

FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL ACOSO ESCOLAR EN COLEGIOS PÚBLICOS

Frequency and factors associated with bullying in public schools

Natalia Isabel Buendía Giraldo*
José Jaime Castaño Castrillón, M.S.**
Sandra Constanza Cañón, M.S.**
Jhon Alexander Giraldo Acevedo*
Lucía Marín Echeverri*
Sebastián Sánchez Pacheco*
Fabio Alexander Suarez Ruiz*

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo identificar la frecuencia del acoso y ciberacoso escolar y los factores asociados en una muestra representativa de 475 estudiantes de secundaria en tres instituciones públicas del municipio de Chinchiná, en el departamento de Caldas, Colombia, en el año 2014. La población fue seleccionada mediante un muestreo probabilístico estratificado por grado y género. Aplicamos las escalas: APGAR familiar, CAGE (Cut, Annoyed, Guilty, Eye), Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), la SCOFF (Scik Control On Fast Food), el acoso escolar por medio de la encuesta sobre convivencia escolar para alumnos, y el ciberacoso por medio de Escala de Patchin.

De acuerdo al cuestionario empleado se encontró una proporción del más alto nivel de acoso del 1.9%, 0.4% acosadores, 1.3% ciberacoso, 1.9% ciberacosadores, en rango medio, 14% acoso, 8.5% acosador, 5.5% ciberacoso, 4.9% ciberagresores. Se encontraron relaciones significativas entre nivel de acoso y funcionalidad familiar, consumo de alcohol, ansiedad, depresión, consumo de sustancias, nivel de ciberacoso también con trastornos de la conducta alimentaria. Los factores asociados con acoso y ciberacoso afectan por igual a acosados y acosadores, resultado también encontrado en otros estudios. En esta población se presentan principalmente niveles de acoso medio y bajo.

Palabras clave: Acoso, acosador, ciberacoso, ansiedad, depresión, sustancias.

* Estudiante internado, programa de Medicina de Universidad de Manizales, Colombia.

**Programa de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Manizales, Colombia.

Correspondencia: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Manizales, Carrera 9° 19-03, Tel. 8879688, Manizales, Caldas, Colombia. Correo: jcast@umanizales.edu.co, sandraka@umanizales.edu.co

Abstract

This study aimed to identify the frequency of bullying and cyberbullying and associated factors in a representative sample of 475 high school students in three public institutions of Chinchiná (Colombia) in 2014. This is a cross sectional study. Demographic variables were taken; family functioning was assessed by the family APGAR scale instrument, taken with the CAGE (Cut, Annoyed, Guilty, Eye) scale, anxiety and depression, with hospital scale of anxiety and depression (HAD), eating disorders SCOFF (Scik Control On Fast Food), scale bullying staff through the survey about coexistence school for students and cyberbullying through Patchin scale. According to the questionnaire employed a high ranking proportion of 1.9% was found, 4% bullies, cyber bullying 1.3%, 1.9% cyberbullies in the middle bullying 14%, 8.5% stalker 5.5% cibera-sew, 4.9% cyber attackers. Significant relationships between the level of harassment and family functioning, alcohol consumption, anxiety, depression, substance abuse levels were found, level of cyberbullying also disordered eating behavior. We found that factors associated Aphek-as both bullies and bullied, result similar to that found in other studies. In this population, high levels of harassment have low proportions, not harassment levels low and medium.

Keywords: Bullying, Harassing, Cyberbullying, Anxiety, Depression, Substance.

Citación/referenciación: Buendía Giraldo, N., Castaño Castrillón, J., Cañón, S., Giraldo Acevedo, J., Marín Echeverri, L., Sánchez Pacheco, S. y Suárez Ruis, F. (2016). Frecuencia y factores asociados al acoso escolar en colegios de Chinchiná (Colombia), 2014. *Revista Psicología desde el Caribe*, 33(3), 312-332.

INTRODUCCIÓN

El acoso escolar es un tipo de violencia que se manifiesta por el uso repetido y deliberado de agresiones verbales, psicológicas o físicas con la finalidad de lastimar y dominar a otro (Albores, Saucedo, Ruiz y Roque, 2011), haciendo uso de un poder real o ficticio sin una provocación previa y en conocimiento de que la víctima carece de posibilidades de defenderse (Amemiya, Oliveros y Barrientos, 2009), y que el autor o los autores son más poderosos que la víctima. (Rigby, 2000; Cepeda, Pacheco, García y Piraquive, 2008). De igual manera, el ciberacoso se define como la intimidación o acosos que en forma continua ejerce una persona (ciberagresor) contra otra (cibervíctima), a través de medios electrónicos (García *et al.*, 2012).

Actualmente, con el advenimiento y el desarrollo de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), la interacción entre las personas es cada vez más fácil y efectiva (Álvarez *et al.*, 2011), favoreciendo que el acoso tradicional haya sobrepasado los límites del plantel escolar a la forma virtual y haya dado lugar al ciberacoso (Riebel, Jäger y Fisher, 2009; Cerezo, 2009).

Es así como este tipo de comportamientos ha ido creciendo, como lo demuestra el estudio realizado en Asturias, España por Álvarez *et al.* (2011), donde se encontró que la presencia de la violencia a través de las TIC oscila entre el 34.5% y el 51.9% de los casos. De igual manera, Colombia no es ajena a este fenómeno, Jiménez, Castillo y Cisternas (2012), realizaron un estudio en donde encontraron que la agresión

escolar entre pares es del 24.7%, algunos de los estudiantes presentaron comportamientos de intimidación o agresión verbal, física y psicológica (Arroyave, 2012). Así mismo, Aranzales-Delgado *et al.* (2014), en Manizales, Colombia, encontraron que un 5% de la población estudiada eran acosados, un 2.4% eran acosadores, un 1.6% sufrían de ciberacoso y un 0.9% eran ciberacosadores.

Las características observadas en los agresores destacan una situación social negativa con amistades que refuerzan su conducta violenta, acentuada tendencia a abusar de su fuerza impulsiva, escasas habilidades sociales, baja tolerancia a la frustración, dificultad para cumplir normas, relaciones negativas con los adultos y bajo rendimiento escolar (Muños, Saavedra y Villalba, 2007).

Entre las características de la víctima típica o pasiva, se encuentra una situación social de aislamiento, poca asertividad y dificultad en la comunicación; conducta pasiva, miedo ante la violencia, manifestación de vulnerabilidad, alta ansiedad, inseguridad y baja autoestima (Swearer, Espelage y Vaillancourt, 2010; Álvarez *et al.*, 2011). La víctima activa se caracteriza por una situación social de aislamiento e impopularidad, que la sitúa entre los alumnos más rechazados por sus compañeros, lo que produce problemas de concentración y la tendencia a reaccionar con conductas agresivas e irritables (García, Joffre, Martínez y Llanes, 2011; Díaz y Jalón, 2005).

En algunas ocasiones, una misma persona puede ser víctima y agresor, y puede presentar un conjunto de comportamientos físicos y verbales de forma hostil y victimizada (Joffre, 2011). Los factores de riesgo que influyen en estos comportamientos se presentan esencialmente

en tres ámbitos: trastornos de la conducta, contexto familiar y las relaciones interpersonales (Romera, Del Rey y Ortega, 2011; Fleming, 2009). Para los acosadores las circunstancias que los llevan a exponer su conducta revelan factores que tienen que ver con situaciones de violencia familiar, uso de drogas, alcohol, fracaso, conductas riesgosas y pobreza (Wesley, Craig y Perkins, 2011; Ortega, 2010).

Entre los factores de riesgo del ciberacoso, intervienen el uso de computadoras por períodos prolongados, tener acceso a una red social electrónica, y estar en rango de catorce a diecisiete años (García *et al.*, 2012; Walker, Sockman y Koehn, 2011). Como factor protector, se encuentran diferentes estrategias de afrontamiento que conducen a esfuerzos conductuales encaminados a reducir, dominar o tolerar interna y externamente los abusos (Vollink, Bolman, Delhue y Jacobs, 2013; Beran y Qing, 2007).

Debido a las anteriores consideraciones se decide iniciar la presente investigación que tiene como objetivo identificar las principales conductas de acoso escolar y los factores asociados en una muestra representativa de estudiantes de algunos colegios de secundaria del municipio de Chinchiná, Colombia.

MÉTODO

La presente es una investigación con un diseño de corte transversal, realizada en tres instituciones educativas públicas de Chinchiná, Colombia.

Participantes

La población estuvo constituida por 2330 estudiantes de secundaria, de los cuales se ob-

tuvo una muestra total para el estudio de 475 estudiantes. Como criterios de inclusión se tuvo en cuenta que debían ser estudiantes regulares en una de las tres instituciones, y aceptar participar. La primera institución cuenta con una población total de 750 estudiantes, la segunda con 897 y la tercera con 683. La muestra total individual de cada colegio fue de 160, 157 y 158 estudiantes, respectivamente. Esta muestra se seleccionó mediante un muestreo probabilístico estratificado por género, grado y grupo escolar. La selección de los tres colegios se hizo por conveniencia.

Para esta población, el género femenino corresponde al 57.5% (Ic95%:52.9%-61.99%). La edad promedio es de 14.27 ± 2 años; el grado escolar que presenta mayor número de estudiantes es octavo con un 17.9%. La mayor parte de la población estudiada hace parte del estrato social 2 con un 40.22% (Ic95%= 35.71%-44.9%). El 93% (Ic95%=90.24%-95.08%) pertenece a población heterosexual. En cuanto al maltrato familiar, el 20.1% (Ic95%:16.8%-23.4%) presenta esta situación, siendo el tipo de maltrato más frecuente el psicológico con 38.9% (Ic95%:30.5%-48.4%), y por parte de la madre en un 43.2% (Ic95%:34.2%-52.6%). El 15.2% (Ic95%:12%-18.6%) presentan intentos de suicidio y un 20.9% (Ic95%:17.6%-24.3%) consumo de sustancias; de estos, el 82.7% (Ic95%:75.5%-89.3%) son consumidores de marihuana. El promedio de horas a actividades aparatos electrónicos es de 4 ± 3.7 horas/semana. El 7.9% (Ic95%:5.7%-10.2%) consumen cigarrillo, en promedio 5.7 ± 5.96 cigarrillos/semanales.

Instrumentos

La Escala CAGE (Ochoa, Madoz y Muelas, 2009), cuya fiabilidad y validez ha sido bien do-

cumentada en diferentes medios y con distintas poblaciones. En Colombia ha sido validada en la ciudad de Bucaramanga por Campo-Arias, Barros-Bermúdez y Rueda-Jaimes (2005). La consistencia interna estuvo entre .753 y .834. La sensibilidad fue del 66.7% (IC95%: 38.8-87.0); la especificidad, 86.0% (IC95%: 73.7-93.3); el valor predictivo positivo, 55.6% (IC95%: 31.3-77.6); el valor predictivo negativo, 90.7% (IC95%: 78.9-96.5); la razón de probabilidad positiva, 4.8; la razón de probabilidad negativa, 0.39; la kappa media de Cohen, 0.490 (IC95%: 0.253-0.727), y el área bajo la curva ROC, 0.805 (IC95%: 0.680-0.929).

Consta de cuatro ítems de respuesta dicotómica, aborda la crítica social, sentimientos de culpa, ingesta matutina y necesidad percibida de abandonar el consumo de alcohol. Estas toman el valor de cero cuando la respuesta es negativa, o de 1 si la respuesta es afirmativa. La respuesta afirmativa a dos o más de los cuestionamientos se considera como una alta probabilidad de consumo abusivo de alcohol. Cuatro respuestas positivas son indicio de alcoholismo patológico.

La escala APGAR familiar (Uribe, Orcasita y Aguillón, 2012), determina el grado de satisfacción que percibe el encuestado con respecto a la función familiar, consta de cinco ítems que evalúan las cinco áreas diferentes en que los autores subdividen la función familiar. La sigla APGAR se deriva de los cinco componentes (en inglés) de la función familiar: Adaptabilidad (adaptability), Cooperación (partnership), Desarrollo (growth), Afectividad (affection) y capacidad Resolutiva (resolve). Ha sido validada en Colombia por Forero-Ariza, Avendaño-Durán y Duarte-Cubillos (2006) y en esta validación la consistencia interna medida con la prueba de alfa de Cronbach fue 0.793. El análisis factorial

mostró que la escala estaba compuesta por un único factor que explicaba el 55.6% de la varianza, puntajes bajos indican disfunción y altos buena función familiar.

Cuestionario SCOFF (Sick, Control, Out weight, Fat, Food): Este cuestionario se utiliza para tamizaje de Trastornos de la conducta alimentaria. Rueda-Jaimes *et al.* (2005) lo validaron formalmente en una muestra con mujeres colombianas, estudiantes de bachillerato y universitarias; lo validaron Rueda-Jaimes *et al.* (2005) y Campo-Arias *et al.* (2006) tras una comparación por género en adolescentes estudiantes del área metropolitana de Bucaramanga, Colombia. En esta investigación y en mujeres la consistencia interna medida del cuestionario SCOFF fue 0.584 (Kuder-Richardson). La prueba de la esfericidad de Bartlett, fue significativa ($X^2=971.39$, $gl=10$, $p<0.001$). El test de adecuación de la muestra de KMO, fue buena (0.698). El análisis de factores mostró que el cuestionario SCOFF se componía de un único factor con un autovalor de 1.877 que explicaba el 37.5% de la varianza. En varones, la consistencia interna medida del cuestionario SCOFF fue 0.521. La prueba de la esfericidad de Bartlett fue significativa ($X^2=680.89$, $gl=10$, $p<0.001$). La prueba de adecuación de la muestra de KMO (0.691). El análisis de factores corroboró que el cuestionario SCOFF estaba constituido de un solo factor con un autovalor de 1.735 responsable del 34.7% de la varianza de la prueba.

Cada respuesta positiva se puntúa con 1e y considera que la persona tiene probabilidad de tener un trastorno de la conducta alimentaria si la suma de los ítems es mayor o igual a 2. La consistencia interna de este cuestionario es modesta (como lo es en todos los cuestionarios que tengan pocas preguntas). Sin embargo, se

empleó puesto que la presente investigación es de tamizaje, y el cuestionario es corto, si el interés hubiera sido solo los TCA (Trastornos de la conducta alimentaria) se hubiera empleado un cuestionario como el EDI-2 que tiene noventa y un preguntas.

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), de Zigmond y Snaith (1983), es uno de los instrumentos más ampliamente empleados para evaluar ansiedad y depresión en enfermos físicos y mentales, así como en población general. Con esta escala se han registrado las respuestas emocionales de ansiedad y depresión en amplias muestras de población sana adolescente, de estudiantes universitarios, de adultos y personas de la tercera edad. Sus propiedades psicométricas en poblaciones de adultos normales y estudiantes universitarios han sido estudiadas por Caro e Ibáñez (1992). Riberos, Hernández y Rivera (2007) la emplearon en una población de estudiantes universitarios de Lima, Perú. La escala se compone de catorce ítems, siete para cada trastorno, de formato tipo Likert con cuatro opciones; se puntúa de 0 a 3, para ambos casos 0-7 es rango de normalidad. 8-10 caso probable, 11-21 caso de ansiedad o depresión.

El acoso presencial se valoró con la escala sobre Convivencia Escolar Para Alumnos, realizada por la Fundación Paz Ciudadana (2010), la cual cuenta con cincuenta y tres preguntas con alternativas de respuesta cerradas con cinco categorías (Nunca, 1 vez, 2 o 3 veces, 4 o 5 veces, 6 o más veces). Finalmente se suman los puntajes, que se expresan en una escala de 1 a 5, donde 1 indica ausencia de acoso, y 5 máximo acoso. La encuesta sobre Convivencia Escolar para alumnos fue presentada por Paredes, Álvarez, Lega y Vernon (2004) y un año más tarde fue validada

en Santiago de Chile, donde se le dio el nombre que actualmente tiene. En este cuestionario, se observa una relación entre la violencia entre pares, adultos, y factores asociados.

Por último, para evaluar el ciberacoso se empleó una escala diseñada por Patchim e Hinduja (2010). Esta escala de evaluación refleja la experiencia del entrevistado con el acoso cibernético, tanto como víctima y como acosador. La medida de acoso cibernético incluye una variedad de comportamientos que van desde los relativamente menores (recibir un correo electrónico molesto de alguien que no conoce) al más grave (ver algo publicado en Internet acerca de usted que no quiere que otros vean). La subescala para evaluar el acosador tiene cinco formas de agresión diferentes; en donde las respuestas establecidas para estas preguntas son: Nunca, una vez o dos veces, pocas veces, muchas veces, o todos los días. Fue validada en Estados Unidos por Patchin e Hinduja (2007).

Procedimiento

La realización de la prueba piloto se llevó a cabo el día 7 marzo de 2014 al 5% de la población. Con los resultados obtenidos de esta, se efectuaron ajustes y mejoras al instrumento, desde luego sin tocar las escalas, y la prueba definitiva se realizó los días 6, 9, 12, 14, 19, 20, 26 y 30 de mayo del 2014. El instrumento lo aplicaron los miembros del equipo investigador, mediante una selección aleatoria de estudiantes en cada grupo, de acuerdo a la distribución de la muestra por grupo, previamente efectuada. Cada estudiante respondió el instrumento aisladamente.

En la presente investigación se respetaron todos los principios éticos de la ley para este tipo de estudios en Colombia y el anonimato de los

participantes puesto que no se recogió ninguna información que permitiera la identificación de los mismos. Previamente, el proyecto había sido enviado a las instituciones educativas para contar con la aprobación de cada una antes de la recolección de la información. Cada institución se encargó de recolectar los permisos de padres y acudientes.

Análisis estadísticos

Para el análisis de los datos, las variables medidas en escala nominal se describen mediante tablas de frecuencia e intervalo de confianza y las medidas en escala numérica a través de medidas de tendencia central (promedio) y dispersión (desviación estándar). La relación entre variables medidas en escala nominal, se prueba utilizando la prueba de χ^2 , y en escala numérica mediante prueba *t* o análisis de varianza, según el caso. Todos los análisis se realizan con una significancia $\alpha = 0.05$. Las bases de datos se construyen empleando el programa Excel® (Microsoft Corporation), y se analizan mediante el Programa Estadístico IBM SPSS versión 21 (IBM Corporation) y Epiinfo 3.5.1 (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, CDC).

RESULTADOS

En el presente capítulo se presentan los resultados del estudio distribuidos de la siguiente forma: en primer lugar, los factores de riesgo para acoso y ciberacoso. Seguidamente todas las variables referentes a acoso y ciberacoso. Después todas las relaciones significativas de acoso y ciberacoso con los factores de riesgo organizadas en 4 grupos, para acosado y ciberacosado y para acosador y ciberacosador.

La Tabla 1 incluye los factores asociados al acoso y ciberacoso escolar. Se encuentra que la población estudiada presenta en un 36.42% (lc95%:32.12%-40.95%) buena funcionalidad familiar. El 66.32% (lc95%:61.84%-70.52%) de la población no consume bebidas alcohólicas, y 6.53% (lc95%:4.55%-9.24%) son consumidores dependientes. Según el cuestionario SCOFF el 24.4% (lc95%: 20.8%-28%) sufren de algún

tipo de trastorno de la conducta alimentario. El 15.2% (lc95%:12.12%-18.78%) y el 4.6% (lc95%:2.99%-7.04%) de la población presenta casos de ansiedad y depresión respectivamente.

El α de Cronbach del APGAR familiar resulta ser de .839, del cuestionario CAGE de .452, del cuestionario SCOFF .437, de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión .736.

Tabla 1. Variables de Factores de riesgo asociados al acoso y ciberacoso; funcionalidad familiar, consumo de alcohol, trastornos alimentarios y ansiedad y depresión

| Variables | Niveles | N | % |
|--|------------------------------|-----|------|
| Funcionalidad familiar según APGAR familiar | Buena funcionalidad | 173 | 36.4 |
| | Disfunción leve | 141 | 29.7 |
| | Disfunción moderada | 93 | 19.6 |
| | Disfunción severa | 68 | 14,3 |
| | No consumidores | 315 | 66.3 |
| Consumo de alcohol según cuestionario de CAGE | Consumidores no dependientes | 81 | 17.1 |
| | Inicio de problemas | 48 | 10.1 |
| | Dependientes alcohol | 31 | n5 |
| Trastorno alimentario Según cuestionario SCOFF | Negativos | 356 | 75.6 |
| | Positivos | 115 | 24.4 |
| Trastorno de ansiedad según escala hospitalaria de ansiedad y depresión | Normal | 280 | 58.9 |
| | Caso probable | 123 | 25.9 |
| | Caso de ansiedad | 72 | 15.2 |
| Trastorno de depresión según escala hospitalaria de ansiedad y depresión | Normal | 386 | 81.3 |
| | Caso probable | 66 | 13.9 |
| | Caso de depresión | 22 | 4.6 |

En las Tablas 2 y 3 se describen las variables asociadas al acoso escolar (Bullying). Referente al acoso presencial se obtuvo un 1.5% (LC95%:0.8%-2.1%) en el nivel 3-4 de acoso y 0.4% en el nivel 4-5 (lc95%:0%-1.1%), con una mediana de 1.42. La Figura 1 es la representación de esta variable en forma de diagrama de caja. Allí se observan dieciséis casos con nivel de acoso mayor de 2.5, que se pueden conside-

rar los estudiantes más acosados, teniendo en cuenta la distribución de valores que presenta el diagrama de caja. En particular los marcados con los números 333 y 444 presentan niveles de acoso próximos a 5 (máximo). El cuestionario muestra una α de Cronbach de .837. En la Tabla 3 se muestran también las subescalas correspondientes.

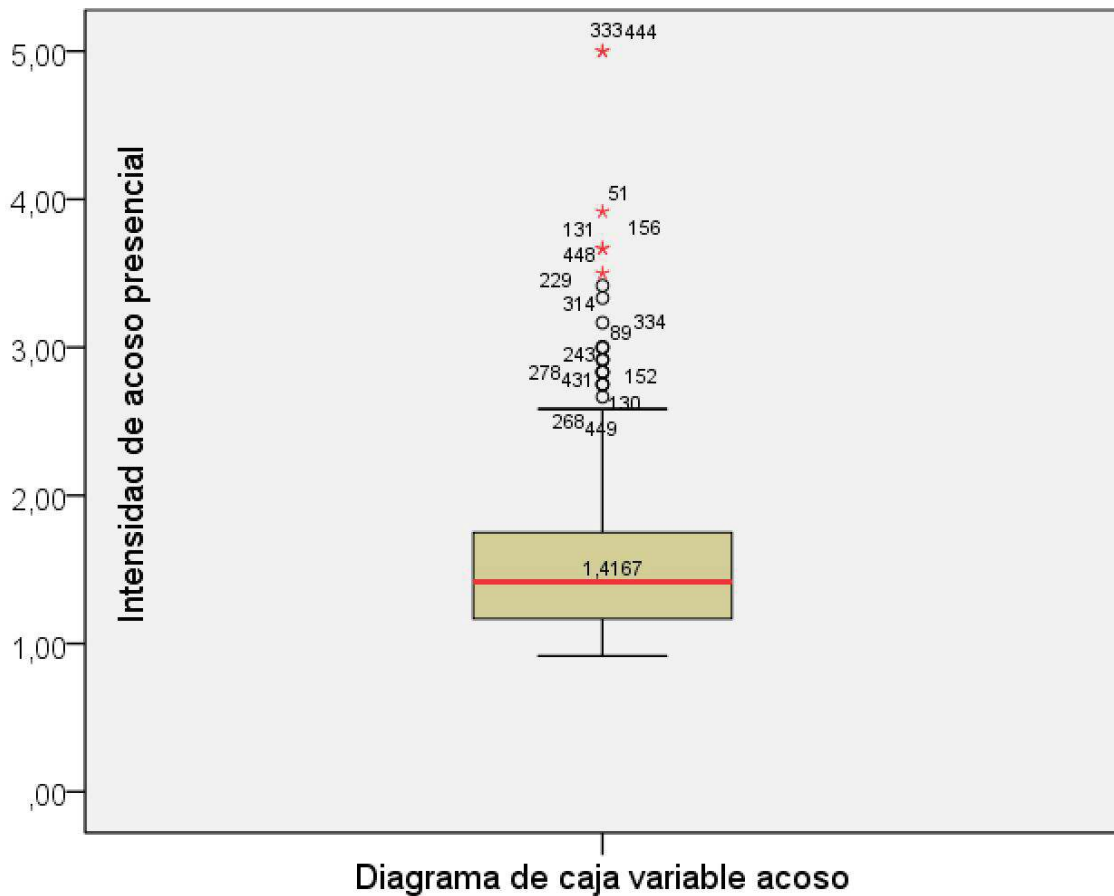


Figura 1. Diagrama de caja de la variable. Acoso en estudiantes de secundaria en colegios públicos de Chinchiná, Caldas, Colombia

Referente a los acosadores presenciales en la Tabla 2 se encuentra un 0.4% en el rango 3-4 (lc95%:0%-1.1%), con una mediana de 1.25. El diagrama de caja correspondiente a esta variable presenta diecinueve casos que se pueden considerar los máximos acosadores. Sin embargo,

el más alto acosador tiene un valor de 3.5 (en escala de 1 a 5) no habiendo acosadores entre 4 y 5. El cuestionario tiene un α de Cronbach .832. Igualmente, la Tabla 3 despliega las variables correspondientes a la escala de acoso.

Tabla 2. Variables de acoso escolar y ciberacoso en población de estudiantes de secundaria de colegios públicos de Chinchiná, Caldas

| Variable | 0-1 | 1-2 | 2-3 | 3-4 | 4-5 | Faltantes |
|----------------|-------------|-------------|-----------|------------|----------|-----------|
| Acosado | 57 (12.1%) | 340 (72%) | 66 (14%) | 7 (1.5%) | 2 (0.4%) | 3 |
| Acosador | 78 (16.6%) | 351 (74.5%) | 40 (8.5%) | 2 (0.4%) | | 4 |
| Observador | 1 (0.2%) | 67 (14.1%) | 308 (65%) | 97 (20.5%) | 1 (0.2%) | 1 |
| Ciber-acosado | 225 (47.9%) | 223 (45.3%) | 26 (5.5%) | 5 (1.1%) | 1 (0.2%) | 5 |
| Ciber-acosador | 283 (60.8%) | 152 (32.4%) | 23 (4.9%) | 6 (1.3%) | 3 (0.6%) | 6 |

Tabla 3. Escalas y subescalas numéricas de acoso escolar y ciberacoso en población de estudiantes de secundaria de colegios públicos de Chinchiná, Caldas

| | Promedio | Mediana | Des. Est. | Lc 96% |
|------------------------------|-------------|-------------|-------------|------------------|
| Escala Acosado | 1.55 | 1.41 | 0.56 | 1.5-1.6 |
| Subescalas acosado | | | | |
| Victimización general | 1.78 | 1.57 | 0.77 | 1.71-1.85 |
| Victimización de profesor | 1.17 | 1 | 0.5 | 1.12-1.21 |
| Victimización grave | 1.32 | 1 | 0.61 | 1.27-1.38 |
| Escala acosador | 1.38 | 1.25 | 0.41 | 1.34-1.41 |
| Subescalas escala aoador | | | | |
| Ofensa general | 1.64 | 1.5 | 0.65 | 1.59-1.7 |
| Ofensa grave | 1.14 | 1 | 0.42 | 1.11-1.18 |
| Ofensa a profesor | 1.07 | 1 | 0.24 | 1.04-1.09 |
| Escala ciber-acosado | 1.25 | 1.1 | 0.45 | 1.21-1.29 |
| Escala ciber acosador | 1.23 | 1 | 0.52 | 1.2-1.3 |

Con relación a los observadores presenciales se encuentra un 0.2 % en el rango 4-5 (lc95%:0%-0.6%), con una mediana de 2.6.

Para cuantificar el ciberacoso como se explica en metodología se emplea la escala de Patchin.

La variable de ciberacoso muestra un 1.1% (lc95%:0.2%-2.1%) en el rango 3-4, y 0.2% (lc95%:0%-0.6%) en el rango 4-5 (Tabla 2), y una mediana de 1.1 (Tabla 3).

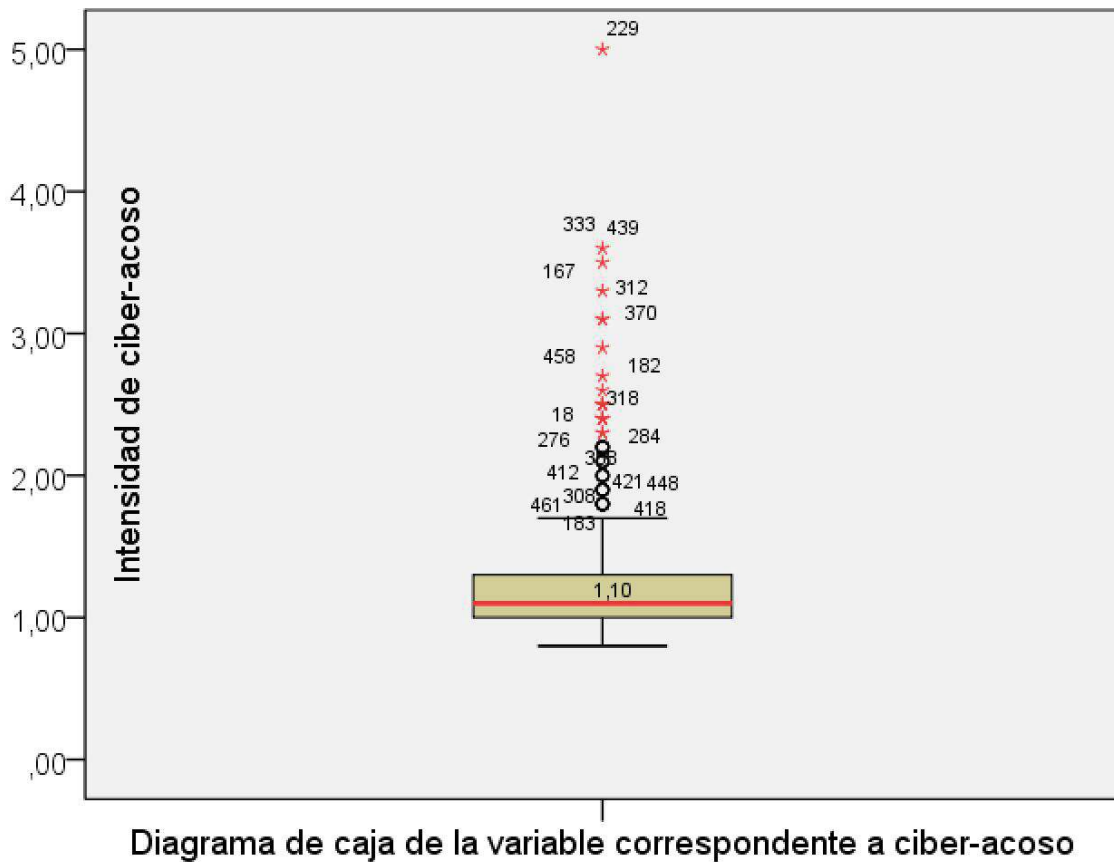


Figura 2. Diagrama de caja correspondiente a ciberacoso en población de estudiantes de Chinchiná, Caldas

El diagrama de caja correspondiente se muestra en la Figura 2, donde se observan veintitres casos que son los más ciberacosados, en particular existe uno con un valor de próximo a 5. El α de Cronbach de esta escala fue de .884.

La variable ciberacosador presenta un 1.3% en el rango 3-4 y 0.6% en el rango 4-5 (Tabla 2), y una mediana de 1 (Tabla 3). En el diagrama de caja correspondiente se observan dos casos próximos a 5. La α de Cronbach resultó ser de .904.

Relaciones entre variables

Utilizando el procedimiento de χ^2 se probó la relación existente entre las diferentes variables de acoso y ciberacoso consideradas en el estudio. La Tabla 4 muestra las relaciones significativas referentes a acosados, acosadores, observadores, ciber-acosados y ciber-acosadores.

Tabla 4. Relaciones significativas entre variables de acoso y ciberacoso con otras variables medida en escala nominal cuantificadas en la población de estudiantes de secundaria que participo con el estudio

| | | Relaciones significativas con el acosado | | | | | | |
|---|---------------------------|---|------------|------------|------------|------------|----------|------|
| Variable | Nivel | Niveles de acoso | | | | | p | |
| | | 0-1 | 1-2 | 2-3 | 3-4 | 4-5 | | |
| Consumo de sustancias | No | N | 51 | 269 | 45 | 5 | 1 | .045 |
| | | % | 13.7 | 72.5 | 12.1 | 1.3 | 0.3 | |
| | Sí | N | 6 | 69 | 21 | 2 | 1 | |
| | | % | 6,1 | 69.7 | 21.2 | 2 | 1 | |
| Funcionalidad familiar | Buena funcionalidad | N | 34 | 121 | 11 | 3 | 1 | .001 |
| | | % | 20 | 71.2 | 6.5 | 1.8 | 0.6 | |
| | Disfunción leve | N | 13 | 101 | 24 | 2 | 1 | |
| | | % | 9.2 | 71.6 | 17 | 1.4 | 0.7 | |
| | Disfunción moderada | N | 6 | 74 | 13 | 0 | 0 | |
| | | % | 6.5 | 79.6 | 14 | 0 | 0 | |
| | Disfunción severa | N | 4 | 44 | 18 | 2 | 0 | |
| | | % | 5.9 | 64.7 | 26.5 | 2.9 | 0 | |
| Dependencia alcohólica según Cuestionario CAGE | Dependencia al alcohol | N | 1 | 20 | 8 | 1 | 1 | .013 |
| | | % | 3.2 | 64.5 | 25.8 | 3.2 | 3.2 | |
| | Indicios de problemas | N | 4 | 35 | 9 | 0 | 0 | |
| | | % | 8.3 | 72.9 | 18.8 | 0 | 0 | |
| | No consumo | N | 45 | 224 | 38 | 4 | 1 | |
| | | % | 14.4 | 71.8 | 12.2 | 1.3 | 0.3 | |
| | No dependencia | N | 7 | 61 | 11 | 2 | 0 | |
| | | % | 8.6 | 75.3 | 13.6 | 2.5 | 0 | |
| Trastorno de ansiedad según escala hospitalaria de ansiedad y depresión | Caso ansiedad | N | 4 | 50 | 12 | 5 | 1 | .002 |
| | | % | 5.6 | 69.4 | 16.7 | 6.9 | 1.4 | |
| | Caso probable de ansiedad | N | 16 | 87 | 17 | 1 | 1 | |
| | | % | 13.1 | 71.3 | 13.9 | 0.8 | 0.8 | |
| | Normal | N | 37 | 203 | 37 | 1 | 0 | |
| | | % | 13.3 | 73 | 13.3 | 0.4 | 0 | |
| Depresión según cuestionario de ansiedad y depresión hospitalaria | Caso depresión | N | 1 | 12 | 7 | 2 | 0 | .025 |
| | | % | 4.5 | 54.5 | 31.8 | 9.1 | 0 | |
| | Caso probable depresión | N | 9 | 47 | 8 | 0 | 0 | |
| | | % | 14.1 | 73.4 | 12.5 | 0 | 0 | |
| | Normal | N | 47 | 280 | 51 | 5 | 2 | |
| | | % | 12.2 | 72.7 | 13.2 | 1.3 | 0.5 | |

| Relaciones significativas con el acosador | | | | | | | | |
|---|------------------------|---------------------|------|------|------|-----|-----|------|
| Variable | Nivel | Niveles de Acosador | | | | | p | |
| | | 0-1 | 1-2 | 2-3 | 3-4 | 4-5 | | |
| Consumo de sustancias | No | N | 73 | 279 | 19 | 0 | 0 | .000 |
| | | % | 19.7 | 75.2 | 5.1 | 0 | 0 | |
| | Si | N | 5 | 70 | 21 | 2 | 0 | |
| | | % | 5,1 | 71.4 | 21,4 | 2,0 | 0,0 | |
| Funcionalidad familiar | Buena funcionalidad | N | 47 | 114 | 10 | 0 | 0 | .001 |
| | | % | 27.5 | 66.7 | 5.8 | 0 | 0 | |
| | Disfunción leve | N | 14 | 111 | 13 | 1 | 0 | |
| | | % | 10.1 | 79.9 | 9.4 | 0.7 | 0 | |
| | Disfunción moderada | N | 11 | 73 | 9 | 0 | 0 | |
| | | % | 11.8 | 78.5 | 9.7 | 0 | 0 | |
| | Disfunción severa | N | 6 | 53 | 8 | 1 | 0 | |
| | | % | 8.8 | 77.9 | 11.8 | 1.5 | | |
| Consumo de bebidas alcohólicas | No | N | 58 | 234 | 20 | 0 | 0 | .066 |
| | | % | 18.6 | 75 | 6.4 | 0 | 0 | |
| | Si | N | 20 | 115 | 20 | 2 | 0 | |
| | | % | 12,7 | 73,2 | 12,7 | 1,3 | 0,0 | |
| Dependencia alcohólica según Cuestionario CAGE | Dependencia al alcohol | N | 0 | 25 | 5 | 1 | 0 | .002 |
| | | % | 0 | 80.6 | 16.1 | 3.2 | 0 | |
| | Inicio de problemas | N | 5 | 33 | 8 | 1 | 0 | |
| | | % | 10.6 | 70.2 | 17 | 2.1 | 0 | |
| | No consumo | N | 58 | 234 | 20 | 0 | 0 | |
| | | % | 186 | 75 | 6,4 | 0 | 0 | |
| | No dependencia | N | 15 | 59 | 7 | 0 | 0 | |
| | | % | 18.5 | 72.8 | 8.6 | 0 | 0 | |
| Trastorno alimentario según cuestionario SCOFF | Negativo | N | 62 | 259 | 33 | 0 | 0 | .028 |
| | | % | 17.5 | 73.2 | 9.3 | 0 | 0 | |
| | Positivo | N | 14 | 90 | 7 | 2 | 0 | |
| | | % | 12.4 | 79.6 | 6.2 | 1.8 | 0 | |
| Trastorno de ansiedad según escala hospitalaria de ansiedad y depresión | Caso ansiedad | N | 6 | 54 | 8 | 2 | 0 | .015 |
| | | % | 8.6 | 77.1 | 11.4 | 2.9 | 0 | |
| | Caso Probable | N | 22 | 89 | 11 | 0 | 0 | |
| | | % | 18 | 73 | 9 | 0 | 0 | |
| | Normal | N | 50 | 208 | 21 | 0 | 0 | |
| | | % | 17.9 | 74.6 | 7.5 | 0 | 0 | |

| | | Niveles de Acosador | | | | | | | | |
|--|--|-----------------------|------|------|------|-----|-----|------|-----|------|
| Variable | Nivel | | 0-1 | 1-2 | 2-3 | 3-4 | 4-5 | p | | |
| Trastorno de depresión según escala hospitalaria de ansiedad y depresión | Caso depresión | N | 1 | 17 | 3 | 1 | | .01 | | |
| | | % | 4.5 | 77.3 | 13.6 | 4.5 | | | | |
| | Caso probable de depresión | N | 10 | 46 | 10 | 0 | | | | |
| | | % | 15.2 | 69.7 | 15.2 | 0 | | | | |
| | Normal | N | 67 | 287 | 27 | 1 | | | | |
| | | % | 17.5 | 75.1 | 7.1 | 0.3 | | | | |
| Relaciones significativas con ciberacoso | | | | | | | | | | |
| | | Niveles de Ciberacoso | | | | | | | | |
| Variable | Nivel | | 0-1 | 1-2 | 2-3 | 3-4 | 4-5 | | | |
| Funcionalidad familiar | Buena funcionalidad | N | 111 | 57 | 2 | 0 | 1 | .000 | | |
| | | % | 64.9 | 33.3 | 1.2 | 0 | 0.6 | | | |
| | Disfunción leve | N | 61 | 65 | 10 | 3 | 0 | | | |
| | | % | 43.9 | 46.8 | 7.2 | 2.2 | 0 | | | |
| | Disfunción Moderada | N | 33 | 51 | 8 | 1 | 0 | | | |
| | | % | 35.5 | 54.8 | 8.6 | 1.1 | 0 | | | |
| | Disfunción severa | N | 20 | 40 | 6 | 1 | 0 | | | |
| | | % | 29.9 | 59.7 | 9 | 1.5 | 0 | | | |
| | Trastorno alimentario según cuestionario SCOFF | Negativa | N | 181 | 152 | 15 | 4 | | 1 | .027 |
| | | | % | 51,3 | 43,1 | 4,2 | 1,1 | | 0,3 | |
| Positivos | | N | 41 | 60 | 11 | 1 | 0 | | | |
| | | % | 36,3 | 53,1 | 9,7 | 0,9 | 0,0 | | | |
| Trastorno de ansiedad según escala hospitalaria de ansiedad y depresión | Caso ansiedad | N | 22 | 38 | 7 | 2 | 1 | .000 | | |
| | | % | 31.4 | 54.3 | 10 | 2.9 | 1.4 | | | |
| | Caso probable de ansiedad | N | 46 | 71 | 4 | 1 | 0 | | | |
| | | % | 37.7 | 58.2 | 3.3 | 0.8 | 0 | | | |
| | Normal | N | 157 | 104 | 15 | 2 | 0 | | | |
| | | % | 56.5 | 37.4 | 5.4 | 0.7 | 0 | | | |
| Trastorno de depresión según escala hospitalaria de ansiedad y depresión | Caso de depresión | N | 5 | 13 | 4 | 0 | 0 | .005 | | |
| | | % | 22.7 | 59.1 | 18.2 | 0 | 0 | | | |
| | Caso probable de depresión | N | 28 | 28 | 8 | 2 | 0 | | | |
| | | % | 42.4 | 42.4 | 12.1 | 3 | 0 | | | |
| | Normal | N | 191 | 172 | 14 | 3 | 1 | | | |
| | | % | 50.1 | 45.1 | 3.7 | 0.8 | 0.3 | | | |

| | | Relaciones significativas con el ciberacosador | | | | | | |
|---|----------------------------|--|------|------|------|-----|-----|------|
| Variable | Nivel | Niveles de Ciberacosador | | | | | p | |
| | | 0-1 | 1-2 | 2-3 | 3-4 | 4-5 | | |
| Consumo de sustancias | No | N | 235 | 116 | 12 | 4 | 2 | .009 |
| | | % | 63.7 | 31.4 | 3.3 | 1.1 | 0.5 | |
| | Si | N | 49 | 35 | 11 | 2 | 1 | |
| | | % | 50 | 35.7 | 11.2 | 2 | 1 | |
| Funcionalidad familiar | Buena funcionalidad | N | 127 | 39 | 3 | 2 | 0 | .004 |
| | | % | 74.3 | 22.8 | 1.8 | 1.2 | 0 | |
| | Disfunción leve | N | 70 | 56 | 8 | 1 | 2 | |
| | | % | 51.1 | 40.9 | 5.8 | 0.7 | 1.5 | |
| | Disfunción Moderada | N | 54 | 31 | 7 | 1 | 0 | |
| | | % | 58.1 | 33.3 | 7.5 | 0.7 | 0 | |
| Disfunción severa | N | 34 | 26 | 5 | 2 | 1 | | |
| | % | 50 | 38.2 | 7.4 | 2.9 | 1.5 | | |
| Trastorno de ansiedad según escala de ansiedad y depresión | Caso ansiedad | N | 41 | 22 | 5 | 1 | 0 | .023 |
| | | % | 59.4 | 31.9 | 7.2 | 1.4 | 0 | |
| | Caso probable de ansiedad | N | 66 | 49 | 4 | 2 | 1 | |
| | | % | 54.1 | 40.2 | 3.3 | 1.6 | 0.8 | |
| | Normal | N | 178 | 81 | 14 | 3 | 2 | |
| | | % | 68.8 | 32.4 | 4.9 | 1.1 | 0.8 | |
| Trastorno de depresión según escala de ansiedad y depresión | Caso depresión | N | 7 | 11 | 2 | 2 | 0 | .003 |
| | | % | 31.8 | 50 | 9.1 | 9.1 | 0 | |
| | Caso probable de depresión | N | 33 | 27 | 5 | 1 | 0 | |
| | | % | 50 | 40.9 | 7.6 | 1.5 | 0 | |
| | Normal | N | 244 | 114 | 16 | 3 | 3 | |
| | | % | 64.2 | 30 | 4.2 | 0.8 | 0.8 | |

En la Tabla 4 se observa una relación significativa entre funcionalidad familiar y acoso presencial ($p=0.01$), como se observa en la Figura 3, en la cual se destaca que el nivel de acoso muy bajo (0-1) tiene un máximo de 20% en el nivel correspondiente a buena funcionalidad familiar. A medida que aumenta el nivel de disfunción familiar también aumentan los niveles de acoso hasta que en el nivel disfuncionalidad severa el acoso 2-3 aparece con 26.5%.

También en la Tabla 4 se muestra una relación significativa entre acoso y consumo de sustancias psicoactivas. Los estudiantes que consumen sustancias psicoactivas presentan una proporción de 21.2% en el nivel de acoso 2-3. Esta proporción disminuye al 12.1% entre los estudiantes que no presentan este consumo (Figura 4).

Análogamente en la Tabla 4 se muestra una relación significativa entre nivel de acosador y consumo de sustancias psicoactivas ($p=0.000$).

Se observa una tendencia parecida al comportamiento de consumo de sustancia con acoso, los estudiantes que sí consumen sustancias

psicoactivas presentan un 21.4% en el nivel de acosador 2-3, esta proporción baja a 5.1% entre los que no consumen estas sustancias.

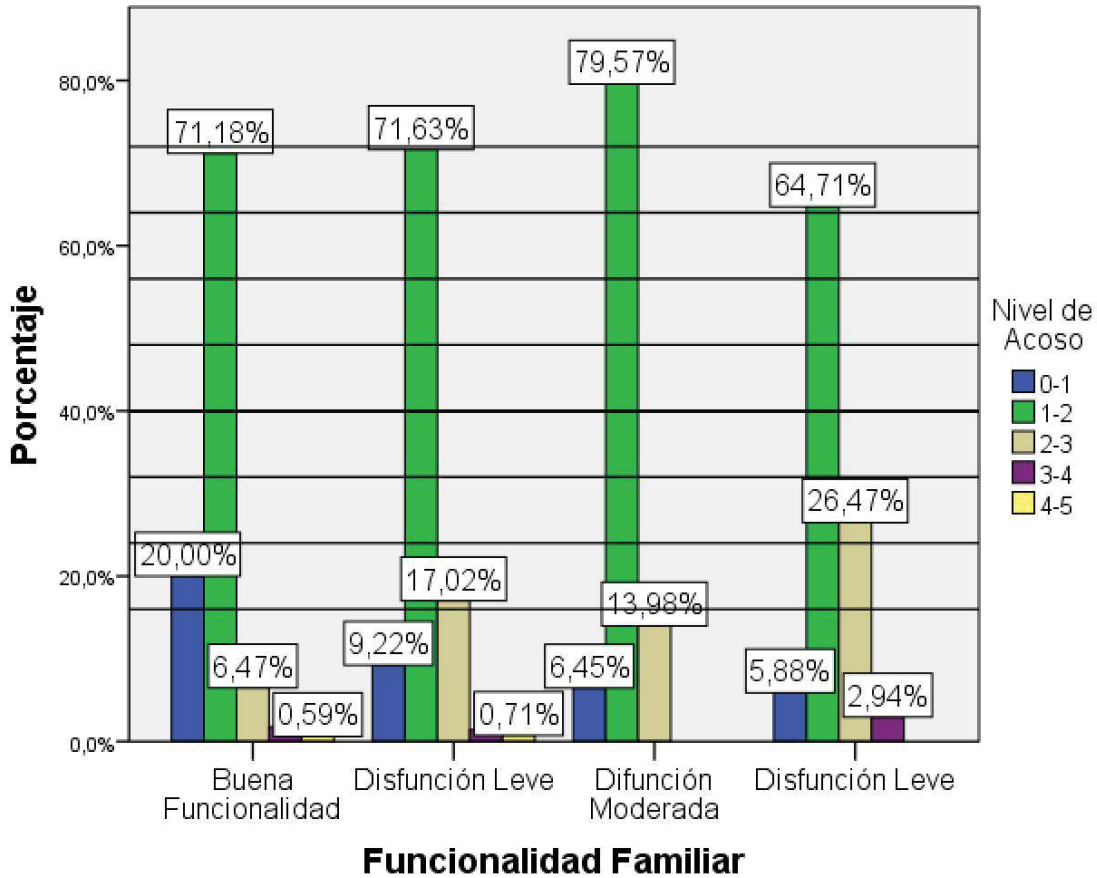


Figura 3. Relación entre funcionalidad familiar y acoso presencial en estudiantes de secundaria de colegios públicos Chinchiná, Caldas

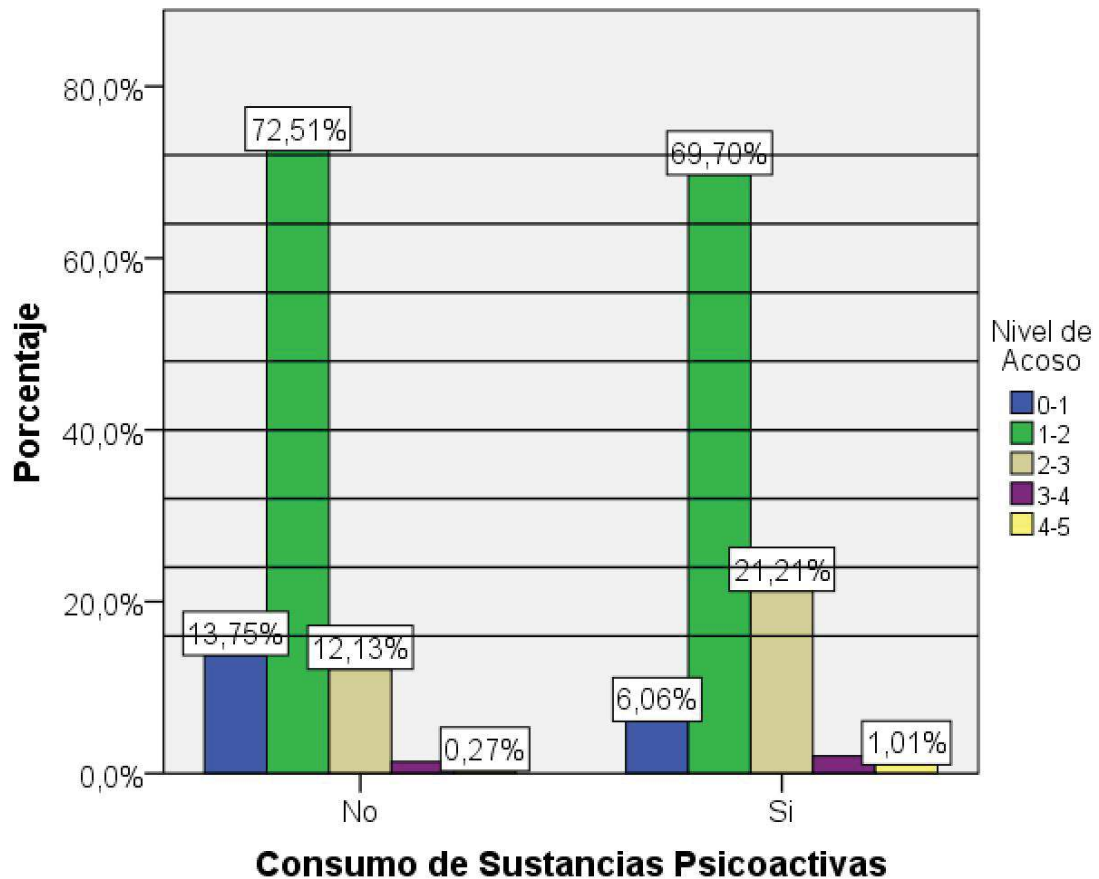


Figura 4. Dependencia entre nivel de acoso y consumo de sustancias en población de estudiantes de secundaria de colegios públicos de Chinchiná, Caldas

DISCUSIÓN

Albores-Gallo *et al.* (2011) elaboraron un estudio sobre el fenómeno del *bullying* en 1092 estudiantes de cinco escuelas primarias oficiales de la ciudad de México, D. F., empleando el cuestionario Bull-S. Obtuvieron que un 8.97% estaba implicado en incidentes de acoso como víctimas, agresores 12.27%, víctimas-agresores 2.7%, valores en general mayores a los obtenidos en el presente estudio.

A partir de los resultados de la presente investigación se puede inferir que el acoso y cibercoso escolar no son solamente problemáticas delimitadas a unos pocos estudiantes, sino que están presentes globalmente en el clima estudiantil, en donde se evidencia que el fenómeno no está supeditado a la presencia o no del acoso, ya que este representa diferentes categorías que involucran niveles intermedios.

Los resultados mostrados en la Tabla 4, demuestran que los estudiantes que experimentan mayores niveles de acoso tienden a un mayor

consumo de sustancias psicoactivas ilegales. En el estudio de Fleming y Jacobsen (2009), el cual emplea el cuestionario GSHS en una población de 104 614 estudiantes de diecinueve países, encuentran en todos los casos mayor prevalencia de consumo de drogas entre estudiantes acosados.

En cuanto a funcionalidad familiar, se evidencia que de los estudiantes con una buena funcionalidad familiar solo el 6.5% presentan acoso en el nivel 2-3, contrario a lo encontrado en disfuncionalidad severa donde en el mismo nivel de acoso hay un 26.5% de casos ($p=.001$). Similar a lo encontrado por Uribe y Pebes (2014), en Ica, Perú, con una población de 304 estudiantes y utilizando la escala de Cisneros y APGAR familiar donde también encontraron una relación significativa entre funcionalidad familiar y acoso.

El nivel de dependencia alcohólica según cuestionario de GAGE presenta una dependencia significativa con nivel de acoso; se observa en los no-consumidores un 12.2% de proporción de acoso 2-3, proporción que aumenta hasta un 25.8% para el caso de los consumidores dependientes. Este resultado es diferente a lo encontrado por García, Pérez y Nebot (2010) en Barcelona, España, con una población de 2727 estudiantes, en el cual observa una menor probabilidad de padecer acoso escolar entre las mujeres consideradas consumidoras de riesgo de alcohol (según el cuestionario empleado por ellos). En los hombres, se encontró una menor prevalencia de consumidores de riesgo de alcohol entre las víctimas de acoso.

En la presente investigación, en el caso de los acosadores también se encontró dependencia significativa, con la misma tendencia que en el

caso de los acosados. Confirmando el fenómeno ya mencionado de que los factores asociados afectan por igual a acosados y acosadores.

Igualmente, el trastorno de ansiedad muestra relación significativa con acoso, a medida que aumenta el nivel de ansiedad las proporciones de acoso 2-3, 3-4, y 4-5 también aumentan. Con respecto a los niveles de acoso se presenta el mismo fenómeno descrito anteriormente, y en este caso también con los niveles de agresor y ciberagresor. Este resultado coincide con el encontrado por Fleming y Jacobsen (2009), empleando el cuestionario GSHS en una población de 104 614 estudiantes de diecinueve países, en donde de los 90 973 estudiantes que respondieron a la pregunta sobre el sentir ansiedad, 34.6% reportó sentirse ansioso por más de dos semanas en el año pasado, incluyendo 45.6% de los estudiantes que fueron acosados. Orjuela y Cabrera (2013), en su estudio sobre acoso y ciberacoso con una población de 658 estudiantes en España, encontraron que el 50% de los niños y niñas con ansiedad presentan ciberacoso.

Resultados parecidos presenta la dependencia con el perfil de trastorno depresivo el cual tiene dependencia significativa con el perfil de acosado, acosador, ciberacosado y ciberacosador. Vollink *et al.* (2013) en una población de 335 niños en Inglaterra, encontraron que las víctimas de acoso cibernético tuvieron una puntuación más alta en el afrontamiento depresivo.

El consumo de sustancias psicoactivas presenta relación significativa con acoso; al comparar el perfil de acoso de los no consumidores con los consumidores, resalta que el perfil decrece en los niveles de acoso 0-1, 1-2 y aumenta en los otros niveles. En este caso sucede el mismo

fenómeno comentado anteriormente, en el sentido de que esta dependencia del perfil de acoso con consumo de sustancias se reproduce en el perfil de acosador.

Con el ciberacosador, se da entonces un hecho ya observado en el estudio de Aranzales-Delgado *et al.* (2014): el consumo de sustancias psicoactivas está asociado en algunos casos con estudiantes acosados, y en otros casos con estudiantes acosadores. En el estudio mencionado este sucedía con varios factores asociados.

En la investigación realizada por Romera *et al.* (2011), en 3042 niños y niñas de Nicaragua, utilizaron el Cuestionario sobre Convivencia, Violencia y Experiencias de Riesgo (COVER), y se encontró que existe una relación significativa entre el perfil de agresor y el contacto con drogas. También, en la presente investigación, se encuentran dependencias significativas entre los perfiles de acoso, acosador, ciberacosado, ciberacosador con el consumo de sustancias específicas.

El perfil de funcionalidad familiar, también muestra dependencias significativas con todos los perfiles estudiados de acoso, acosador, ciberacosado y ciberacosador, en el mismo sentido comentado en los casos anteriores, o sea todos los perfiles tienden a aumentar en los valores altos 2-3, 3-4 y 4-5, cuando se comparan con el perfil correspondiente a buena funcionalidad familiar. Resultados análogos presenta Aranzales-Delgado *et al.* (2014). También Walker *et al.* (2011) con una población de 1280 estudiantes de secundaria en Londres, Inglaterra, utilizando el APGAR familiar, encontraron que el 28% de los ciberagresores, manifiestan tener una disfunción familiar, comúnmente con el padre.

El perfil de trastornos de la conducta alimentaria, según el cuestionario SCOFF, presenta asociación significativa con el perfil de acosador y ciberacosado. En la presente investigación se analiza la relación de las variables demográficas cuantificadas en la población, con los perfiles encontrados de acoso, acosador, ciberacosado y ciberacosador, sin encontrar asociación significativa.

En lo que tiene relación con el consumo de cigarrillo, existe relación significativa entre el perfil de consumo, y el perfil de acoso, también con perfil de acosador, y ciberacosador. Las tendencias de las asociaciones en todos los casos son análogas a las ya mencionadas para otros factores, inclusive con el perfil que no presenta asociación, que es el de ciberacosado.

En esta investigación se comprobó que prácticamente todos los factores asociados tienen relación significativa tanto con las variables de acoso, acosador, ciberacosado y ciberacosador. Aunque desde luego el estudio no puede determinar causalidad entre estos factores; es decir, no se puede saber si el estudiante consume alcohol porque es acosado o acosador, o si el consumo de alcohol potencia estas conductas. Se encontraron factores con valores que se podrían considerar anormales tanto para acosados como para acosadores, y valores normales que se presentan en estudiantes que no son ni acosados ni acosadores. También se establece una vez más la importancia de la familia en el fenómeno del acoso en general y la importancia que tiene una buena funcionalidad familiar en este aspecto, así que cualquier intervención que se haga para prevenir el fenómeno de acoso debe tener en cuenta fundamentalmente la familia.

Las limitaciones de la investigación, básicamente, son las mismas que presenta cualquier análisis por encuesta, que no exista certeza absoluta sobre la sinceridad de los estudiantes al responder. Sin embargo, se hizo todo lo posible para garantizar esta sinceridad. También la posible interpretación inadecuada del cuestionario por parte de la población estudiada.

Conflictos de interés

Los autores de la presente investigación declaran no tener ningún conflicto de interés con relación al tema tratado.

Fuentes de financiación

Universidad de Manizales, Colombia.

BIBLIOGRAFÍA

- Albores, L., Saucedo, J. M., Ruiz, S. y Roque, E. (2011). El acoso escolar (bullying) y su asociación con trastornos psiquiátricos en una muestra de escolares de México. *Salud pública de México*, 53, 1-8.
- Álvarez, D., Núñez, J., Pérez, L., González, A., Pérez, C. y González, P. (2011). Violencia a través de las tecnologías de la información y la comunicación en estudiantes de secundaria. *Anales de Psicología*, 27(1), 221-231.
- Amemiya, I., Oliveros, M. y Barrientos, A. (2009). Factores de riesgo de violencia escolar (Bullying) severa en colegios privados de 3 zonas de la sierra del Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 70(4), 255-258.
- Aranzaes-Delgado, Y. D., Castaño-Castrillón, J. J., Figueroa-Salcedo, R. A., Jaramillo-Ruiz, S., Landazuri-Quiñones, J. N., Forero, R. Y Valencia-Cortés, J. (2014). Frecuencia de acoso y ciber-acoso, y sus formas de presentación en estudiantes de secundaria de colegios públicos de la ciudad de Manizales, 2013. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 4(1), 65-82.
- Arroyave, P. (2012). Factores de vulnerabilidad y riesgo asociados al bullying. *Revista CES Psicología*, 5(1), 116-125.
- Beran. T. y Li, Qing. (2007). The relationship between cyberbullying and school bullying. *Journal of student Wellbeing*, 1(2), 15-33.
- Campo-Arias, A., Barros-Bermúdez, J. A. y Rueda-Jaimes, G. E. (2005). Propiedades psicométricas del cuestionario CAGE para consumo abusivo de alcohol: resultados de tres análisis. *Revista Colombiana Psiquiatría*, 38(2), 294-03.
- Campo-Arias, A., Díaz-Martínez, L. A., Rueda-Jaimes, G. E., Martínez-Mantilla, J. A., Amaya-Naranjo, W. y Campillo. H. A. (2006). Consistencia interna y análisis factorial del cuestionario SCOFF para tamizaje de trastorno de conducta alimentaria en adolescentes estudiantes: una comparación por género. *Universitas Psychologica*, 5(2), 295-304.
- Campo-Arias, A., Díaz-Martínez, L. A., Rueda-Jaimes, G. E., Martínez-Mantilla, J. A., Amaya-Naranjo, W., & Campillo, H. A. (2006). Consistencia interna y análisis factorial del cuestionario SCOFF para tamizaje de trastorno de conducta alimentaria en adolescentes estudiantes: una comparación por género. *Universitas Psychologica*, 5(2), 295-304.
- Caro, I. y Ibáñez, E. (1992). La escala hospitalaria de ansiedad y depresión. *Boletim de Psicologia*, 36, 43-69. DOI: 10.4067/S0718-48082015000300003
- Cepeda, E., Pacheco, P., García, L. y Piraquive, C. (2008). Acoso Escolar a Estudiantes de Educación Básica y Media. *Revista de Salud Pública*, 10(4), 517-528.
- Cerezo, F. (2009). Bullying: análisis de la situación en las aulas españolas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(3), 367-378.
- Díaz. M. y Jalón. A. (2005). La violencia entre iguales en la adolescencia y su prevención desde la escuela. *Psicothema*, 17(4), 549-558.

- Fleming, L. y Jacobsen, K. (2009). Bullying among middle-school students in low and middle income countries. *Health Promotion International*, 25(1), 73- 84. DOI: 10.1093/heapro/dap046
- Forero-Ariza, L. M., Avendaño-Duran, M. C., Duarte-Cubillos, Z. J. y Campo-Arias, A. (2006). Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(1), 23-29.
- Fundación Paz Ciudadana. (2010). Validación de instrumento para medir violencia escolar. Santiago de Chile: Fundación Paz Ciudadana.
- García, G., Joffre, V., Martínez, G. y Llanes, A. (2011). Cyberbullying: forma virtual de intimidación escolar. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(1), 115- 130
- García, G., Martínez, G., Saldívar, A., Sánchez, R., Martínez, G. y Barrientos M. (2012). Factores de riesgo y consecuencias del cyberbullying en un grupo de adolescentes. Asociación con bullying tradicional. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 69(6), 463-474.
- García, X., Perez, A. y Nebot, M. (2010). Factores relacionados con el acoso escolar (bullying) en los adolescentes de Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 24(2), 103–108.
- Jiménez, A., Castillo, V. y Cisternas, L. (2012). Validación de la escala de agresión entre pares, y subescala de agresión virtual en escolares chilenos. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales Niñez y Juventud*, 10, 825-840.
- Joffre, V. y Garcia, G. (2011). Bullying en alumnos de secundaria. Características generales y factores asociados al riesgo. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 68, 193-202.
- Muñoz, M., Saavedra, E. y Villalta, M. (2007). Percepciones y significados sobre la convivencia y la violencia escolar de estudiantes de cuarto medio de un liceo municipal de Chile. *Revista de Pedagogía*, 28(82), 197-224.
- Ochoa, M., Madoz, A. y Muelas, N. (2009). Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 55(214), 26-40.
- Orjuela, L. Cabrera, B., Camaestra, J., Mora, J. A. y Ortega-Ruiz, R. (2013). Acoso Escolar y Cyberacoso: Propuesta para la acción. Madrid: Save The Children.
- Ortega, R. (2010). Agresividad injustificada, bullying y violencia escolar. El mundo de Colegios. Madrid: Alianza Editorial.
- Patchin, J. W. y Hinduja, S. (2010), Cyberbullying and self-esteem. *Journal of School Health*, 80(12), 614-621. DOI: 10.1111/j.1746-1561.2010.00548.x
- Riberos, M., Hernández, H. y Rivera J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*, 10(1), 91-102.
- Riebel, J., Jäger, R. y Fischer, U. (2009). Cyberbullying in Germany – an exploration of prevalence, overlapping with real life bullying and coping strategies. *Psychology Science Quarterly*, 51(3), 298-314.
- Rigby, K. (2000). Effects of peer victimization in schools and perceived social support on adolescent well-being. *Journal of Adolescence*, 23, 57-68. DOI: 10.1006/jado.1999.0289
- Romera, E., Del rey, R. Y Ortega, R. (2011). Factores asociados a la implicación en bullying: un estudio en Nicaragua. *Psychosocial Intervention*, 20(2), 161-170. DOI: 10.5093/in2011v20n2a4
- Rueda. G. E., Díaz, L. A., Campo, A., Barros, J. A., Ávila, G. C., Oróstegui, L. T., et al. Validación de la encuesta SCOFF para tamizaje de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres universitarias. *Biomédica*, 25(2), 196-202. DOI: 10.7705/biomedica.v25i2.1342
- Rueda-Jaimes, G. E., Díaz-Martínez, L. A., Ortiz-Barajas, D. P., Pinzón-Plata, C., Rodríguez-Martínez, J. Y Cadena-Afanador, L. P. (2005). Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario

- en adolescentes escolarizadas. *Atención Primaria*, 35(02), 89-94. DOI: 10.1157/13071915
- Swearer, S., Espelage, D., Vaillancourt, T. y Hymel, S. (2010). What can be done about school bullying? Linking research to educational practice. *Educational Researcher*, 39, (38-47).
- Uribe C, y Pebes, A. (2014). Bullying y los factores de riesgo en los estudiantes del colegio nacional nuestra señora de las Mercedes de Ica – 2013. *Revista Enfermería a la Vanguardia*, 2(1), 55-62.
- Uribe, A., Orcasita, L. y Aguillón E. (2012). Bullying, redes de apoyo social y funcionamiento familiar en adolescentes de una institución educativa de Santander, Colombia. *Psicología Avances de la Disciplina*, 6(2), 83-99.
- Vollink, T., Bolman, C., Dehue, F. y Jacobs, N. (2013). Coping with cyberbullying: differences between victims, bully-victims and children not involved in bullying. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 23, 7-24. DOI: 10.1002/casp.2142
- Walker, C., Sockman, B. y Koehn, S. (2011). An exploratory study of cyberbullying with under graduate university students. *Techtrends*, 55(2), 32-39.
- Wesley, H., Craig, D. y Perkins, M. (2011). Using social norms to reduce bullying: A research intervention among adolescents in five middle schools. *Group Processes & Intergroup Relations*, 14(5), 703–722. DOI: 10.1177/1368430210398004
- Zigmong, A. y Snaith, R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

