

# Maltrato entre iguales (*Bullying*) en la escuela. ¿Cuál es el papel de los pediatras de Atención Primaria?

MS. Galardi Andonegui, R. Ugarte Líbano  
Pediatras, CS Aranzabizkarra / Vitoria-Gasteiz.

---

Rev Pediatr Aten Primaria. 2005;7:11-19

M.<sup>a</sup> Soledad Galardi Andonegui, mgalardi@apar.osakidetza

El maltrato entre iguales en la escuela o *bullying* es un fenómeno que existe desde siempre, pero es en estos últimos años cuando está aumentando la percepción sobre ello. Este cambio, que ha ido ocurriendo en casi todos los países de nuestro entorno, se ha debido en parte al eco que han tenido en los medios de comunicación algunos sucesos graves, lo que ha generado una mayor sensibilización social y el inicio de actuaciones a niveles administrativos y escolares. Cristina del Barrio, en un excelente artículo de revisión en este número de la Revista, profundiza sobre las características de este tipo de relaciones, aportando datos del principal estudio que se ha hecho a nivel estatal<sup>1</sup>.

Por nuestra parte, el objetivo de este artículo es repasar algunos conceptos básicos sobre lo que es el *bullying*, sus tipos, dinámicas, consecuencias para los

niños y reflexionar sobre qué papel tenemos los pediatras de Atención Primaria tanto en su prevención como en su diagnóstico y tratamiento.

### Definición y tipos

El noruego Dan Olweus<sup>2</sup> fue uno de los primeros en estudiar los fenómenos de victimización en la escuela y los definió como una conducta agresiva física o psicológica que realiza un alumno contra otro al que elige como víctima y que se repite en el tiempo provocando en la víctima efectos claramente negativos: disminución de la autoestima, estados de ansiedad e incluso cuadros depresivos, lo que dificulta su integración en el medio escolar y el desarrollo normal del aprendizaje.

Una característica fundamental para considerar el *bullying* es que haya un desequilibrio de poder, de modo que no

se consideran como tal conductas agresivas entre iguales en las que no hay este desequilibrio.

Los distintos tipos de *bullying* aparecen reflejados en la Tabla I, modificada de Lyznicki<sup>3</sup>.

### Prevalencia

El fenómeno del maltrato entre iguales se produce en todos los países en los que se ha estudiado, aunque la comparación de cifras es difícil debido a que las metodologías, diseños e instrumentos de medida son diferentes. En el informe del Defensor del Pueblo<sup>1</sup> se hace una valoración de estudios de distintos países europeos (Tabla II). Los estudios españoles<sup>1,4-6</sup> también dan cifras variables (Tabla III), en general más bajas que las de otros países del sur de Europa como Portugal e Italia.

De todas formas, hay algunos datos que son comunes a diversos estudios respecto a las distintas variables relacionadas con el maltrato, como género, edad, tipos de conducta y lugar donde se producen:

- El agresor es principalmente un varón que puede actuar solo o en grupo.
- Las víctimas se reparten por igual entre chicos y chicas, aunque en el estudio del Defensor del Pueblo las víctimas también son mayoritariamente varones<sup>1</sup>.
- Los niños tienden más a formas de abuso físico y las niñas al maltrato verbal o de exclusión. La violencia física es más frecuente en la Educación Primaria.
- El maltrato verbal es el más frecuente, seguido del físico y en tercer lugar del social. El acoso sexual y las

Tipo	Directo	Indirecto
<b>Físico</b>	Empujar, dar patadas, pegar, robar o romper cosas, acoso sexual.	Reclutar a otro para que colabore en el <i>bullying</i> .
<b>Verbal</b>	Insultar, "tomar el pelo", poner motes, burlarse.	Hablar mal de alguien, extender rumores.
<b>Social</b>	Amenazas.	Ignorar, excluir de juegos, manipular a los amigos de la víctima, notas, correos electrónicos o mensajes por teléfono móvil amenazantes.
<b>Pasivo</b>	Inhibición al contemplar episodios de <i>bullying</i> .	

amenazas con armas son muy poco frecuentes en todos los estudios.

- El lugar del maltrato es mayoritariamente la escuela, siendo en los cursos de Educación Primaria más frecuente en el patio y en los de Secundaria en las aulas y en los pasillos.
- La mayoría de los actos son realizados por compañeros del mismo curso o grupo y con menor frecuencia por alguno de edad ligeramente superior.
- A lo largo de la Educación Secundaria la incidencia de *bullying* descien- de de forma significativa.

## Perfiles de los personajes

Algunos niños tienen más riesgo de convertirse en agresores y víctimas que otros, aunque esto no está en modo alguno predeterminado. Han sido muchas las investigaciones realizadas para encontrar un perfil de los alumnos implicados en la violencia escolar y, aunque los datos son variables, sí que existen una serie de características de personalidad, socialización y familiares que favorecen que un niño adopte el papel de agresor o de víctima en las dinámicas de maltrato en la escuela<sup>3,7-10</sup>.

**Tabla II.** Prevalencia de maltrato en distintos países de Europa<sup>1</sup>

	Noruega	Inglaterra	Irlanda	Escocia	Italia	Portugal
<b>Autor</b>	Olweus	Smith	Byrne	Mellor	Fonzi	Almeida
<b>Año</b>	1999	1993	1994	1990	1999	1999
<b>Edades</b>	7-16	7-16	7-16	12-16	8-14	12-16
<b>Víctima</b>	9% <sup>a</sup>	14% <sup>a</sup>	5,14% <sup>a</sup>	6% <sup>b</sup> 3% <sup>c</sup>	26,4% <sup>b</sup> 9,5% <sup>c</sup>	21,6% <sup>a</sup>
<b>Agresor</b>	7% <sup>a</sup>	7% <sup>a</sup>	5,37% <sup>a</sup>	4% <sup>b</sup> 2% <sup>c</sup>	20% <sup>b</sup> 8,1% <sup>c</sup>	15,4% <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Sin especificar frecuencia. <sup>b</sup> Frecuencia esporádica. <sup>c</sup> Mayor o igual a 1 vez por semana.

**Tabla III.** Prevalencia de maltrato en distintos estudios españoles<sup>1,4-6</sup>

	Fernández y Quevedo	Cerezo	Ortega	Joventut y Seguritat	Avilés
<b>Autor</b>	Fernández y Quevedo	Cerezo	Ortega	Joventut y Seguritat	Avilés
<b>Año</b>	1991	1992	1998	2000	2002
<b>Edades</b>	8-12	10-16	7-16	12-18	12-16
<b>Víctima</b>	17,2% <sup>b</sup> 3,1% <sup>c</sup>	5,4% <sup>a</sup>	22,5% <sup>b</sup> 3,5% <sup>c</sup>	9% <sup>a</sup>	5,7% <sup>c</sup>
<b>Agresor</b>	17,3% <sup>b</sup> 4,7% <sup>c</sup>	11,4% <sup>a</sup>	27,2% <sup>b</sup> 1,5% <sup>c</sup>	9% <sup>a</sup>	5,9% <sup>c</sup>

<sup>a</sup> Sin especificar frecuencia. <sup>b</sup> Frecuencia esporádica. <sup>c</sup> Mayor o igual a 1 vez por semana.

**Agresores:** suelen tener una personalidad dominante, con gran impulsividad y dificultad para controlar la ira. Se consideran líderes, sinceros y no tienen sentimiento de culpa ni ven como negativas las conductas violentas. Físicamente suelen ser más fuertes que sus compañeros y, sobre todo, que su víctima. Tienen escasas habilidades sociales para comunicar y negociar sus deseos y les cuesta aceptar las normas. Suelen carecer de fuertes lazos familiares o pertenecen a familias con patrones de educación autoritarios o que ejercen el castigo físico y están poco interesados en la escuela.

**Víctima:** suelen repartirse igual entre ambos sexos y pueden ser de dos tipos:

- *Clásica o pasiva:* es la más frecuente. Físicamente débil, con pocas habilidades sociales, inseguro. Tienen pocos amigos y por tanto menor protección de sus iguales. No responden al agresor, lo que refuerza la actitud de poder de éste. Pueden creer que son merecedores del maltrato que sufren (igual que muchas víctimas de la violencia doméstica). En la escuela tienen una mayor actitud positiva hacia el profesorado que los agresores, aunque también suelen tener problemas académicos. En el ámbito familiar pasan más

tiempo en casa y tienen un contacto estrecho con sus madres (a veces sobreprotección). Otras veces son niños con alguna característica física (retraso de desarrollo, del lenguaje, obesidad, talla...) o social (etnia, vestido...) que los hace muy diferentes a la mayoría y más propensos a ser objeto de burlas.

- *Provocadora:* suelen tener comportamientos irritantes que generan tensión alrededor y rechazo de los compañeros. Son niños impulsivos, a veces hiperactivos, propensos a enfadarse y a atacar cuando son víctimas de maltrato a diferencia de la víctima pasiva. En algunos trabajos se habla de ellos como agresores-víctimas y son los que tienen mayores problemas de conducta, escolares y de relaciones sociales de los tres grupos.

Los otros personajes implicados en la dinámica del *bullying* son los espectadores, que con su inhibición o su apoyo directo al agresor colaboran con el maltrato, y los adultos (padres y profesores), que normalmente no son conscientes del problema hasta que éste alcanza una gravedad importante. Respecto a los espectadores, llama la atención en el trabajo del Defensor del Pueblo<sup>1</sup> que, en opinión de los agresores, los demás

alumnos reaccionan mayoritariamente no haciendo nada y en segundo lugar animando o ayudando al agresor. En cambio, la mitad de los testigos dicen que actúan intentando cortar la situación, sólo un 18% dice que no hace nada y el 1,5% que apoya al agresor.

### **Consecuencias del *bullying***

Tanto los agresores como las víctimas padecen más trastornos psicológicos y de conducta que otros niños de su edad, aunque de distinto tipo:

Las víctimas tienen mayor prevalencia de problemas psicosomáticos, baja autoestima, ansiedad, depresión, fobia a la escuela<sup>3,11,12</sup>. Asimismo, tienen mayor tasa de fracaso escolar y problemas de relaciones sociales<sup>13</sup>. Si la situación se prolonga, se va minando la imagen que tienen de sí mismos pudiendo llegar en casos extremos a intentos de suicidio<sup>11</sup>.

Los agresores tienen mayor riesgo de continuar con conductas violentas y desarrollar una personalidad antisocial. También tienen mayor riesgo de alcoholismo y de conductas delictivas en la edad adulta, así como de extender sus conductas agresivas al ámbito del hogar cuando tienen relaciones de pareja<sup>3,13</sup>.

Los espectadores tampoco son inmunes a las consecuencias pues la contemplación repetitiva de actos agresivos

conlleva a una progresiva insensibilización ante el sufrimiento del otro.

### **Papel del pediatra**

Aunque se habla de que la prevención del *bullying* tiene que ser algo más global que la simple actuación en la escuela, la mayoría de las referencias son sobre políticas globales, actuación de estamentos municipales, asistentes sociales y poco sobre los agentes de salud de forma específica.

Sin embargo, hay estudios que demuestran que nuestro trabajo puede ser efectivo en reducir el comportamiento violento en los niños<sup>14,15</sup>. Además, investigaciones sobre la estabilidad del estatus de víctima y agresor sugieren que algunos niños adoptan roles estables de uno u otro antes de los 8 años, lo que hace imprescindible la intervención temprana<sup>16</sup>.

Por eso, creemos que todos deberíamos hacernos estas preguntas: ¿qué podemos hacer los pediatras de Atención Primaria (AP) para mejorar la situación y por qué nosotros? Intentaremos contestar primero a la última parte de la pregunta antes de comentar nuestras posibles tareas. En nuestra opinión, los pediatras de AP estamos en una situación privilegiada pero que a la vez nos hace responsables porque:

- Tenemos una relación continua con las familias durante todo el periodo de la infancia, lo que nos permite conocer bastante bien al niño tanto en aspectos de desarrollo como de posibles patologías, así como el modelo educativo de familia, las rupturas o acontecimientos vitales que suceden en ella, entre otros.
- Somos el primer contacto del sistema sanitario al que suelen acudir por problemas de salud, tanto físicos como psicológicos, y los coordinadores de una posible derivación a otros profesionales.
- Al trabajar en un ámbito comunitario, muchas veces tenemos cercanía a los centros escolares, por lo que conocemos más o menos su situación además de a los distintos personajes que pueden estar implicados en el problema, lo que nos permite poder entender mejor las dinámicas.

Y como parece que está claro que no podemos evadirnos del problema, vamos a pensar qué podríamos hacer respecto a su prevención, detección y tratamiento.

### **Prevención**

Este aspecto deberíamos enfocarlo en los controles de salud, igual que hace-

mos con otras actividades preventivas, y básicamente sería aconsejar a las familias para estimular conductas educativas y afectivas adecuadas, anticipar etapas conflictivas del desarrollo de los niños para mejorar su manejo cuando se produzcan y ofrecer siempre nuestro apoyo para que sepan que pueden recurrir a nosotros en este tipo de problemas. Asimismo, tendríamos un papel importante en detectar factores de riesgo familiares como son familias con una permisividad excesiva y falta de normas, con indiferencia afectiva, o en las que sea común el castigo físico o maltrato emocional pues, como hemos comentado con anterioridad, todos ellos se han relacionado con el perfil del niño agresor. Respecto al riesgo de desarrollar el papel de víctima, debemos estar atentos a los niños de familias sobreprotectoras, con padres ansiosos que no permiten el desarrollo de la autonomía del niño.

### **Detección**

Ésta la podemos hacer tanto en los controles de salud como en la consulta a demanda.

*Controles de salud:* preguntando específicamente sobre el tema, con preguntas abiertas e indirectas que puedan darnos signos de sospecha y no tanto sobre rendimiento escolar, que es en lo

que tendemos a centrarnos más. Estar especialmente atento a niños con factores de riesgo de agresor (conductas negativistas, escasa capacidad de adaptación a nuevas situaciones) o de víctima (fragilidad, retraimiento excesivo, defectos físicos, retraso del lenguaje, problemas de aprendizaje, obesidad).

*Consulta a demanda:* en niños que consulten por problemas que pueden ser psicossomáticos (cefaleas, dolor abdominal recurrente, pérdida de apetito, enuresis, etc.), no olvidarnos de preguntar sobre la escuela. Asimismo, ante niños con lesiones inexplicadas o que no se ajustan al mecanismo de lesión que cuentan, y que han sido producidas en el colegio.

## **Tratamiento**

Es probable que el tratamiento del *bullying* competa principalmente a otros profesionales además de a la escuela en sí, pero nosotros también podemos:

– Cuando sospechemos o nos hayan consultado directamente por este problema, deberíamos ponernos en contacto con el colegio, hacerles saber la situación y que ellos nos transmitan su información. En nuestra escasa experiencia con estos casos, los padres acuden dolidos por sentir que en el colegio no hacen ca-

so a sus temores, les dicen que lo que pasa es normal entre niños, que ellos no han visto nada importante, etc. Nuestra opinión como profesionales que conocen al niño y que pueden ser más objetivos que la familia puede ser de gran valor.

– En casos que no sean graves, además de las medidas que se tomen en el centro escolar, podemos asesorar a los padres sobre pautas para mejorar la autoestima del niño, técnicas de disuasión no violenta (mirar a los ojos al agresor, hablar fuerte y alejarse), ensayo mediante *role-play* de qué puede hacer en las distintas situaciones que se produzcan. Aconsejar actividades extraescolares en las que pueda tener relación con otros niños y hacer nuevos compañeros y amigos. En cualquier caso, y aunque no dispongamos de mucho tiempo o no nos sintamos preparados en este tema, debemos escuchar siempre a la víctima, invitarle a que cuente cómo se siente, posicionarnos a su favor y decirle que puede hacer cosas para disminuir la agresión y que nosotros vamos a intentar ayudarle o ponerle en contacto con quien le pueda ayudar.

– En casos más graves, y sobre todo en los de agresor y víctima provoca-

tiva, que son de más difícil tratamiento, derivarlos a la Unidad de Salud Mental Infantil correspondiente y mantener la coordinación.

## Conclusiones

- El maltrato en la escuela es un problema frecuente que tiene consecuencias importantes de salud para todos los implicados.
- Hay una serie de características que favorecen el papel de agresor o de víctima en las dinámicas de violencia escolar y que tenemos que conocer.
- La prevención del *bullying* tiene como pilar fundamental el trabajo en los centros escolares, pero para que sea efectiva tiene que implicar al resto de la comunidad incluyendo administraciones, autoridades educativas, familias, psicólogos, medios de comunicación y por supuesto a los pediatras como agentes de salud.
- Los pediatras tenemos que incorporar en nuestro trabajo diario prácticas destinadas a la prevención y detección de los problemas de violencia escolar, así como mejorar nuestra formación en este tema.
- Es necesario continuar los trabajos de investigación epidemiológica para tener una información actualizada que permita seguir la evolución de este fenómeno y tomar las medidas más oportunas y eficaces.

---

## Bibliografía

1. Defensor del Pueblo. Informes, estudios y documentos. Violencia escolar: el maltrato entre iguales en la Enseñanza Secundaria Obligatoria. Madrid: Publicaciones del Defensor del Pueblo, 2000 [En línea][Fecha de consulta 2005 feb 14]. Disponible en <http://www.defensordelpueblo.es/documentacion/informesmonograficos/ESTUDIOVIOLENCIA.zip>
2. Olweus D. Agresion in the Schools: Bullies and Whipping Boys. Washington, DC: Hemisphere Press, 1978.
3. Lyznicki JM, Mccaffree MA, Robinowitz CB. Childhood Bullying: Implications for Physicians. Am Fam Physician. 2004;70(9):1723-1728 [En línea][Fecha de consulta 2005 feb 14]. Disponible en <http://www.aafp.org/afp/20041101/1723.html>
4. Ortega R, del Rey R. El Proyecto Andalucía Anti-Violencia Escolar: ANDAVE [En línea][Fecha de consulta 2005 feb 8]. Disponible en [http://www.gh.profes.net/especiales2.asp?id\\_contenido=40416](http://www.gh.profes.net/especiales2.asp?id_contenido=40416)
5. Generalitat de Catalunya, Departament d'Ensenyament, Departament d'Interior. Enquesta als joves escolaritzats de 12 a 18 anys. Curso 2000-2001 [En línea][Fecha de consulta 2005 feb 8]. Disponible en [www.gencat.net/interior/docs/text\\_integre.pdf](http://www.gencat.net/interior/docs/text_integre.pdf)



6. Avilés Martínez JM. Bullying. Intimidación y maltrato entre el alumnado. Bilbao: STEE-EILAS, 2002 [En línea][Fecha de consulta 2005 feb 8]. Disponible en [http://www.stee-eilas.org/lan\\_osasuna/dok/bullyingCAST.pdf](http://www.stee-eilas.org/lan_osasuna/dok/bullyingCAST.pdf)
7. Cerezo F. Variables de personalidad asociadas en la dinámica bullying (agresores vs víctimas) en niños y niñas de 10 a 15 años. An Psicología. 2001;17(1):37-43 [En línea][Fecha de consulta 2005 feb 8]. Disponible en [http://www.um.es/facpsi/analesps/v17/v17\\_1/04-17\\_1.pdf](http://www.um.es/facpsi/analesps/v17/v17_1/04-17_1.pdf)
8. Juvonen J, Graham S, Schuster MA. Bullying Among Young Adolescents: The Strong, the Weak, and the Troubled. Pediatrics. 2003;112;1231-1237 [En línea][Fecha de consulta 2005 feb 8]. Disponible en <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/112/6/1231>
9. Ahmed E, Braithwaite V. A multiperspective comparison of bullying status groups: Family and school concerns. In: Heubeck B, Sanders J. School Stress. Oxford: The Oxford University Press [En línea][Fecha de consulta 2005 feb 14]. Disponible en <http://crj.anu.edu.au/pubs.eavb.multi.pdf>
10. Pearce JB, Thomson AE. Practical approaches to reduce the impact of bullying. Arch Dis Child. 1998;79:28-531.
11. Rigby K. Consequences of Bullying in Schools. Can J Psychiatry. 2003;48(9):583-590 [En línea][Fecha de consulta 2005 feb 14]. Disponible en <http://www.cpa-apc.org/Publications/Archives/CJP/2003/october/rigby.pdf>
12. Melzer-Lange M, Pulley SC. Bullying: The Physician's role. Wisconsin Med J. 2002;101(6):26-29.
13. Craig W, Pepler DJ. Identifying and Targeting Risk for Involvement in Bullying and Victimization. Can J Psychiatry. 2003;48(9):577-582 [En línea][Fecha de consulta 2005 feb 14]. Disponible en <http://www.cpa-apc.org/Publications/Archives/CJP/2003/october/craig.pdf>
14. Borowsky IW, Mozayeny S, Stuenkel K, et al. Effects of a Primary Care-Based Intervention on Violent Behavior and Injury in Children. Pediatrics. 2004;114:392-399 [En línea][Fecha de consulta 2005 feb 14]. Disponible en <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/114/4/e392>
15. Task Force On Violence. The Role of the Pediatrician in Youth Violence Prevention in Clinical Practice and at the Community Level. Pediatrics. 1999;103;173-181 [En línea][Fecha de consulta 2005 feb 14]. Disponible en <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/103/1/173>
16. Smith PK, Ananiadou K, Cowie H. Interventions to Reduce School Bullying. Can J Psychiatry. 2003;48(9):591-599 [En línea][Fecha de consulta 2005 feb 14]. Disponible en <http://www.cpa-apc.org/PublicationsArchives/CJP/2003/october/smith.pdf>

**Ver también en este número:**

C. del Barrio, H. Gutiérrez, Á. Barrios, K. van der Meulen, L. Granizo. Maltrato por abuso de poder entre escolares, ¿de qué estamos hablando? (pág. 75).

Lyznicki JM, Mccaffree MA, Robinowitz CB. Childhood bullying: implications for physicians (pág. 148).

MS. Galardi Andonegui, R. Ugarte Libano. Maltrato entre iguales en la escuela (*bullying*): recursos en Internet (pág. 165).

