

Un caso grave de bullying. Rol del médico en atención primaria

Dra. Fernanda Carolina Lozano Méndez*

Resumen

Se presenta un caso de exposición crónica a violencia psicológica y física entre pares en el ámbito escolar, que se diagnosticó a partir de una cruel agresión por parte de las compañeras de la paciente, que ocasionó heridas con lápices afilados en el rostro y desarrollo de daño estético y un trastorno de estrés postraumático. Este caso traduce una falla del sistema de salud en el primer nivel de atención en relación con la prevención, detección y abordaje de estas situaciones y nos lleva a plantear la necesidad de reflexionar sobre el tema e implementar estrategias de abordaje interinstitucionales centradas en la prevención, acorde al cambio de modelo de atención.

Palabras clave: ACOSO ESCOLAR.
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.
ROL DEL MÉDICO.

Keywords: BULLYING.
PRIMARY HEALTH CARE.
PHYSICIAN'S ROLE.

Introducción

En diversos ámbitos de la vida cotidiana las relaciones interpersonales se establecen asimétricamente⁽¹⁾, ya sea por edad, tamaño, mayor popularidad social, entre otros motivos, y se abusa de ese poder generando violencia. Cuando este abuso de poder se manifiesta con acciones negativas e intencionales que se ejercen entre pares en forma sistemática sobre otro sujeto en el ámbito escolar, estamos ante una situación de bullying o acoso escolar que puede manifestarse en forma física, psicológica, sexual o patrimonial⁽²⁾.

A nivel mundial la prevalencia oscila entre 6% y 49%⁽²⁻⁶⁾. En Uruguay no hay estudios de prevalencia en el ámbito nacional, pero se destacan algunos trabajos llevados a cabo en distintos centros educativos⁽⁶⁾. Cajigas y colaboradores, citando el estudio de Viscardi, plantean que según la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), 91% del alumnado de los liceos refieren peleas entre compañeros, 71% refirió haber sufrido agresiones verbales y 61% afirmó haber agredido verbalmente a otros, destacando también la necesidad planteada por los alumnos de abordar la temática así como métodos de resolución de conflictos⁽⁷⁾.

Esta forma de violencia existe en todos los grupos socioeconómicos y presenta diferencias basadas en género en cuanto a la frecuencia y tipo de agresiones, presentando los varones una actitud tendiente a la violencia en mayor proporción que las mujeres, predominando entre los varones las manifestaciones físicas y verbales, aumentando la burla a medida que aumenta la edad, mientras que entre las mujeres predomina la violencia psicológica de tipo rumores, comentarios sexuales, manipulación de las amistades y exclusión social^(2,6,8,9).

* Médico de área, referente en violencia, maltrato y abuso de RAP, ASSE. Asistente del Departamento de Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay. Máster en Medicina Forense. Universidad de Valencia. España. Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Universidad de Montevideo. Uruguay.
Correspondencia: Dra. Fernanda Lozano
Avda Rivera 2507, apto 2, CP 11600. Montevideo, Uruguay
Correo electrónico: fernandalozano@adinet.com.uy
Recibido: 22/2/10.
Recibido: 23/8/10.

Si bien se describen casos en preescolares, el pico máximo se encuentra en la adolescencia temprana. Un estudio realizado en Montevideo⁽⁶⁾, en el año 2006, en población de 11 a 17 años de un liceo, concluye que entre los 15 y 17 años el relacionamiento con pares transgresores es mayor que en el grupo de 11-12 años.

Al igual que otras formas de violencia tiene un origen multifactorial que puede explicarse con el modelo ecológico que plantea la multicausalidad del fenómeno que surge de una combinación de factores individuales, familiares, socioculturales y educativos, por lo que requiere un abordaje multidisciplinario e interinstitucional⁽¹⁾.

En la dinámica de situación de bullying existen diferentes participantes, víctima, agresor o agresores, testigos y los adultos^(2,5,8,9). La víctima suele ser tímida, con baja autoestima, retraída y con poca habilidad para entablar relaciones sociales. El agresor o agresores se caracterizan por su conflictividad social y escolar, agresividad y empleo frecuente de conductas violentas y antisociales así como actitudes desafiantes de los adultos, justificando la agresión. Los testigos pueden ser pasivos o activos dependiendo de su actitud respecto a la situación (ya sea intentando frenar el acoso o, por el contrario, alentando las agresiones). Los adultos, ya sea padres, docentes o personal de salud, generalmente no detectan la situación o la minimizan por falta de capacitación o desconocimiento del fenómeno considerándolo "cosas de niños"⁽²⁾.

Esta forma de violencia puede generar repercusiones a corto, mediano y largo plazo en la víctima, el agresor y los testigos. Tanto las víctimas como los agresores presentan mayor riesgo de problemas de adaptación psicosocial y tienen mayores probabilidades de desarrollar en el futuro otras formas de violencia y conductas antisociales⁽¹⁰⁻¹²⁾. Las víctimas pueden desarrollar trastornos psicósomáticos y psicosociales^(2,5,13) que incluyen exacerbación de enfermedades crónicas, trastorno del sueño y conducta alimentaria, enuresis, auto o heteroagresividad, disminución del rendimiento escolar y conductas de riesgo. Está descrito el mayor riesgo de suicidio en adolescentes aun en ausencia de depresión mayor⁽¹⁴⁾. Estas repercusiones psicosociales pueden ocasionar además distintos grados de disfunción familiar.

Se presenta un caso de una adolescente en que se diagnosticó bullying tras una cruel agresión que justifica que el médico del primer nivel de atención tenga un alto índice de sospecha de estas situaciones y lo incluya sistemáticamente como otro problema en la anamnesis del paciente pediátrico y adolescente.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino, de 12 años, procedente de un medio socioeconómico deficitario con antecedentes de fracaso escolar secundario a trastorno de aprendizaje, sin

otros antecedentes médicos a destacar.

Consultó en policlínica de referencia y orientación a situaciones de violencia interpersonal de un centro de salud de Montevideo, tras sufrir agresiones en el rostro con puños y lápices de madera por ocho compañeras, en la escuela, donde no recibió asistencia médica. La paciente relató que sufre agresiones por parte de sus compañeros desde hace más de dos años, que incluyen insultos y burlas en relación con el trabajo de su padre (hurgador), refiriéndose a ella y sus hermanas como "requecheras" y "negras muertas de hambre". Las agresiones aumentaron en frecuencia e intensidad, llegando en los días previos a la consulta a agresiones físicas de tipo empujones y tirones de cabello. Intentó alertar a la maestra en reiteradas oportunidades, quien respondió "somos pocos y nos conocemos". Al examen se encontraba angustiada, con múltiples excoriaciones alargadas con costra en rostro que alteraban francamente la simetría del mismo, en borde cubital de antebrazo derecho y en cavidad oral erosiones lineales en mucosa yugal, sin otros elementos patológicos a destacar.

En la evolución a los 45 días aproximadamente de la agresión, la paciente desarrolló sintomatología de ansiedad, temor a ser agredida nuevamente y reexperimentación de la agresión, pesadillas donde reaparece la agresión y ve el rostro de sus compañeras atacándola, insomnio de conciliación y mantenimiento, levantándose en la noche a chequear que la puerta esté cerrada. Presentó en varias oportunidades enuresis secundaria así como disminución del apetito, retraimiento de sus pares, mayor irritabilidad con auto y heteroagresividad. Fue derivada a psiquiatra pediatra urgente con planteo de probable trastorno de estrés postraumático, lo cual fue confirmado, y comenzó tratamiento con psicofármacos y psicoterapia.

La situación derivó en que la madre realizó la denuncia en la seccional policial porque, según refiere, la directora respondió "son típicas peleas entre niños". La paciente y sus hermanas no concurrieron nuevamente al mismo centro educativo y retomaron las clases en otra escuela a menos de dos meses de finalizar los cursos.

Discusión

Se trata de una adolescente que sufrió episodios reiterados de violencia heteroinferida por sus pares en centro educativo, de tipo psicológica (agresiones verbales, apodos, discriminación por motivos raciales y económicos) y físicas, que aumentaron en frecuencia e intensidad, que por sus características constituyen una dinámica de bullying. Una forma particular a la cual debemos estar atentos a través del desarrollo de tecnologías de información y conocimiento es el ciberbullying, que consiste en el acceso a imágenes sobre actos violentos o agresiones propiamente dichas ejercidas a través de la telefonía celular o

redes sociales electrónicas.

Este caso tiene aspectos particulares que lo hacen interesante. En primer lugar, el tipo inusual de agresión ejercida por las compañeras mujeres que ocasionó un daño estético, con la posible repercusión en la imagen corporal, desarrollo de vínculos interpersonales, comunicación y socialización de la paciente, incluyendo las relaciones afectivas y, en el futuro, sexuales. Con la interconsulta con psiquiatra se confirmó la repercusión en la salud mental con el desarrollo de un trastorno de estrés postraumático como consecuencia de la agresión. Otro aspecto relevante es el conflicto generado entre la madre y la escuela que culminó con la judicialización de la situación y el cambio del lugar de estudio de la paciente y sus hermanas a menos de dos meses de la finalización de cursos con las connotaciones que ello tiene respecto a la integración a un nuevo grupo. Desde el punto de vista de la situación de violencia escolar crónica, el diagnóstico fue tardío tras sufrir una agresión grave, lo que traduce una falla del sistema de salud y del sistema educativo desde lo preventivo, siendo instituciones que en representación del Estado están encargadas de velar por la protección y garantía de derechos de niños, niñas y adolescentes. En este sentido destacamos el rol de los adultos del centro educativo y los intentos frustrados de la paciente de pedir ayuda así como la falta de respuesta ante la agresión física aguda. El Código de la Niñez y Adolescencia establece no sólo el derecho del niño a ser oído sino también que *“el Estado protegerá los derechos de todos los niños y adolescentes sujetos a su jurisdicción... y que tiene la obligación de proteger especialmente a los niños y adolescentes respecto a toda forma de abandono, abuso sexual o explotación de la prostitución, trato discriminatorio, hostigamiento, segregación o exclusión en los lugares de estudio, esparcimiento o trabajo... tratos crueles, inhumanos o degradantes... situaciones que pongan en riesgo su vida o inciten a la violencia...”*⁽¹⁵⁾. En este caso la escuela no garantizó ciertos derechos que fueron claramente vulnerados, lo que quizá se explique por desconocimiento de las características de las dinámicas de bullying que lleva a que sean interpretadas como un conflicto entre dos estudiantes y, por ende, no se realice una intervención adecuada y existiendo la posibilidad de que el lugar de esa víctima sea ocupado por otra. Esta falta de visualización impide a su vez la intervención sobre los agresores y testigos. Por otro lado, la escuela es un medio de socialización de los niños y si allí son testigos de violencia y no se toman medidas al respecto, existe el riesgo de que lo incorporen como una forma válida de resolución de conflictos, especialmente con la elevada prevalencia de violencia en los hogares de la cual también son víctimas o testigos.

Pero este caso no sólo revela una falla desde el sistema educativo, sino también desde el sector salud, ya que

teniendo en cuenta que un elevado número de niños, niñas y adolescentes están expuestos crónicamente a situaciones violentas, constituyendo sucesos vitales estresantes con importante impacto psicoemocional, social, intelectual y orgánico, se justifica su inclusión en políticas de salud en el marco de los programas prioritarios del Ministerio de Salud Pública y, por tanto, sea incorporado en la práctica. El equipo de atención primaria, por las características de la relación equipo-paciente-familia, tiene un rol privilegiado no sólo para realizar el diagnóstico precoz, un abordaje integral y trabajo en red con la escuela, sino también para realizar actividades educativas y preventivas. Para ello es fundamental promover desde los controles en salud el desarrollo de las habilidades sociales^(8,16) e incorporar en forma sistemática en la anamnesis la problemática, dado que el niño no suele consultar específicamente por bullying (en el caso presentado el motivo de consulta fue específico por las características del servicio al cual fue derivada), estando atento en caso de pacientes con trastornos de conducta, del estado de ánimo o incluso síntomas de agravación de patologías médicas⁽⁵⁾. Además, en atención primaria se intenta realizar una intervención familiar considerando que lo que afecta a uno de los miembros repercute en todo el sistema familiar, y en esta problemática justamente la familia tiene un rol fundamental en la justificación de la violencia, en la transmisión de valores, formas de comunicación y resolución de conflictos. Es recomendable trabajar junto con la familia del paciente^(17,18) en la comprensión del problema, estimular el diálogo entre padres e hijos, valorar la respuesta de la familia al comportamiento del niño, niña o adolescente, así como las áreas de funcionamiento familiar. Puede ser recomendable en estas situaciones el empleo de tests u otros instrumentos empleados en atención primaria para evaluar la disfunción familiar y los problemas psicosociales. Esto permite que el trabajo con el niño, niña y adolescente (tanto víctima como agresor) se acompañe de un trabajo también con la familia, especialmente en los casos de disfuncionalidad en que la problemática del niño puede ser la forma en que se mantiene la homeostasis familiar. Dadas las características de la atención primaria renovada, el médico ya no solo tiene una tarea asistencial sino que debe participar activamente en la tareas de promoción de salud y empoderamiento de los usuarios, para lo cual es oportuno participar en estrategias antibullying desarrolladas en la escuela⁽¹⁹⁻²¹⁾, especialmente participando en talleres donde se reflexione sobre la temática y su impacto, los derechos de niños, niñas y adolescentes, brindar herramientas para la detección y abordaje, entre otras, evitando el diagnóstico tardío como en el caso que se presentó.

Summary

We present a case of chronic exposure to psychological

and physical violence among peers within the school context. The case was diagnosed after a cruel aggression by some of the patients' schoolmates which caused sharp pencil wounds in the face and resulted in esthetic damage and post-traumatic stress disorder.

This case reflects a failure of the health care system in terms of the prevention, identification and approach of these situations and leads us to call for reflection on the issue and implement strategies for inter-institutional approach that focuses on prevention, responding to current changes in the health care model.

Résumé

On présente un cas d'exposition chronique à violence physique entre paires au milieu scolaire, dont le diagnostic confirme un cruel harcèlement perpétré par des copines de la patiente qui fut blessée au visage avec des crayons pointus, lui provoquant un stress post-traumatique et des problèmes esthétiques.

Cela traduit la faille du système de santé au premier niveau d'assistance en ce qui concerne la prévention, le repérage et l'abordage de ces situations. Il en résulte un évident besoin de réflexion à ce sujet afin de prévoir des stratégies d'abordage interinstitutionnel centrées sur la prévention, ce qui mène à un changement du modèle d'assistance.

Resumo

Descrevemos um caso de exposição crônica à violência psicológica e física entre pares no ambiente escolar. O diagnóstico foi realizado depois de um episódio de agressão lápis de ponta fina por uma colega da paciente que causou danos estéticos no rosto e estresse pós-traumático. Este caso mostra uma falha do sistema de saúde no primeiro nível de atenção tanto na prevenção como na detecção e abordagem desse tipo de situação. Trazemos à discussão a necessidade de fazer uma reflexão sobre o tema e de implementar estratégias de abordagem interinstitucional focadas na prevenção de acordo com o modelo de atenção.

Bibliografía

1. **Bringiotti M.** La violencia cotidiana en el ámbito escolar: Algunas propuestas visibles e intervención. Buenos Aires: Lugar, 2008.
2. **Olweus D.** Conductas de acoso y amenaza entre escolares. 2ª ed. Madrid: Alfaomega, Morata, 2004.
3. **Nansel TR, Overpeck M, Pilla RS, Ruan WJ, Simons-Morton B, Scheidt P.** Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA* 2001; 285(16): 2094-100.
4. **Nansel TR, Overpeck MD, Haynie DL, Ruan WJ,**

5. **Lopes Neto AA.** Bullying: comportamento agressivo entre estudantes. *J Pediatr (Rio J)* 2005; 81(5 Supl): S164-72.
6. **Cajigas de Segredo N, Kahan E, Luzardo M, Najson S, Ugo C, Zamalvide G.** Agresión entre pares (bullying) en un centro educativo de Montevideo: estudio de las frecuencias de los estudiantes de mayor riesgo. *Rev Med Urug* 2006; 22(2): 143-51.
7. **Cajigas de Segredo N, Kahan E, Luzardo M, Najson S, Zamalvide G.** Escala de agresión entre pares para adolescentes y principales resultados. Montevideo: UCUDAL, Facultad de Psicología, 2008. Disponible en: http://www.ucu.edu.uy/Facultades/Psicologia/TB/Documentos/accion_psico.pdf. (Consulta: 15/12/08).
8. **Trautmann A.** Maltrato entre pares o "bullying". Una visión actual. *Rev Chil Pediatr* 2008; 79(1): 13-20.
9. **Juvonen J, Graham S, Schuster MA.** Bullying among young adolescents: the strong, the weak, and the troubled. *Pediatrics* 2003; 112(6 Pt 1): 1231-7.
10. **Nansel TR, Craig W, Overpeck MD, Saluja G, Ruan WJ; Health Behaviour in School-aged Children Bullying Analyses Working Group.** Cross-national consistency in the relationship between bullying behaviors and psychosocial adjustment. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158(8): 730-6.
11. **Arseneault L, Walsh E, Trzesniewski K, Newcombe R, Caspi A, Moffitt TE.** Bullying victimization uniquely contributes to adjustment problems in young children: a nationally representative cohort study. *Pediatrics* 2006; 118(1): 130-8.
12. **Rodríguez Piedra R, Seoane Lago A, Pedreira Massa JL.** Niños contra niños: el bullying como trastorno emergente. *An Pediatr (Barc)* 2006; 64(2): 162-6.
13. **Fekkes M, Pijpers FI, Fredriks AM, Vogels T, Verloove-Vanhorick SP.** Do bullied children get ill, or do ill children get bullied? A prospective cohort study on the relationship between bullying and health-related symptoms. *Pediatrics* 2006; 117(5): 1568-74.
14. **Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Marttunen M, Rimpelä A, Rantanen P.** Bullying, depression and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *BMJ* 1999; 319(7206): 348-51.
15. **Asamblea General del Poder Legislativo.** Código de la niñez y adolescencia. Montevideo: Iconoprint, 2005.
16. **Lyznicki JM, McCaffree MA, Robinowitz CB.** Childhood bullying: implications for physicians. *Am Fam Physician* 2004; 70(9): 1723-8.
17. **Nickel MK, Krawczyk J, Nickel C, Forthuber P, Kettler C, Leiberich P, et al.** 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* 2005; 116(2): e247-54.
18. **Ohene SA, Ireland M, McNeely C, Borowsky IW.** Parental expectations, physical punishment, and violence among adolescents who score positive on a psychosocial screening test in primary care. *Pediatrics* 2006; 117(2): 441-7.
19. **Borowsky IW, Mozayeny S, Stuenkel K, Ireland M.** Effects of a primary care-based intervention on violent behavior and injury in children. *Pediatrics* 2004; 114(4): e392-9.
20. **Dake JA, Price JH, Telljohann SK.** The nature and extent of bullying at school. *J Sch Health* 2003; 73(5): 173-80.
21. **Vreeman RC, Carroll AE.** A systematic review of school-based interventions to prevent bullying. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161(1): 78-88.