

Acoso escolar y su impacto en la naturalización de la violación de los derechos humanos. Estudio de caso en un centro educativo de Montevideo¹.

Mag. Fernando Salas Rosso^{1*}, Dra. Fernanda Lozano Méndez^{2*} y Lic. Laura Dovat^{3*}

1* - Instituto de Ciencia Política de la Facultad de Ciencias Sociales (UDELAR) y Facultad de Humanidades de la Universidad de Montevideo.

2 * - Facultad de Medicina (UDELAR) y Red de Atención Primaria de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (RAP-ASSE).

3* - Red de Atención Primaria de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (RAP-ASSE).

fsalas@um.edu.uy y fernandalozano@adinet.com.uy

Se realizó un estudio en un liceo de Montevideo sobre la prevalencia del acoso escolar, sus características y la relación con el bienestar emocional y físico de los adolescentes que cursan segundo año de Ciclo Básico.

Las dinámicas de acoso impactan negativamente en la salud de los involucrados y ya en ese grupo de edad hay una alta prevalencia de violencia basada en género lo cual contribuye a naturalizar futuras formas de violencia hacia la mujer durante el noviazgo o la vida en pareja.

El hecho de que el acoso suceda en un ámbito institucional, que representa al Estado, ante la presencia de compañeros y adultos que no intervienen para detener las agresiones, lleva a que muchos de los involucrados desarrollen una posición cínica respecto a los derechos humanos, considerando que su existencia no exige su respeto. Este cinismo respecto al derecho de vivir sin violencia se reafirma en múltiples ámbitos de la vida cotidiana de los adolescentes.

Es necesario profundizar y generalizar las intervenciones en esta problemática como forma de asegurar la efectiva vigencia de los derechos humanos dentro y fuera del ámbito educativo.

Bullying, género, naturalización.

¹ Trabajo presentado en las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, Udelar, Montevideo, 13-14 de setiembre de 2011

Introducción

La violencia hetero inferida está instalada en los ámbitos cotidianos de socialización de los niños, niñas y adolescentes -familia, escuela, medios de comunicación- (Bringiotti, 2008).

La violencia entre pares (bullying) es una importante causa de morbi mortalidad en niños y adolescentes (Krug et al., 2003). Diversos trabajos relacionan la presencia de dinámicas de acoso escolar con el porte de armas por parte de los jóvenes, los suicidios en esta franja de edad, y las agresiones severas dentro los centros educativos o en sus inmediaciones (Nansel et al., 2004 y Nansel et al., 2001).

El involucramiento, voluntario o no, en dinámicas de acoso escolar ocasiona repercusiones orgánicas y psicosociales a corto, mediano y largo plazo en los diversos participantes de la misma. Por ello es fundamental un abordaje integrado (contemplando los aspectos biopsicosociales) e integral (incluyendo estrategias de promoción y prevención primaria, secundaria y terciaria). Para ello es necesario complementar el trabajo del equipo de salud en atención primaria, con estrategias anti violencia en la institución escolar (programas antibullying), las cuales presentan buenos resultados, especialmente cuando el tema se incorpora a las instituciones en forma sistemática y continua (Vreeman y Carrol, 2007; Ehiri et al., 2009; Mitton et al., 2009).

Las agresiones pueden ser físicas, psicosociales (aislamiento, humillación) y/o sexuales.

Se ha documentado la existencia de diferencias basadas en género respecto al tipo de violencia en que se participa (Leccanelier, 2008).

En las dinámicas de bullying se pueden identificar diversos actores (Juvonen, Grahan y Schuster, 2003; Olweus, 2004; Pérez Algorta, 2008).

Encontramos por un lado a las víctimas, que suelen caracterizarse por presentar dificultades en las habilidades sociales. Un porcentaje de ellas también participa como

agresor. Por otro lado están los agresores puros, que se caracterizan por presentar mayor conflictividad a

nivel escolar y tendencia a conductas antisociales. Estos agresores, según Olweus, escogen a sus víctimas sin un motivo aparente. La agresión estaría más relacionada con las características del agresor o su entorno (por ejemplo la presencia de violencia habitual en sus hogares) que con las características de la víctima. En tercer lugar encontramos a la mayoría de los estudiantes, los cuales participan en calidad de testigos pasivos o activos (dependiendo de su actitud frente a la agresión). El último componente de la dinámica son los adultos: padres, personal del centro educativo o personal de la salud. Los padres pueden contribuir a estas dinámicas cuando desconocen o no dan importancia a los motivos por los cuales sus hijos no quieren asistir al centro educativo. Estas situaciones son más habituales cuando falla la comunicación con los hijos, existen problemas de violencia intrafamiliar o cuando hay una naturalización de la violencia a partir de que los adultos también la sufrieron cuando eran estudiantes o actualmente (mobbing – acoso en el ámbito laboral). En cuanto al personal del centro educativo se ha demostrado la mayor presencia de esta problemática en los casos en que la dirección, los profesores y/o los adscriptos no actúan para limitar esta problemática. En ocasiones el personal de la institución educativa interpreta erróneamente las dinámicas de acoso como simples peleas entre niños o entre adolescentes.

Los médicos deberían jugar un papel fundamental en la prevención y tratamiento de esta problemática, pero esto muchas veces no ocurre por la falta de formación específica respecto a la misma. El desconocimiento del impacto a corto, mediano y largo plazo en la salud de niños y adolescentes victimizados hace que los profesionales resten importancia a estas agresiones y no lo visualicen como un problema de salud (Arseneault et al., 2006; Benítez y Justicia, 2006; Kaltiala, 1999; Nickel et al., 2005; Fekkes et al., 2006).

Las consecuencias sobre las víctimas incluyen los trastornos en el estado de ánimo (desde la ansiedad, en cualquiera de sus formas, hasta la depresión mayor), el aumento de las tendencias suicidas, las somatizaciones de diferente tipo (enuresis secundaria, agravación de patologías crónicas), la adopción de conductas de riesgo (adicciones, inicio precoz de relaciones sexuales, trastornos de la conducta alimentaria) o la deserción escolar, con la repercusión social que esto tiene.

El impacto también se aprecia en los agresores (quienes presentan problemas de adaptación psicosocial, y mayor tendencia a desarrollar conductas antisociales con diversas formas de heteroagresividad en el futuro) y en los testigos (la exposición a violencia en forma repetida lleva a su naturalización como medio válido de resolver conflictos).

El equipo de salud tiene múltiples oportunidades para intervenir en la prevención y tratamiento de las problemáticas de acoso escolar. Durante el control en salud, estimulando la relación entre padres e hijos, promoviendo la puesta de límites adecuada y el desarrollo de habilidades sociales del niño. A partir de la edad escolar es recomendable incluir la temática en forma sistemática en la anamnesis, para realizar un diagnóstico precoz. Por otro lado es recomendable que el equipo de salud trabaje en red con la institución educativa para llevar a cabo estrategias antiviolencia incorporando una perspectiva de derechos que incluya aspectos médicos legales y el trabajo en métodos alternativos de resolución de conflictos (negociación, mediación, conciliación, arbitraje).

A esta tarea se le debe sumar el trabajo con las familias, tanto de las víctimas como de los agresores, para fortalecerlas, mejorar los vínculos y prácticas de crianza, desestimulando la violencia como forma de disciplina (Aramis y Lopes Neto, 2005; Craig, 2003; Krauskopf, 2006).

Los autores son animados a comenzar esta investigación, cuando en abril del 2008, un grupo de adolescentes vinculados a la policlínica en que trabajan dos de los autores, identificó la violencia en el liceo como un problema de salud. Se presentó un proyecto llamado “Todos contra el Bullying” a la iniciativa interministerial (Ministerio de Salud Pública y Ministerio de Desarrollo Social), “Arrímate a la Salud” para abordar el tema, el cual fue aprobado.

Desde esa fecha se trabaja con toda la generación que ingresó en ese año a dicho centro educativo, abordando inicialmente el tema de los derechos de niños, niñas y adolescentes, conceptos generales de violencia, y específicamente el bullying, a través de talleres participativos.

Luego de un año de trabajo con la población objetivo (sensibilizándola y capacitándola), cuando estos alumnos comenzaron sus clases en segundo año de liceo, se realizó la encuesta en que se centran las conclusiones de este informe.

Objetivos

El objetivo general es contribuir a la identificación del bullying como una situación de violación cotidiana de los derechos humanos que puede ser abordada con el apoyo del médico de familia.

Este objetivo general se desarrolla a través de dos objetivos específicos. En primer lugar describir de manera cuantitativa la problemática del bullying en un liceo de la zona oeste de Montevideo, tomando en cuenta: el número de afectados, los tipos de agresión, la motivación de los acosadores, la actitud de los testigos frente a la agresión, las características sociodemográficas de los involucrados (edades, sexo, situación familiar). En segundo lugar se pretende analizar el vínculo entre la participación en dinámicas de bullying y el estado de salud física y emocional de los involucrados, así como la relación con el rendimiento escolar.

Metodología

Se realizó un estudio transversal de tipo analítico. La población objetivo son los estudiantes de segundo año de un liceo público de la región oeste de Montevideo con los cuales se trabajó durante un año, previo al relevamiento de los datos.

Las variables consideradas en este estudio son las siguientes: participación en dinámicas de bullying (esta variable admite seis categorías: no participa, participa como víctima, participa como agresor, participa como víctima y agresor, participa como espectador pasivo y participa como espectador activo); edad; sexo; frecuencia de las agresiones sufridas; frecuencia de las agresiones infringidas; las formas de la agresión; los motivos de la agresión; la conducta ante las agresiones; los antecedentes médicos patológicos; consumo de sustancias psicoactivas, el rendimiento escolar; la existencia de disfunciones familiares; y la existencia de elementos de somatización.

Cómo técnica de relevamiento se realiza un censo a la población objetivo en base a un cuestionario. Se limita las posibilidades de malos entendidos respecto a las preguntas a partir de la realización previa de 4 talleres de capacitación con los estudiantes del liceo

que luego serían encuestados y la administración de la encuesta por parte de adulto capacitado en la temática, quien pudo aclarar las dudas en el momento del llenado del cuestionario. El total de encuestados fue de 203 alumnos (102 niñas y 101 niños). Los datos obtenidos fueron procesados a través de la aplicación de procedimientos estadísticos y la elaboración de gráficos utilizando como plataformas los programas informáticos SPSS y Excel.

Los aspectos éticos fueron tomados en cuenta en esta investigación de dos maneras. En primer lugar la población objetivo de nuestra investigación recibió, antes y después de ser investigada, el apoyo de los investigadores para el abordaje de los problemas detectados, a partir de un espacio específico en una policlínica de la zona. En segundo lugar se mantuvo la confidencialidad de los datos para evitar una estigmatización del liceo o los alumnos del mismo (lo cual sería por demás injusto ya que la problemática está presente en los más diversos contextos).

Resultados

En esta sección se presentan los datos cuantitativos que describen la dinámica del bullying en el liceo analizado.

Número de afectados por la problemática

El 65% de los estudiantes está involucrado en dinámicas de bullying, el 22,4% como agresores puros (agresores que no son agredidos), el 12% como víctimas puras (víctimas que no agreden) y el 30,2% participan a la vez como víctimas y agresores.

Tipos de agresiones

Se analizó la presencia de agresiones de tipo físico, psicológico y sexual entre las víctimas de bullying. Cada encuestado podía referir más de un tipo de violencia (razón por la cual los totales superan el 100%). El 92% de las víctimas relató sufrir violencia psicológica (95% de las mujeres y 85% de los varones), un 48% violencia física (54% de los varones y 43% de las mujeres) y un 4% violencia sexual (6% de los varones y 2% de las mujeres). A su vez, en un 40% de las víctimas las formas de violencia son combinadas (psicológicas y físicas o psicológicas, físicas y sexuales).

Motivación de los acosadores

50% de los agresores refiere no tener un motivo para elegir a sus víctimas (58% de los varones frente al 39% de las niñas), 32% agrede en represalia (39% de las niñas contra el 27% de los varones), 13% porque los agredidos les caen mal (similar entre niños y niñas), un 4% porque los consideran muy estudiosos (7% entre las niñas contra el 2% entre los niños) y el 1% porque su víctima tiene un defecto físico (2% entre las niñas frente al 0% entre los niños).

La actitud de los testigos de la agresión

El 78,8% de los adolescentes presenció hechos de bullying en el liceo o sus inmediaciones. Sin embargo sólo el 27,5% de los que presenciaron bullying intervino. De los que intervinieron 2 de cada tres avisó a un adulto, y sólo uno de cada dos cree que esto fue útil. Entre los que declararon no haber intervenido ante las agresiones presenciadas, el 40% no lo hizo por temor, otro 40% porque pensaba que algo habrá hecho el agredido y un 20% porque no sabía qué hacer.

Características sociodemográficas de los involucrados

La edad promedio de los que no participan como agresores o comovíctimas es de 15 años y tres meses; quienes son sólo víctimas tienen en promedio 13 años y 8 meses, quienes son sólo agresores tienen en promedio 13 años y 9 meses, quienes participan como víctimas y agresores tienen en promedio 14 años y 1 mes.

Respecto a la situación de agredido en relación al sexo los datos muestran que el 46% de las niñas son agredidas frente al 37% de los varones. El 16% de las niñas son víctimas puras frente al 6% de los niños.

Dentro de los varones agredidos el 89,5% declara sufrir agresiones de varones y el 26,3% agresiones de niñas (los datos no suman 100% porque algunos reciben a la vez agresiones de varones y niñas). Entre las niñas agredidas el 86,8% declara sufrir agresiones de varones mientras que el 52,2% sostiene que sus agresoras son otras niñas (los datos no suman 100% porque algunos reciben a la vez agresiones de varones y niñas).

Sobre la situación de agresor en relación al sexo vemos que el 60% de los varones participan como acosadores frente al 46% de las niñas. El 29% de los varones son agresores puros frente al 16% de las niñas.

Situación familiar

La situación familiar “está bien” en el 93% de los hogares de los que no participan en dinámicas de bullying y únicamente en el 76% de las víctimas puras.

Rendimiento escolar

Tienen problemas importantes en sus estudios (más de cinco materias bajas) el 38% de los que participan como víctimas y agresores, el 31% de los que no están involucrados en dinámicas de bullying, el 29% de los agresores puros y el 24% de las víctimas puras.

Estado de salud física y emocional

Se menciona el consumo de sustancias psicoactivas entre algunos de los involucrados (alcohol, tabaco y/o marihuana son las mencionadas por los encuestados).

Las sustancias psicoactivas son consumidas por el 51% de quienes son agresores puros, el 48% de quienes son a la vez víctimas y agresores, el 32% de las víctimas puras y el 29% de los que no participan en dinámicas de bullying.

A su vez declaran tener enfermedades crónicas (las mencionadas por los estudiantes fueron agrupadas en psiquiátrica, neurológica, hematológica, osteoarticulares, endocrino-metabólicas, cardiovasculares, respiratorias y alergias, entre otras) el 15% de los agresores puros, el 18% de quienes no se involucran en dinámicas de bullying, el 26% de los agresores puros y de las víctimas puras, y el 31% de los que participan como víctimas y victimarios.

Se preguntó también sobre la incidencia reciente de trastornos que se asocian a la somatización de los estados de ánimo (dolores corporales, trastornos digestivos - vómitos, ardor epigástrico-, trastornos del sueño, enuresis, mareos y lipotimia). Entre las víctimas puras el 50% expresó tener uno o más de estos síntomas, entre los que son

víctimas y agresores el 47%, entre los agresores puros el 33%, mientras que entre los que no participan de las dinámicas de bullying el 24% afirmó padecer uno o más de estos síntomas.

La mayor incidencia de sintomatología se da entre las víctimas de bullying (entre las víctimas puras el 50% expresó tener uno o más de estos síntomas, mientras que los que son víctimas y agresores respondieron afirmativamente en el 47% de los casos). La incidencia de estos trastornos entre los agresores es del 33%, mientras que los que no participan tienen una incidencia del 24%.

Finalmente, los estudiantes fueron consultados sobre su estado de ánimo. El 35% de las víctimas puras declaró que se sentía mal. Este porcentaje se reduce al 23% entre quienes son a la vez agresores y víctimas, el 8% de quienes son agresores puros y el 7% de los que no participan en dinámicas de bullying.

Análisis de resultados y discusión

Un problema generalizado

La mayoría de los estudiantes está involucrada en las dinámicas de bullying y no sólo como víctimas o agresores sino que buena parte de los involucrados participan a la vez como agresores y víctimas. El 65% de los estudiantes participa en dinámicas de bullying. El 41,4% de los adolescentes es víctima de bullying y el 50,2% participa como acosador (los resultados superan el 65% porque algunos participan a la vez como acosadores y acosados).

Predomina la violencia psicológica, seguida por la combinación de violencia psicológica y física. La violencia sexual siempre se da junto con violencia física y psicológica. Estos resultados se dan tanto en niños como en niñas. Sin embargo las formas de violencia física y sexual son más sufridas por los varones y la forma de violencia psicológica por las niñas, aunque la diferencia no es muy pronunciada.

Los agresores no son necesariamente los de más edad

Los que no participan de las dinámicas de bullying son mayores, en promedio, que aquellos que sí están involucrados. Quienes participan a la vez como víctimas y agresores son en promedio mayores que los que sólo son víctimas o agresores. No hay una diferencia importante entre quienes son sólo víctimas o sólo agresores (sólo un mes de diferencia a favor de los agresores).

La naturalización de la violencia de género

Las niñas tienen más probabilidades de ser agredidas que los varones. Por su parte los varones suelen participar como agresores en mayor proporción que las niñas. No hay diferencias importantes entre niños y niñas respecto de la situación de ser a la vez acosadores y acosados, donde si encontramos grandes diferencias es en las situaciones puras. La posibilidad de ser un agresor puro es el doble en los niños respecto a las niñas, mientras que la posibilidad de ser una víctima pura es tres veces superior en las niñas que en los niños.

Las agresiones entre los niños son mayoritariamente entre personas de su mismo sexo mientras que entre las niñas son con participación de personas de otro sexo.

Violencia en casa y en el liceo

Quienes no son víctimas ni agresores son quienes destacan la mejor situación familiar. Tanto los agresores como las víctimas relatan presentar mayores problemas en sus casas, siendo la peor situación la de las víctimas puras, seguidos por quienes son víctimas y agresores. Las patologías en las relaciones domésticas pueden eventualmente naturalizar las malas relaciones en el contexto educativo.

El acoso y la salud de los involucrados

El estado de salud de los involucrados en dinámicas de bullying es más pobre. Quienes participan en dinámicas de bullying presentan un mayor consumo de sustancias psicoactivas. A su vez dentro de estos que participan en dinámicas de bullying el consumo es mayor entre quienes son agresores puros o agresores y víctimas a la vez (la diferencia en el consumo de sustancias psicoactivas entre los que no participan y los que participan como víctimas puras es muy pequeña).

Las personas que no participan en las dinámicas de bullying y los agresores puros se destacan por tener una menor prevalencia de enfermedades crónicas. En particular se destaca la prevalencia entre 4 y 5 veces mayor de enfermedades respiratorias y alergias entre las víctimas en relación a aquellos que son agresores puros o no participan en las dinámicas de bullying. Respecto a las restantes enfermedades crónicas no se registran diferencias importantes en la prevalencia.

En tercer lugar, las víctimas de bullying presentan un peor estado emocional. Estas declaran tener un mayor malestar que quienes no participan en dinámicas de bullying o aquellos que participan como agresores puros. La sensación de malestar se multiplica por 5 entre las víctimas puras y por 3 entre quienes son a la vez agresores y víctimas respecto de aquellos que no participan en dinámicas de bullying o lo hacen como agresores puros. Es pertinente controlar esta sensación de bienestar con otra variable que tiene un fuerte peso explicativo sobre el bienestar emocional en los adolescentes: la situación familiar. Por eso comparamos también el bienestar emocional entre aquellos que declaran que las cosas andan bien por casa. Igualando la situación familiar (considerando sólo los que respondieron que las cosas andan bien por casa) muestran un bienestar emocional notoriamente mayor quienes no participan en dinámicas de bullying. La posibilidad de declarar sentirse mal es el doble entre las víctimas puras (7% frente al 4% de los que no participan en dinámicas de bullying), más del doble entre los agresores puros (10%) y se multiplica por cinco (22%) en el caso de los que son víctimas y agresores a la vez.

Por último, la presencia de sintomatología relacionada con la somatización de los estados de ánimo es el doble entre los que participan en dinámicas de bullying respecto a aquellos que no participan en la misma. Entre estos trastornos encontramos los siguientes: dolores corporales, trastornos digestivos (vómitos, ardor epigástrico), trastornos del sueño, enuresis, mareos y lipotimia.

¿Realmente se acosa porque sí?

Se destaca la alta presencia de agresores que expresan no tener motivos para elegir a sus víctimas y la de aquellos que atacan respondiendo a una agresión, dinámica que está en la base del comportamiento de aquellos que son a la vez víctimas y agresores.

Sin embargo, contrariamente a lo expresado en las razones subjetivas hay algunas regularidades entre aquellos que son acosados. En primer lugar, entre las víctimas puras están más representados los que tienen menos materias bajas. Un aspecto que cuestiona la sabiduría popular es que los agresores puros no son los que tienen peor rendimiento, de hecho tienen mejor rendimiento promedio que los que no están involucrados en dinámicas de bullying. Por su parte, los que tienen el peor rendimiento son los que participan a la vez como víctimas y agresores.

En segundo lugar, recordemos la alta prevalencia de enfermedades crónicas alérgicas y/o respiratorias entre las víctimas, de manera de que si bien el pobre estado de salud de la víctima no es relatado como un motivo de selección por parte de los acosadores, este factor podría estar jugando un rol importante.

En tercer lugar, también recordemos que las víctimas pueden tener menos redes en sus hogares ya que estas declaran en mayor número que la situación en sus hogares anda mal.

La pasividad ante la violación cotidiana de los derechos humanos de los adolescentes

Casi dos de cada tres adolescentes que presencia actos de acoso asumen un rol pasivo.

En la literatura se plantea que este es un aspecto que contribuye a perpetuar las dinámicas de bullying.

Parece imperar un código de silencio similar al que silencia las agresiones dentro de las cárceles. Este código de silencio se basa en la desconfianza hacia los adultos del liceo.

Un rol más activo por parte de los adultos es necesario para disminuir el número de los que no intervienen por temor, quienes justifican la agresión o quienes sostienen que no saben qué hacer.

En las instituciones educativas se violan cotidianamente los derechos humanos a través de las dinámicas de bullying, con consecuencias negativas para el bienestar emocional, la desigualdad de género y la salud de las víctimas.

El hecho de que esta violación de los derechos humanos se procese en una institución educativa lo torna más grave por favorecer su naturalización.

Conclusiones

La prevalencia de la violencia en este centro educativo es elevada y si el docente y el profesional de la salud no lo indagan específicamente puede pasar desapercibida, a pesar de poder ocasionar impacto emocional y orgánico importante.

Las dinámicas de acoso escolar muestran una alta prevalencia de violencia basada en género lo cual contribuye a naturalizar futuras formas de violencia hacia la mujer durante el noviazgo o la vida en pareja.

El hecho de que el acoso suceda en un ámbito institucional, que representa al Estado, ante la presencia de compañeros y adultos que no intervienen para detener las agresiones, lleva a que muchos de los involucrados desarrollen una posición cínica respecto a los derechos humanos, considerando que su existencia no exige su respeto. Este cinismo respecto al derecho de vivir sin violencia se reafirma en múltiples ámbitos de la vida cotidiana de los adolescentes.

Es necesario profundizar y generalizar las intervenciones en esta problemática como forma de asegurar la efectiva vigencia de los derechos humanos dentro y fuera del ámbito educativo.

Agradecimientos

A todos los adolescentes participantes de “Todos contra el bullying” que se empoderaron y mostraron al resto de sus compañeros que es posible vivir sin violencia.

Al personal del liceo especialmente las preparadoras del laboratorio, adscriptas y Dirección que se mostraron abiertos a trabajar el tema y coordinaron los horarios de los talleres.

Bibliografía

- ARAMIS, A.; LOPES, N. (2005). “Bullying y comportamiento agresivo entre estudiantes”. *Jornal de Pediatria*. Vol. 81, nº5.
- ARSENEAULT, L.; WALSH, E.; TRZESNIEWSKI, K.; NEWCOMBE, R.; CAPSI, A.; MOLFITT, T. (2006). “Bullying victimization uniquely contributes to adjustment problems in young children. A nationally representative cohort study.”, *Pediatrics*; 118 (1) :1421-22.
- BENÍTEZ, JL. y JUSTICIA, F. (2006). “El maltrato entre iguales: descripción y análisis del fenómeno”. *Revista electrónica de Investigación Psicoeducativa*; 9, 4(2):151-170.
- BOROWSKY, I.; MOZAYENY, S.; STUENKEL, K.; IRELAND, M. (2004). “Effects of Primary care-based intervention on violent behavior and injury children”. *Pediatrics*; 114 (4): 601-6.
- BRINGIOTTI, M. (2008). *La violencia cotidiana en el ámbito escolar: Algunas propuestas visibles e intervención*. Bs As. Ed Lugar.
- CRAIG, W.; PEPLER, D. (2003). “Identifying and targeting risk for involvement in bullying and victimization”. *Psychiatry*; 48: 577-82.
- EHIRI, J.; HITCHCOCK, L.; IVERSON, E.; HENRY. O.; MYTTON, J.(2009). “Primary prevention interventions for reducing school violence”. En *The Cochrane Library*, Issue 1. Oxford.
- FEKKES, M.; PIJPERS, F.; FREDRIKS, A.; VOGELS, T.; VERLOOVE-VANHORICK, S. (2006). “Do bullied children get ill, or do illchildren get bullied? A prospective cohort study on the relationship between bullying and health relatedsymptoms”. *Pediatrics*; 117 (5): 1568-74.
- JUVONEN, J.; GRAHAN, S.; SCHUSTER, M. (2003). “Bullying among young adolescents: the strong, the weak and the troubled”. *Pediatrics*; 112 (6): 1231-37.

- KALTIALA, H.; RIMPELA, M.; MARTTUNEN, M.; RIMPELÄ, A.; RANTANEN, P. (1999). "Bullying, depression and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey". *BMJ*. Vol 319.
- KRAUSKOPF, D. (2006). *Estado del arte de las experiencias y proyectos de prevención de violencia en ámbitos escolares. Fomento del desarrollo juvenil y prevención de la violencia en América Latina*. Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Agencia de Cooperación Técnica Alemana (GTZ). Washington. <http://amro.who.int/cdmedia/fchgtz/informacion%20regional/documentos/estado%20de%20arte.pdf> (Consultado 12/11/08).
- KRUG, E.; DAHLBERG, LL.; MERCY, J, LOZANO, R. (2003). *Informe mundial sobre violencia y salud*. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Washington. Cap. 1 y 2.
- LECCANELIER, F. (2008). *Bullying, violencia escolar: ¿Qué es y cómo intervenir?*. Facultad de Psicología. Universidad del Desarrollo. Santiago de Chile. (Consultado 12/11/08). Disponible en http://www.cgpaltazor.cl/index_archivos/index_archivos/bullying.pdf.
- LYZNICKI, J. et al. (2004). "Childhood bullying: Implications for physicians". *American Family Physician*; 70 (9): 1723-30.
- MYTTON, J; DIGUISEPPI, C.; GOUGH, D.; TAYLOR, R.; LOGAN, S. (2009). "School-based secondary prevention programmes for preventing violence". En *The Cochrane Library*, Issue 1, 2009. Oxford.
- NANSEL, T.; CRAIG, W.; OVERPECK, M.; SALUDA, G.; RUAN, J. (2004) "Cross-national consistency in the relationship between bullying behaviors and psychosocial adjustment", *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 158: 730-736.
- NANSEL, T.; OVERPECK, M.; PILLA, R.; RUAN, W.; SIMONS-MORTON, B.; SCHEIDT, P. (2001). "Bullying behaviors among U.S. youth: Prevalence and association with psychosocial adjustment". *The Journal of the American Medical Association*; 285(16): 2094-2100.
- NICKEL, M.; KRAWCZYK, J.; NICKEL, C.; FORTHUBER, P.; KETTLER, C.; LEIBERICH, P.; MUCHLBACHER, M.; TRITT, K.; MITTERKEHNER, F.; LAHMANN, C.; ROTHER, W.; LOEW, T. (2005). "Anger, interpersonal relationships, and health related quality of life in bullying boys who are treated with outpatient family

therapy: a randomized, prospective, controlled trial with 1 year of follow up”. *Pediatrics*. Vol 116. N° 2.

- OHENE, S.; IRELAND, M.; MC NEELY, C.; WAGMAN, I. (2006). “Parental expectations. Physical punishment, and violence among adolescents who score positive on a psychosocial screening test un primary care”. *Pediatrics*; 117(2): 649-54.
- OLWEUS, D. (2004). *Conductas de acoso y amenaza entre escolares*. Madrid. Alfaomega. Ediciones Morata. Segunda edición.
- PÉREZ ALGORTA G. (2008). *Dinámica del bullying y psicopatología en adolescentes*. (Consultado 12/11/08). Disponible en http://www.espaciotodobien.com/documentos/hostigamiento/Dinamica_Bullying_y_Psicopatologia_en_Adolescentes.pdf.
- RODRÍGUEZ PIEDRA, A.; SEOANE, L. y PEDREIRA, J. (2006). “Niños contra niños: el bullying como trastorno emergente”. *Anales de Pediatría* (Barcelona);64(2):162-6.
- SPECTOR, N.; KELLY, S. (2006). “Pediatrician’s role in screening and treatment: bullying, prediabetes, oral health”. *Current Opinion in Pediatrics*; 18: 587-96.
- TRAUTMANN, A. (2008). “Maltrato entre pares o “bullying” Una visión actual.”. *Revista Chilena de Pediatría*; 79 (1): 13-20.
- VAN CLEAVE. J. y DAVIS, M. (2006). “Bullying and peer victimization among children with special health care needs”. *Pediatrics*, 118. (4): .1212-19 .
- VREEMAN, R. y CARROL, A. (2007): “A systematic review of school-based interventions to prevent bullying”. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*; 161: 78-88.