.37

Psicopatología	Agresor vs. víctima				Víctima-agresor vs. víctima				Agresor vs. víctima-agresor			
	RM	IC 95%		p	RM	IC 95%		p	RM	IC 95%		p
		Bajo	Alto			Bajo	Alto			Bajo	Alto	
Afectivos	0.83	0.40	1.73	.625	.83	0.26	2.62	.755	1	0.34	2.91	.99
Ansiedad	1.06	0.50	2.25	.18	.54	.17	1.71	.294	1.99	.67	5.85	.213
Somáticos	1.66	0.79	3.50	.18	.95	.29	3.10	.936	1.75	0.58	5.24	.319
Atención	0.97	0.46	2.06	.952	1.59	.50	5.03	.431	.61	.21	1.80	.376
Oposicionismo	1.38	0.66	2.87	.86	1.69	.53	5.36	.89	.816	.278	2.39	.71
Conducta	2.24	1.04	4.83	.038	6.43	1.76	23.52	.005	.34	0.10	1.17	.09

RM: razón de momios, IC: intervalo de confianza

Cuadro IV
TAMAÑO DE LA MUESTRA POR CATEGORÍA DE ACOSO
POR SEXO. MÉXICO DF, DICIEMBRE 2009

Estatus	Femenino	Masculino
Neutros	81* 9.51‡ (1.37)§	94 9.66 (1.32)
Víctima	13 9.23 (1.30)	44 9.95 (1.11)
Víctima /agresor	3 10.67 (1.53)	16 9.18 (1.51)
Agresor	5 9.8 (0.45)	84 9.88 (1.35)

* Tamaño de muestra
 ‡ Media de edad
 § Desviación estándar

expresa mayormente entre varones, lo que es evidente por la baja identificación de niñas ($n=5$). Este resultado plantea la necesidad de diseñar instrumentos más sensibles para evaluar el acoso escolar que permitan conocer la participación de las niñas como agresoras o víctimas, ya que hay estudios que indican que ellas son más vulnerables que los niños para resentir los efectos a corto y largo plazos. Un estudio reciente mostró que el estatus de agresor y víctima-agresor femenino a los 8 años tiene un riesgo aumentado para un embarazo adolescente aun después de controlar para variables de riesgo de tipo familiar y de psicopatología.¹⁶ Además, el Test Bull-S no explora otras formas más sutiles de acoso como la cibernética o relacional, que es muy prevalente entre niñas.^{17,18}

Estas formas de acoso no son menos agresivas ya que como lo muestra un estudio muy reciente, el acoso escolar de tipo relacional aumenta el riesgo de portación de armas en alumnos de ambos sexos.¹⁹ Este es un hecho que amerita estudiarse más intensamente pues este tipo de acoso suele pasar desapercibido y pudiera ser más estresante y potencialmente más peligroso que el tipo de acoso que involucra agresión física.²⁰

Para facilitar las comparaciones con los resultados de otros estudios se usó la misma clasificación empleada en ellos y pudimos ratificar que el acoso escolar se asocia con psicopatología en todos los implicados.²¹⁻²³ El grupo de víctimas tuvo puntajes de ansiedad más elevados que el resto de los grupos. Estos resultados son consistentes con la mayoría de los estudios publicados.^{24,25} La psicopatología más severa se manifestó en

los grupos de agresores y víctimas-agresores. Comparados con el grupo control, los integrantes del grupo agresor mostraron puntuaciones de psicopatología más elevadas en trastornos de ansiedad, somáticos, de atención deficiente (TDAH), oposicionismo y de conducta. Los últimos tres trastornos integran la dimensión de los llamados trastornos externalizados, los cuales habitualmente se manifiestan por comportamientos agresivos, característica que es consistente con lo encontrado en este estudio. La evaluación de la psicopatología asociada con la conducta de acoso es una estrategia obligada en la prevención, como mostró Sourander en 2007.²⁶ En ese estudio longitudinal el estatus de agresor frecuente a los 8 años mostró asociación con conducta delictiva en la adolescencia tardía como multas de tránsito, manejar en estado de ebriedad, robo, violencia y crímenes asociados a drogas ilícitas. Sin embargo, el riesgo fue sólo para el grupo de agresores con trastornos psiquiátricos. La conclusión es que el simple estatus de agresor o de víctima no se asocia con conducta criminal en la adolescencia tardía.

Durante la realización de esta investigación, cinco alumnos del grupo agresor abandonaron la escuela, evento que es un factor de riesgo para el uso de sustancias.²⁷ Hay evidencia que confirma la asociación entre el acoso escolar y el mayor uso y abuso de sustancias ilícitas, así como abandono escolar en los sujetos agresores.⁷

Los maestros y padres de familia a menudo optan por no hacer nada pensando que el acoso entre pares se extinguirá naturalmente. Sin embargo, la evidencia apunta a que no ocurre así. Estudios longitudinales muestran que el acoso permanece por muchos años y que los roles se mantienen: un niño que es víctima a los 7 años mostrará el mismo estatus 8 años después.^{25,28} Además, los efectos sobre la salud mental permanecen después de 10 y 15 años, ya que 28% de víctimas y agresores mantienen la psicopatología.⁶

La presencia de acoso escolar también es un indicador de disfunción familiar.²⁹ Según Bauer,³⁰ 97% de los casos de niños acosadores fueron víctimas de maltrato familiar y sus madres reportaron violencia de sus parejas hacia ellas hasta en 50% de los casos. Además, varios estudios identifican el acoso como un factor de riesgo para el suicidio y el uso y abuso de sustancias a corto y largo plazos.^{5,19,31}

La identificación de alumnos implicados en fenómenos de acoso y su referencia a servicios de salud mental forman parte de la estrategia terapéutica en estos casos. Sin embargo, es importante que las escuelas realicen campañas permanentes para prevenir y combatir el acoso y que busquen el apoyo de todos los implicados en el fenómeno: alumnos, padres de familia y maestros.

La participación de padres y alumnos considerados neutros es de gran importancia, pues son mayoría y pueden intervenir en el mantenimiento o la erradicación del fenómeno. El acoso escolar atenta contra el derecho de los niños a crecer y asistir a la escuela en un ambiente saludable, libre de violencia, con igualdad de oportunidades. Estos derechos están incluidos en la Iniciativa Global de Escuela Saludable de la OMS.³² La percepción de inseguridad en el ambiente de la escuela, si bien es más elevada en todos los implicados en el acoso escolar en comparación con los del grupo neutro, muestra un riesgo mayor para el grupo víctima-agresor y en segundo lugar para el de víctimas, como también lo revela un estudio reciente.³³

Conclusiones

La frecuencia del acoso escolar (*bullying*) en alumnos de cinco escuelas primarias oficiales del Distrito Federal es de alrededor de 24%, semejante a lo reportado en otros países. El acoso se asocia con trastornos psiquiátricos en todos los implicados, de los cuales la mayor parte son varones. De ellos, quienes muestran características de víctimas y agresores son los que más psicopatología presentan (principalmente trastornos externalizados como TDAH, oposicionismo y de conducta), seguidos por los agresores (trastornos internalizados o de ansiedad) y en tercer lugar por los menores víctimas (más trastornos de ansiedad). En lo que respecta a las niñas, el reducido número de las que fueron detectadas en fenómenos de acoso plantea la necesidad de realizar más estudios con instrumentos diseñados para la población mexicana que exploren las variedades de acoso escolar que ocurren entre ellas.

El acoso escolar requiere atención por su asociación con uso y abuso de sustancias, abandono escolar, violencia intrafamiliar, embarazo adolescente, conducta delictiva, portación de armas, conducta suicida y trastornos psiquiátricos como déficit de atención, conducta oposicionista, ansiedad, problemas psicósomáticos y de conducta.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Goodman R, Scott S. *Child Psychiatry*. 2nd edition. Oxford: Blackwell, 2005:243.
2. Craig W, Harel-Fisch Y, Fogel-Grinvald H, Dostaler S, Hetland J, Simons-Morton B, et al. HBSC Violence & Injuries Prevention Focus Group;

- HBSC Bullying Writing Group. A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries. *Int J Public Health* 2009;54:216-224.
3. Gini G, Pozzoli T. Association between bullying and psychosomatic problems: a meta-analysis. *Pediatrics* 2009; 123:1059-1065.
4. Rigby K. Consequences of bullying in school. *Can J Psychiatry* 2003;58:590.
5. Luukkonen AH, Räsänen P, Hakko H, Riala K, STUDY-70 Workgroup. Bullying behavior is related to suicide attempts but not to self-mutilation among psychiatric inpatient adolescents. *Psychopathology* 2009;42:131-138.
6. Sourander A, Jensen P, Rönning JA, Niemelä S, Helenius H, Sillanmäki L, et al. What is the early adulthood outcome of boys who bully or are bullied in childhood? The Finnish "From a Boy to a Man" study. *Pediatrics* 2007; 120:397-404.
7. Vaughn MG, Fu Q, Bender K, Delisi M, Beaver KM, Perron BE, et al. Psychiatric Correlates of Bullying in the United States: Findings from a National Sample. *Psychiatr Q* 2010; 81:183-195.
8. Sourander A, Roring J, Brunstein-Komlek A, Gyllenberg D, Kumpulainen K, Niemela S, et al. Childhood bullying behavior and later psychiatric hospital and psychopharmacologic treatment: findings from the Finnish 1981 birth cohort study. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66:1005-1012.
9. Consulta Infantil y Juvenil 2000. [sitio en internet] [Consultado 2010 diciembre 5]. Disponible en: <http://www.ife.org.mx/documentos/wwwwife/confecon.htm>.
10. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2006. México. [sitio en internet] [Consultado 2010 noviembre 15]. Disponible en: <http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf>
11. Cerezo F. Análisis de las características socio-afectivas del grupo de iguales. Detección, implicados y aspectos situacionales en las relaciones de agresividad entre iguales. [Consultado 2010 diciembre 5]. Disponible en: www.investigacion-psicoeducativa.org/revista.
12. Achenbach TM. *Manual for the Child Behavior Checklist/6-18 and 1991 Profile*. Burlington (VT): University of Vermont, 1991.
13. American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Cuarta edición (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatry Press, 1994.
14. Albores-Gallo L, Lara-Muñoz C, Esperón-Vargas C, Cárdenas Zetina JA, Pérez-Soriano AM, Villanueva-Colin G. Validity and reliability of the CBCL/6-18. Includes DSM scales. *Actas Esp Psiquiatr* 2007;35:393-399.
15. Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación. 2007. [sitio en internet] [Consultado 2010 diciembre 5]. Disponible en: <http://www.inee.edu.mx/>.
16. Lehti V, Sourander A, Klomek A, Niemelä S, Sillanmäki L, Piha J, et al. Childhood bullying as a predictor for becoming a teenage mother in Finland. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2011;20:49-55.
17. Putallaz M, Grimes CL, Foster KJ, Kupersmidt JB, Coie JD, Dearing K. Overt and relational aggression and victimization: multiple perspectives within the school setting. *J Sch Psychol* 2007;45:523-547.
18. Klomek AB, Sourander A, Niemelä S, Kumpulainen K, Piha J, Tamminen T, et al. Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48:254-261.
19. Glew GM, Fan MY, Katon W, Rivara FP. Bullying and school safety. *J Pediatr* 2008;152:123-128.
20. Dukes RL, Stein JA, Zane JJ. Gender differences in the relative impact of physical and relational bullying on adolescent injury and weapon carrying. *J Sch Psychol* 2010;48:511-532.
21. Forero R, McLellan L, Rissell C, Bauman A. Bullying behaviour and psychosocial health among school students in New South Wales, Australia: cross sectional survey. *BMJ* 1999; 319:344-348
22. Kaltiala-Heino R, Rimpela M, Rantanen P, Rimpela A. Bullying at school—an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *J Adolesc* 2000;23:661-674

23. 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;285:2094-2100.
24. Juvonen J, Graham S, Schuster MA. Bullying among young adolescents: the strong, the weak, and the troubled. *Pediatrics* 2003;112:1231-1237.
25. Arseneault L, Walsh E, Trzesniewski K, Newcombe R, Caspi A, Moffitt TE. Bullying victimization uniquely contributes to adjustment problems in Young children: a nationally representative cohort study. *Pediatrics* 2006;118:130-138.
26. Sourander A, Jensen P, Rönning JA, Elonheimo H, Niemelä S, Helenius H, et al. Childhood bullies and victims and their risk of criminality in late adolescence: the Finnish From a Boy to a Man study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007;161(6):546-552.
27. Medina-Mora ME, Cravioto P, Villatoro J, Fleiz C, Galván-Castillo F, Tapia-Conyer R. Consumo de drogas entre adolescentes: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 1998. *Salud Publica Mex* 2003;45:16-25.
28. Sourander A, Helstela L, Helenius H, Piha J. Persistence of bullying from childhood to adolescence—a longitudinal 8-year follow-up study. *Child Abuse Negl* 2000;24:873-881.
29. Spriggs AL, Iannotti RJ, Nansel TR, Haynie DL. Adolescent bullying involvement and perceived family, peer and school relations: commonalities and differences across race/ethnicity. *J Adolesc Health* 2007;41:283-293.
30. Bauer NS, Herrenkohl TI, Lozano P, Rivara FP, Hill KG, Hawkins JD. Childhood bullying involvement and exposure to intimate partner violence. *Pediatrics* 2006;118:235-242.
31. Tharp-Taylor S, Haviland A, D'Amico EJ. Victimization from mental and physical bullying and substance use in early adolescence. *Addict Behav* 2009;34:561-567.
32. Iniciativa Global de Escuela Saludable de la OMS [sitio de internet]; [consultado 2010 diciembre 5]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591048.pdf>
33. Glew GM, Fan MY, Katon W, Rivara FP, Kernic MA. Bullying, psychosocial adjustment and academic performance in elementary school. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159:1026-1031.