

BULLYING EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS: VALIDACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA "RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS"

*Elvinia Pinilla Gómez**
*Luis Carlos Orozco Vargas***
*Fabio Alberto Camargo Figuera****
*Jonathan Alexander Berrio*****
*Leydi Xiomara Medina Moreno******

Recibido en diciembre 5 de 2011, aceptado en marzo 2 de 2012

Resumen

La adolescencia es una etapa en la cual surgen una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales, que contribuyen a la formación de la personalidad; la manera en que los adolescentes afrontan estos cambios se ve reflejada en los comportamientos de permisibilidad y violencia que ellos exteriorizan ante las diversas situaciones de la vida cotidiana. **Objetivo:** validar el diagnóstico de enfermería "riesgo de violencia dirigida a otros", en adolescentes escolarizados. **Método:** estudio de corte transversal, donde la población eran adolescentes de una institución media educativa del municipio de Rionegro (Santander, Colombia). La variable principal fue "riesgo de violencia dirigida a otros", la recolección de la información se hizo por medio de un instrumento de valoración de tamizaje del adolescente escolarizado. La validez clínica del diagnóstico, se realizó mediante análisis de factores y análisis Rasch. **Resultados:** la población conformada por 300 adolescentes, la mediana de edad fue de 14 años, el 58,67% correspondió al género femenino. Los ítems que ajustaron al modelo de análisis Rasch se encuentran con un INFIT que oscila entre 0,85 el menor y 1,24 el mayor, y el OUTFIT que oscila entre 0,65 el menor y 1,77 el mayor. Muestra que las mujeres son más agresoras que los varones, con una media de 1,53 de riesgo de violencia para las mujeres y una media de 1,03 para los hombres, con una probabilidad $p=0,0006$. **Conclusión:** validar clínicamente los diagnósticos de enfermería, aporta a la evidencia y el crecimiento de la profesión como ciencia del cuidado.

Palabras clave

Bullying, adolescente, riesgo, estudios de validación, diagnóstico, enfermería. (Fuente: DeCS, BIREME).

* Enfermera, Magíster en Pedagogía. Universidad Industrial de Santander, Escuela de Enfermería, Grupo de Investigación GRINFER. Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: elvinia@uis.edu.co

** Médico, Magíster en Epidemiología. Universidad Industrial de Santander, Escuela de Enfermería. Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: lcorovar@uis.edu.co

*** Enfermero, Magíster en Epidemiología. Universidad Industrial de Santander, Escuela de Enfermería. Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: falcafi@yahoo.es

**** Enfermero. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: jonathanalexander86@hotmail.com

***** Enfermera. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: xiomarita_medina08@hotmail.com

BULLYING AMONG ADOLESCENT ATTENDING SCHOOL: VALIDATION OF THE NURSING DIAGNOSIS "RISK OF VIOLENCE DIRECTED TO OTHERS"

Abstract

Adolescence is a stage in which a series of physical, psychological and social factors arise which contribute to the personality shaping; the way in which adolescents face these changes are reflected in the permissibility and violence behaviors they externalize to various situations of everyday life. **Objective:** to validate the nursing diagnosis "risk of violence directed to others" among adolescents attending school. **Method:** a cross-sectional study, where the population was teenagers from a Middle School in Rionegro (Santander, Colombia). The main variable was the "risk of violence directed at others", the data collection was carried out using an assessment screening instrument for the adolescent attending school. The clinical validity of the diagnosis, was performed using factor analysis and Rasch analysis. **Results:** the population comprised 300 adolescents, the median age was 14 years, and 58.67% were female. The items that fitted the Rasch model analysis with a INFIT are ranging between 0.85 the lowest and 1.24 the the highest, and OUTFIT ranging between 0.65 the lowest and 1.77 the highest. It shows that women are more assailant than males, with a mean of 1.53 risk of violence for women and an average of 1.03 for men, with a probability $p=0.0006$. **Conclusion:** clinical validation of nursing diagnoses, contributes to the evidence and the growth of the profession as a science of care.

Key words

Bullying, adolescent, risk, studies validation, nursing, diagnosis. (Source: MeSH, NLM).

BULLYING EM ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS: VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM "RISGO DE VIOLÊNCIA DIRIGIDA A OUTROS"

Resumo

A adolescência é uma etapa na qual surge uma serie de câmbios físicos, psicológicos e sociais, que contribuem à formação da personalidade; a maneira em que os adolescentes afrontam estes câmbios se vê refletida nos comportamentos de permissibilidade e violência que eles exteriorizam ante as diversas situações da vida cotidiana. **Objetivo:** validar o diagnostico de enfermagem "riscos de violência dirigida a outros", em adolescentes escolarizados. **Métodos:** pesquisa de corte transversal, onde a povoação era adolescente numa instituição de escola de ensino médio do município de Rionegro (Santander, Colombia). A variável principal foi "risco de violência dirigida a outros", a colheita da informação se fez por meio dum instrumento de valoração de seleção de adolescentes escolarizados. A validade clinica do diagnostico, realizou se mediante analise de fatores e analise Rasch. **Resultados:** A povoação conformada por 300 adolescentes, a mediana idade foi de 14 anos, o 58,67% correspondeu ao gênero feminino. Os itens que ajustaram o modelo de analise Rasch encontram se com um INFIT que oscila entre 0,85 o menor e 1,24 o maior, e o OUTFIT que oscila entre 0,65 o menor e 1,77 o maior. Mostra que as mulheres são mais agressoras que os varões, com uma meia de 1,53 de risco de violência para as mulheres e uma meia de 1,03 para os homens, com uma probabilidade $p=0,0006$. **Conclusão:** validar clinicamente os diagnósticos de enfermagem, aporta à evidencia e o crescimento da profissão como ciência do cuidado.

Palavras chave

Bullying, adolescente, risco, pesquisa de validação, diagnóstico, enfermagem. (Fonte: DeCS, BIREME).

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa en la cual surgen una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales, que contribuyen a la formación de la personalidad; la manera en que los adolescentes afrontan estos cambios se ve reflejada en los comportamientos de permisibilidad y violencia que ellos exteriorizan ante las diversas situaciones de la vida cotidiana (1). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adolescencia es una etapa de transición entre la infancia y la adultez, que se extiende entre los 10 y los 19 años. Que puede segmentarse en tres etapas: adolescencia temprana (10 a 13 años de edad), mediana (14-16) y tardía (17-19) (1).

La violencia es un problema que aqueja a la sociedad actual. Los medios de comunicación masivos, la situación económica y la frecuencia de conflictos bélicos sobre la faz del planeta, nos alerta sobre la necesidad de estudiar el problema, no solamente en función de lo macro, sino de las propias formas de expresión social más estrechas como es el caso de la comunidad, la familia y, en particular, la etapa escolar (2).

En el mundo se encuentran cada día más los adolescentes víctimas de violencia escolar. En España un estudio mostró que el 37,8% de la muestra alguna vez habían sido agredidos física, verbal o psicológicamente. El 3,3% cumplía criterios de ser víctima de acoso escolar. Un 16,7% tenían problema de autoestima, siendo más frecuente en mujeres. Así se comprobó que las personas implicadas en violencia escolar tienen más síntomas de tipo psiquiátrico y/o psicológico que quienes no lo han padecido (2).

Esta problemática se vive en Colombia. Un estudio realizado en Bogotá sobre la frecuencia con que los alumnos son víctimas de situaciones de violencia escolar, dio como resultados que un porcentaje menor al 50% no se ha sentido afectado por situaciones de acoso, un 33,9% se ha sentido excluido algunas veces, 20,2% con frecuencia

(3). Este artículo evidencia una problemática que puede estar presentándose en múltiples regiones del país (3) y es un factor que impide el buen rendimiento escolar de los estudiantes (4), es el origen de múltiples situaciones de ausentismo y deserción escolar y de situaciones que deterioran la condición de vida de los niños y jóvenes (5). La violencia en las aulas indica indiferencia, agresividad y otras formas de violencia en las escuelas. Los estudiantes son rechazados y humillados por sus compañeros (3).

La violencia en Colombia, en especial en la población infantil, ocupa los primeros lugares al momento de priorizar la problemática en salud, no solo por su magnitud (difícil de cuantificar, porque no se denuncia o no se vigila) sino por el fuerte impacto y las repercusiones que tiene en la salud mental del niño. Con respecto al abuso de menores, se estima que anualmente 4'500.000 niños con edades comprendidas entre los 4 y 12 años son abusados, física, moral y psicológicamente, de los cuales 850.000 son abusados en una forma severa y constante (6).

La violencia es uno de los factores que más influye en la baja calidad de la enseñanza, de una u otra forma todos somos víctimas de este fenómeno (5). Sin embargo, a pesar de todo, en Colombia no existe una política clara de intervención y prevención de este fenómeno, que ni siquiera es considerado en los procesos de evaluación de la calidad de la educación (3). Esta forma de violencia se conoce socialmente con el nombre de *bullying*, el término procede del inglés *bully* que literalmente significa matón o agresor, por tanto *bullying* se define como una serie de conductas que tienen que ver con la intimidación, el aislamiento, la amenaza o los insultos sobre una víctima o víctimas señaladas (5). Aunque tradicionalmente ha sido considerado como un problema social o educativo, también es un problema sanitario (7).

El *bullying* es un fenómeno devastador que puede afectar la autoestima y la salud mental

de los adolescentes. Ocurre generalmente en el ambiente de la escuela cuando el adolescente es más susceptible o vulnerable a las agresiones verbales o morales que le causan angustia y dolor, significando como una manera de exclusión social. En la mayoría de las veces, aparecen problemas de salud como la anorexia, la bulimia, la depresión, la ansiedad y también el suicidio (8).

La conducta *bullying* suele empezar de un modo más identificable a los 6-7 años, llega a un pico máximo a los 10-13 años, durante la adolescencia temprana y suele disminuir a través de la adolescencia; sin embargo, estudios actuales evidencian conductas de intimidación física en la edad preescolar (9).

Dan Olweus (5), fue uno de los primeros en estudiar el fenómeno de la victimización en el entorno escolar; lo define como una conducta de persecución física y/o psicológica que realiza un(a) alumno(a) contra otro(a), a quien elige como víctima de repetidos ataques. Esta acción, negativa e intencionada, sitúa a la víctima en una posición de la que difícilmente puede salir por sus propios medios. La continuidad de estas relaciones provoca en las víctimas efectos claramente negativos: descenso de la autoestima, estados de ansiedad e incluso cuadros depresivos, lo que dificulta su integración en el medio escolar y el desarrollo normal de los aprendizajes (5).

Un estudio realizado en Suecia sobre la percepción de los adolescentes sobre el *bullying*, realizado con 119 estudiantes de bachillerato, encontró que el 39% habían sido abusados en algún momento durante su vida escolar, 28% fueron abusadores y 13% fueron tanto víctimas como abusadores. Las edades en donde fueron más abusados variaban desde los 7 a los 9 años de edad, y donde fueron abusadores entre los 10 y los 12 años. La razón más común expresada por los adolescentes para abusar de sus compañeros fue que ellos mostraban una apariencia diferente (11).

Estas cifras y los resultados de los estudios antes nombrados, muestran que dicha problemática se hace cada día más habitual en las aulas de clase; en este contexto se ha encontrado que dentro de las instituciones educativas, se tiende a “ocultar” el conflicto y sólo se aborda cuando éste ha estallado, por lo que una primera reflexión lleva a la necesidad de pensar cómo se ve al conflicto y qué espacios se dan en las instituciones para “escuchar” al estudiante y trabajar en las posibles soluciones. Una solución a esta problemática es crear espacios donde se recuperen los valores y la escucha para la resolución de los conflictos, aspectos que en primer lugar dan inicio a investigar la validez del diagnóstico de enfermería “riesgo de violencia dirigida a otros”, en adolescentes escolarizados.

La *American Nurses Association* (ANA) ha publicado diagnósticos de enfermería, los cuales son aceptados para su estudio y validación clínica, entre ellos el diagnóstico “riesgo de violencia dirigida a otros” que se realizó inicialmente por consenso de expertas, pero que requiere de investigación y comprobación clínica para validar, siendo éste un problema que puede ser identificado y tratado por las enfermeras (12), logrando así que el diagnóstico de enfermería “riesgo de violencia dirigida a otros” sea válido cuando está bien fundamentado sobre la evidencia y sea capaz de resistir a la crítica de profesionales de enfermería (13).

La NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) (14), en su clasificación de Diagnósticos de Enfermería, define “riesgo de violencia dirigida a otros” como: “*riesgo de conductas en que la persona demuestre que puede ser física, emocional o sexualmente lesiva para otros*”. Entre sus factores relacionados encontramos: lenguaje corporal, historia de violencia contra otros, historia de amenazas de violencia, historia de conducta antisocial violenta, historia de violencia indirecta, deterioro neurológico, deterioro cognitivo, historia de

abusos infantiles, historia de presenciar violencia familiar durante la infancia, crueldad con los animales, iniciar fuegos (14).

Carpenito-Moyet (15) define el “riesgo de violencia dirigida a otros” como el estado en el que una persona es o puede ser agresivo hacia personas u objetos, y sus factores relacionados son 20 divididos en fisiopatológicos y situacionales entre los cuales se encontraron: antecedentes de actos agresivos y sensación de que el entorno es amenazador, antecedentes de actos agresivos e ideas delirantes, antecedentes de actos agresivos e incapacidad para expresar verbalmente los sentimientos, reacción tóxica al alcohol, síndrome cerebral orgánico. Con relación al tratamiento se encuentran: reacción tóxica a la medicación, antecedentes de actos agresivos evidentes, patrones de la comunicación disfuncional, alcoholismo o drogadicción, entre otros (15).

Actualmente los parámetros utilizados para la validación de diagnósticos de enfermería son: el análisis de conceptos como el primer paso para la investigación, los modelos de validación descritos por Fehring quien afirma que un diagnóstico de enfermería es válido cuando está bien fundamentado sobre la evidencia y es capaz de resistir a la crítica de profesionales de enfermería, el desarrollo de instrumentos de validación y el uso estandarizado de las grandes bases de datos (16). Fehring propone cuatro modelos para la validación de diagnósticos: modelo de validación de contenido (DCV), modelo de validación clínica enfocado a la percepción del paciente, modelo de validación de diagnósticos diferenciales (DDV) y, por último, el modelo de validación clínica (CDV) (13); este último modelo seleccionado para la validación clínica del diagnóstico de enfermería “riesgo de violencia dirigida a otros”, en adolescentes escolarizados.

En una investigación realizada en Barranquilla (Colombia), sobre las representaciones del maltrato

entre iguales en 80 niños y niñas escolarizados, se encontró que hay un progreso evolutivo con respecto a la organización y estructura de las representaciones de los niños, sin embargo, el contexto influye en el ritmo de desarrollo de éstas. En cuanto al género, se encontró que no hay diferencias en el desarrollo de las representaciones de niños y niñas; no obstante, hubo diferencias ligeras con respecto a la atribución emocional y a las estrategias de afrontamiento y alivio emocional (17).

En el estudio “Prevalencia de los diagnósticos de enfermería en adolescentes escolarizados de la ciudad de Bucaramanga en el año 2006-2007”, se halló que el diagnóstico de enfermería “riesgo de violencia dirigida a otros” ocupó el segundo lugar entre la población adolescente analizada, con un 85,2% de prevalencia (18).

En el estudio “Eficacia de las intervenciones de Enfermería: Terapia Artística, Terapia con Juegos, Distracción, para el diagnóstico de enfermería Riesgo de violencia dirigida a otros en niños víctimas de la violencia”, se encontró que la media de la edad fue 8,23 y que ninguno de los participantes controla sus impulsos al pelear; un 76,7% de los niños golpea a otras personas; entre los juegos que realizan comúnmente, 61,5% utiliza golpes, 53,8% se siente estresado y se queja con una persona mayor; entre las características del grupo: siente que todo le sale mal (46,1%), usa amenazas (23,07%), dice groserías al pelear (23,07%), le ha pasado algo malo (15,38%), golpea animales (5,38%) y amenaza al pelear (15,38%) (19).

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente estudio se basó en observar con resultados concretos la validez clínica del diagnóstico de enfermería “riesgo de violencia dirigida a otros” en adolescentes escolarizados, queriendo brindar con el mismo una visión más amplia de este fenómeno en la actualidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de corte transversal. La población estuvo conformada por adolescentes matriculados durante el segundo semestre del año 2009 en una institución educativa del municipio de Rionegro (Santander), con edades entre 10 a 19 años. Para determinar el tamaño de la muestra se tomaron a todos los adolescentes (entre 10 a 19 años) escolarizados que se encontraban matriculados y el cálculo de la muestra se hizo por conveniencia, puesto que se encuestaron a todos los adolescentes (300) de las jornadas de la mañana y la tarde, que presentaron el consentimiento informado escrito por parte de su representante legal y/o acudiente.

Las variables estudiadas fueron: variable principal “riesgo de violencia dirigida a otros”, definida como riesgo de conductas en que la persona demuestre que puede ser física, emocional o sexualmente lesiva para otros. Se tomaron de NANDA (14) y Carpenito-Moyet (15) 21 factores de riesgo: antecedentes de actos agresivos y sensación de que el entorno es amenazador, historia de amenazas de violencia, historia de conducta antisocial violenta, historia de abusos infantiles, historia de violencia indirecta, historia de presenciar violencia intrafamiliar durante la infancia, lenguaje corporal, crueldad con los animales, iniciar fuegos, historia de consumo de alcohol o drogas ilegales, sintomatología psicótica, conducta suicida, escaso control de los impulsos, disponibilidad o posesión de armas de fuego, intensificación del estrés en poco tiempo, agitación aguda, suspicacia, delirios de persecución, baja tolerancia a la frustración, temor a lo desconocido, patrones de comunicación disfuncionales. Como variables adicionales: edad, género, estrato socioeconómico, nivel educativo del adolescente.

Procedimiento de recolección de la información

Se tomaron estudiantes de las jornadas de la mañana y la tarde, y participaron del estudio los

adolescentes a los cuales su representante legal les firmó el consentimiento informado y aceptaron participar en el estudio.

La recolección de la información se realizó por medio de un instrumento basado en el formato de valoración de tamizaje del adolescente escolarizado, utilizado en el estudio de “Prevalencia de los diagnósticos de enfermería en adolescentes escolarizados de la ciudad de Bucaramanga en año 2006-2007” (18), del cual se tomaron los ítems relacionados con el diagnóstico “riesgo de violencia dirigida a otros”, adicionándole ítems que evaluaban los factores de riesgo enunciados por NANDA (14) y Carpenito-Moyet (15). Este instrumento fue ajustado previa prueba piloto realizada a 10 estudiantes de diferentes edades y planteles educativos, adaptándose así el formato para ser autodilucidado por el adolescente de tal forma que pudiera responder las 49 preguntas con dos opciones de respuesta (Si o No).

Con la información recolectada se elaboró una base de datos doblemente digitada en el programa Epi Info 6.04d (20) y la confrontación de los datos se realizó por medio del subprograma VALIDATE. Para evaluar la calidad de los datos, se revisó la hoja de respuestas de los participantes, al momento de la entrega del instrumento diligenciado, para reducir el riesgo de tener encuestas con preguntas sin responder, posteriormente se hizo la corrección de errores por medio del programa STATA v. 10.1 (21). Las variables de tipo cualitativo están descritas por medio de frecuencias absolutas y relativas. Las variables de tipo cuantitativo fueron descritas por medio de la media y la desviación estándar, en caso de no tener una distribución normal se presentó por medio de la mediana y el rango intercuartil. Para determinar la validez clínica del diagnóstico de enfermería “riesgo de violencia dirigida a otros”, se realizó un análisis de factores y un análisis Rasch a los ítems que evalúan los factores de riesgo del diagnóstico, finalmente esta información se transportó al software Winsteps (22) para realizar análisis tipo Rasch.

Aspectos éticos y confidencialidad de los datos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Salud de la Universidad Industrial de Santander, cuyo propósito es contribuir a salvaguardar la dignidad, los derechos, la seguridad y el bienestar de todos los participantes actuales y potenciales de la investigación. Su desarrollo se orientó bajo el respeto de los principios éticos y según la Resolución 8340 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud, sobre “Aspectos éticos de la investigación en seres humanos y de las investigaciones en menores de edad” (23). El estudio se clasificó como de riesgo mínimo, el cual no representa ningún tipo de daño a la integridad de los participantes. Los investigadores garantizaron, en todo momento, la confidencialidad de la información y la privacidad. Se aclaró a los participantes que no recibirían ningún tipo de remuneración por la participación en la investigación, pero se les explicó que este estudio podría ser la base para hacer mejoras en las intervenciones de enfermería y conducir a brindar un cuidado de enfermería de calidad. Para participar en la investigación se obtuvo el consentimiento informado escrito que fue firmado por el acudiente, y la persona sujeto de la investigación dio su aprobación. En los casos donde solo hubo aceptación de una de las partes (representante legal o adolescente) no se incluyó como participante del estudio.

RESULTADOS

La población de adolescentes encuestados fue de 300, la mediana de edad fue de 14 años, el 58,67%

correspondió al género femenino. El 81,3% practicaba alguna religión. El 88,3% pertenecía a estrato bajo, el 11,63% restantes a estrato alto. El 55% de la población encuestada pertenecía a los grados sexto (23%), séptimo (18,67%) y octavo (13,33%) de educación básica secundaria respectivamente, el 45% restante a los grados noveno (14,33%), décimo (14%) y decimoprimer (16,67%).

Inicialmente para el análisis Rasch se tomaron los factores de riesgo, derivados de las respuestas a las preguntas del diagnóstico de enfermería “riesgo de violencia dirigida a otros”. Se identificó el grado de dificultad de los ítems que representan las preguntas que validan los factores de riesgo del diagnóstico y la probabilidad de que las personas presenten “riesgo de violencia dirigida a otros”, según el grado de dificultad del ítem resuelto.

Los ítems que ajustaron al modelo de análisis Rasch se encuentran con un INFIT que oscila entre 0,85 el menor y 1,24 el mayor, y el OUTFIT que oscila entre 0,65 el menor y 1,77 el mayor, como se observa en la Tabla 1. Hubo la necesidad de retirar 19 ítems, de los cuales 16 no ajustaron por presentar un INFIT mayor de 1,3 o menor de 0,6 (Tabla 2) y 3 ítems que no eran relevantes para el estudio.

Con las variables que quedaron en el modelo, se observa unidimensionalidad puesto que el análisis de componentes principales de residuales en su primer contraste fue de solamente 4,6%. El nivel de confiabilidad en las personas fue de 0,73 y una separación de 1,65, formándose estratos de 2,5, para los ítems el nivel de confiabilidad de 0,99 y una separación de 8,51 y estrato de 11,7.

Tabla 1. Ítems que ajustaron al modelo Rasch

ÍTEMS QUE AJUSTARON AL MODELO RASCH				
No. DE ÍTEM	ÍTEM	NIVEL DE DIFICULTAD (LÓGITOS)	INFIT MNSQ	OUTFIT MNSQ
Pre 37	¿Ha sentido desconfianza hacia algunos compañeros o compañeras del colegio?	3,27	1,22	1,77
Pre 30	¿Ha intentado en alguna ocasión quitarse la vida?	-0,71	1,17	1,43
Pre 34	¿Se siente estresado con frecuencia?	1,45	1,24	1,37
Pre 31	¿Controla sus impulsos para no agredir a un compañero cuando éste lo ofende?	-0,07	1,17	1,36
Pre 40	¿Se siente desilusionado cuando las cosas no le salen bien?	3,30	1,09	1,29
Pre 48	¿Se siente superior a los demás?	-1,29	1,09	1,19
Pre 25	¿En alguna ocasión ha golpeado animales por gusto?	0,19	1,11	1,13
Pre 20	¿Ha sido víctima de un intento de violación sexual?	-2,23	1,06	1,10
Pre 36	¿Se concentra con facilidad cuando realiza alguna actividad?	-0,13	1,09	1,06
Pre 17	¿Le gusta tomar prestado con frecuencia las cosas de sus compañeros?	0,48	1,04	1,07
Pre 43	¿Cuando siente miedo reacciona violentamente?	-1,53	0,96	1,04
Pre 23	¿En su familia se presentan situaciones de conflicto como agresiones verbales y/o físicas entre los padres?	-0,84	1,03	0,88
Pre 28	¿Ha consumido algún tipo de bebida alcohólica?	1,01	1,02	0,99
Pre 38	¿Ha tenido la impresión como si alguien últimamente lo persiguiera?	-0,16	0,97	0,91
Pre 47	¿Cuando comete errores piensa que los demás tienen la culpa?	-0,49	0,96	0,85
Pre 42	¿Cuando no es capaz de expresar lo que siente reacciona agresivamente?	-1,19	0,96	0,85
Pre 26	¿En algún momento de su vida ha sido el causante de un incendio o ha quemado algún objeto?	-0,46	0,95	0,90
Pre 32	¿Alguna vez ha tenido posesión de un arma de fuego?	-1,53	0,95	0,80
Pre 15	¿Coloca apodosos o sobrenombres a sus compañeros con el fin de ofenderlos?	-0,58	0,95	0,92
Pre 49	¿Alguna vez ha firmado el observador del colegio por haber agredido a compañeros o compañeras?	-0,07	0,93	0,86
Pre 27	¿Usted ha consumido algún tipo de droga alucinógena?	-2,39	0,92	0,77
Pre 6	¿Ha tenido sentimientos de rabia, ira o enojo hacia algunos compañeros o compañeras del colegio?	3,21	0,92	0,87
Pre 8	¿Alguna vez ha golpeado a algún compañero o compañera del colegio?	1,01	0,92	0,89
Pre 46	¿La falta de buena comunicación con su entorno lo ha llevado a reaccionar agresivamente con sus compañeros?	-1,09	0,92	0,71
Pre 18	¿Alguna vez ha pintado una pared para ofender a otra persona?	-1,19	0,91	0,74
Pre 7	¿Se considera conflictivo?	-0,42	0,90	0,82
Pre 19	¿Ha utilizado gestos o posturas para amenazar a algunos compañeros del colegio?	-1,02	0,89	0,74
Pre 14	¿Utiliza palabras groseras u ofensivas en su lenguaje cotidiano?	1,52	0,88	0,86
Pre 13	¿Se burla de sus compañeros?	1,64	0,87	0,83
Pre 16	¿Utiliza amenazas hacia algunos compañeros o compañeras, con el fin de conseguir algún beneficio?	-0,87	0,85	0,65

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Ítems que no ajustaron al modelo Rasch

ÍTEMES QUE NO AJUSTARON AL MODELO RASCH	
No. DE ÍTEM	ÍTEM
Pre 9	¿Tuvo apoyo de otros compañeros para hacerlo?
Pre 10	¿Esta situación se ha repetido?
Pre 11	¿En el colegio ha observado situaciones de violencia entre compañeros?
Pre 12	¿Considera que las situaciones de violencia entre compañeros que usted ha observado en el colegio han sido motivo para reaccionar con violencia?
Pre 20	¿Ha sido víctima de un intento de violación sexual?
Pre 21	¿El intento de violación se convirtió en violación?
Pre 22	¿Considera que la comunicación en su hogar es adecuada?
Pre 24	¿Siente que esas agresiones han generado en usted situaciones de violencia?
Pre 29	¿Cuando usted consume estas sustancias reacciona violentamente contra los otros?
Pre 33	¿La utilizó para agredir o intimidar a alguna persona?
Pre 35	¿Cuando se siente estresado reacciona agresivamente contra los demás?
Pre 37	¿Ha sentido desconfianza hacia algunos compañeros o compañeras del colegio?
Pre 39	¿Esa sensación se repite con frecuencia?
Pre 41	¿Esta desilusión lo ha llevado a reaccionar de forma violenta hacia sus compañeros?
Pre 44	¿Tiene facilidad para relacionarse con las demás personas?
Pre 45	¿Siente que la comunicación con sus compañeros del colegio es buena?

Fuente: elaboración propia.

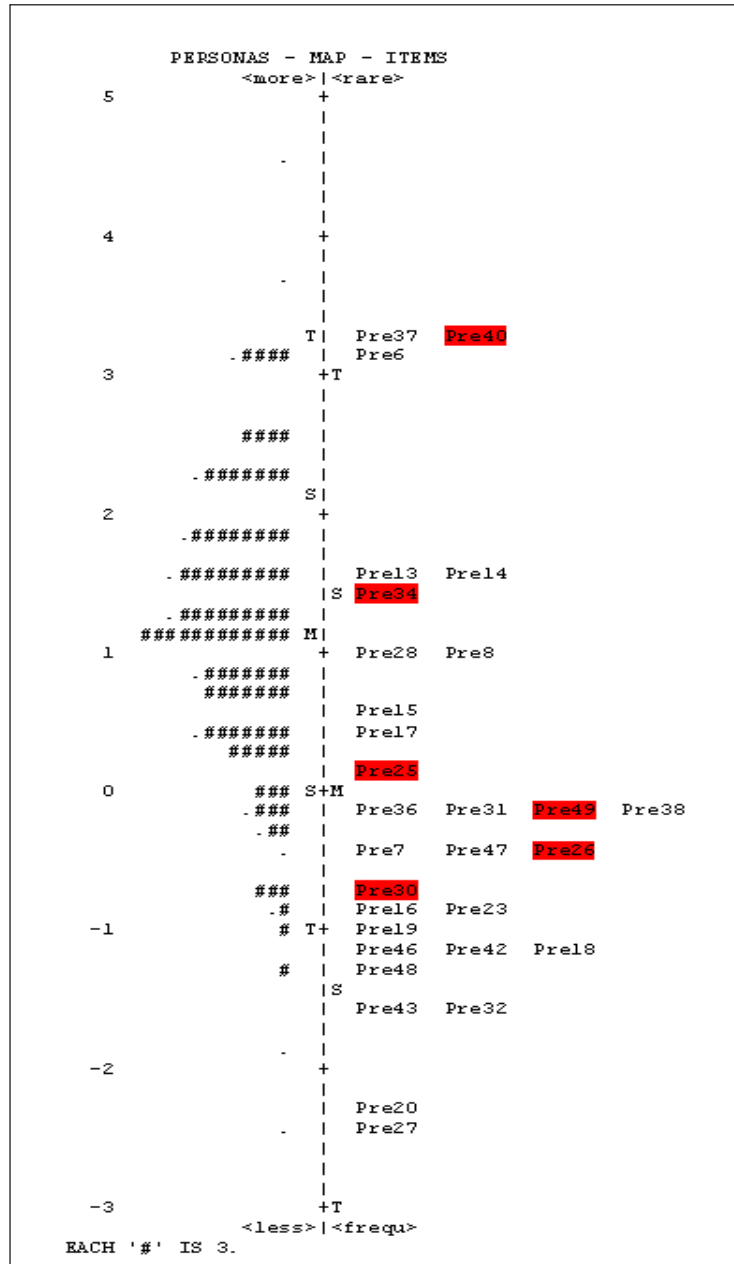
En el mapa de Wright se muestra la distribución de la dificultad de los ítems *versus* la habilidad de las personas para responderlos, siendo el ítem más difícil la pre 37 (¿Ha sentido desconfianza hacia algunos compañeros o compañeras del colegio?) y el más fácil la pre 27 (Algunas personas consumen drogas para sentirse bien, ¿usted ha consumido algún tipo de droga alucinógena?); los ítems dentro de cada línea tienen la misma dificultad: [pre 13 y pre 14], [pre 8 y pre 28], [pre 31, pre 36 y pre 38], [pre 7 y pre 47], [pre 16 y pre 23], [pre 18, pre 42 y pre 46], [pre 32 y pre 43], y los baches indican que no se tienen preguntas que evalúen ese nivel de dificultad, se observa un bache de casi dos lógitos a nivel de los ítems pre 6 y pre 13 (Gráfica 1).

Los ítems que presentaron un funcionamiento diferencial por género fueron: pre 25, pre 26, pre 30, pre 34, pre 44, pre 49. Los ítems de mayor facilidad de respuesta para las mujeres fueron:

pre 40 (¿Se siente desilusionado cuando las cosas no le salen bien?), pre 25 (¿En alguna ocasión ha golpeado animales por gusto?), pre 26 (¿En algún momento de su vida ha sido el causante de un incendio o quemado algún objeto?), pre 49 (¿Alguna vez ha firmado el observador del colegio por haber agredido a compañeros o compañeras? Los ítems de mayor facilidad de respuesta para los hombres fueron: pre 44 (¿Tiene facilidad para relacionarse con los demás?), pre 30 (¿Ha intentado en alguna ocasión quitarse la vida?), pre 34 (¿Se siente estresado con frecuencia?).

Una vez retirados los ítems que presentaron DIF (funcionamiento diferencial del ítems), la medida en lógitos para la escala mostró un promedio de 1,32 con valor mínimo y máximo de -2,2 y 5,8. La diferencia entre hombres y mujeres de la medida fue 1,53 para mujeres y 1,03 para hombres, con una probabilidad $p=0,0006$.

Gráfica 1. Mapa de Wright para el análisis Rasch: Dificultad ítem/Atributos personas



Fuente: Resultado del análisis Rasch

DISCUSIÓN

En este estudio se pudo establecer, por medio del análisis Rasch, el grado de dificultad de las preguntas que validan los factores de riesgo del diagnóstico de enfermería “riesgo de violencia dirigida a otros” y la habilidad de las personas para responderlas, mediante lo cual se pudo determinar el grado de dificultad del ítem resuelto.

Según Fehring (13), un diagnóstico de enfermería enfermero válido es aquel que está bien fundamentado en la evidencia y es capaz de soportar las críticas de las enfermeras profesionales. El diagnóstico de enfermería “riesgo de violencia dirigida a otros” no ha sido validado en nuestro medio, por tal razón, se realizó un análisis Rasch a todas las variables consideradas factores de riesgo para generar una escala; esto permitió confirmar que con los 21 factores de riesgo incluidos en el instrumento y extraídos de NANDA (14) y Carpenito-Moyet (15) se puede construir una escala para validar el diagnóstico. Los seis ítems que presentaron DIF (funcionamiento diferencial de los ítems) en cuanto al género, y aquellos que desajustan con el modelo Rasch, no son indicadores indispensables para validar el diagnóstico.

Según Orte (24) los hombres tienden a agredir y ser agredidos de forma más frecuente que las mujeres, este comportamiento empieza generalmente en la escuela primaria y persiste en la secundaria, sin embargo, en nuestro estudio este postulado varía, ya que muestra que las mujeres son más agresoras que los varones, con una media de 1,53 de riesgo de violencia para las mujeres y una media de 1,03 para los hombres. Además, estas conductas concretas de violencia, agresión e intimidación, ocurren sin ayuda de sus compañeros. En el presente estudio el *bullying* generalmente ocurre entre 2 alumnos, 1 alumno y 1 grupo, e incluso 2 grupos, tanto de hombres como de mujeres. No se encontraron estudios donde se realizara análisis Rasch al diagnóstico de enfermería “riesgo de violencia dirigida a otros”,

para distinguir un diagnóstico no categorizado de uno unidimensional, encontrándose que la etiqueta se puede aplicar en la práctica.

De acuerdo con los datos sobre incidencia y prevalencia, en el estudio de Frisen (11), el *bullying* puede ser la forma más prevalente de violencia en las escuelas y una de las formas de violencia que es probable que afecte más a un mayor número de estudiantes.

Como sabemos, la violencia se presenta en todos los planteles educativos, pero tiene mayor probabilidad cuando en estos falta la supervisión de los docentes, y los estudiantes son indiferentes y no aceptan conductas disciplinarias, cuando no existen normas claras, por esto es importante conocer su incidencia y disponer de un programa que reduzca las oportunidades de violencia y se refuerce tanto al cuerpo de estudiantes como a padres de familia.

Una alternativa a esta problemática es el programa de prevención del *bullying* de Olweus (25) que ha sido desarrollado y evaluado en varios países, donde llevan 20 años aplicándolo, su filosofía está basada en un enfoque humanista y participativo y forma parte de muchos de los programas anti-*bullying* que se están llevando a cabo en todo el mundo, y que han logrado reducir en Europa y Estados Unidos las tasas de violencia entre escolares.

Este modelo plantea que los ámbitos de actuación deben incluir, de forma simultánea, el currículo y su instrucción, la organización escolar y las relaciones sociales dentro del aula. El modelo consiste en cuatro etapas fundamentales (26):

- 1) *Adultos cálidos*: para el psicólogo, uno de los elementos que permiten un ambiente de agresiones es la ausencia de adultos involucrados con los niños. Se requiere crear un ambiente cálido en el hogar y el colegio, donde se destaque y exista preocupación por

los intereses de los niños. Cuando los niños se sienten valorados, se refuerza su autoestima y es menos probable que surja un perfil de niño retraído, víctima fácil de potenciales burlas.

- 2) *Límites*: tanto los profesores como los estudiantes deben participar en la definición de las conductas aceptables y aquellas que serán rechazadas por la comunidad escolar. La participación de los estudiantes es clave, ya que se sentirán más comprometidos con su propio colegio y compañeros, y harán respetar las normas que ellos mismos ayudaron a crear.
- 3) *Sanciones inmediatas*: las sanciones ante conductas agresivas deben ser estrictas, es decir, imponerse en cuanto ocurra un episodio. Pero estas sanciones no deben ser castigos físicos ni restrictivos. La idea es usar el episodio para que los mismos niños de un curso definan qué se hará para detener las agresiones.
- 4) *Roles positivos*: se necesita que se defina en el colegio quiénes serán las autoridades que, en forma permanente, se vinculen con los estudiantes, actuando como árbitros y modelo para los estudiantes. Cuando estos educadores se involucran en las dinámicas habituales de los alumnos, jugando y conversando con ellos, pueden entregar orientación que será mejor recibida por los alumnos.

La enfermera que trabaja con los adolescentes escolarizados debe estar permanentemente buscando estrategias que sean adecuadas, a través de las cuales se pueda colaborar con el desarrollo integral de los jóvenes y promover su salud (12). Lo anterior puede desarrollarse mediante la aplicación del proceso de enfermería que consiste en una herramienta que utiliza el profesional de enfermería para brindar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática e estos adolescentes (27).

CONCLUSIONES

Validar clínicamente los diagnósticos de enfermería, aporta a la evidencia, permitiendo el crecimiento de la profesión como ciencia del cuidado; sin embargo, se sugiere hacer un estudio complementario dentro del paradigma cualitativo, puesto que son fenómenos sociales difíciles de medir.

El impacto psicológico y afectivo que generan los hechos de violencia requiere una idoneidad de la enseñanza, flexible y adaptada a la vivencia de los adolescentes y una capacitación adecuada de los docentes sobre el tema. La violencia se presenta en todos los planteles educativos, pero tiene mayor probabilidad cuando en estos falta la supervisión de los docentes, y los estudiantes son indiferentes y no aceptan conductas disciplinarias, cuando no existen normas claras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Serapio A. Realidad Psicosocial: La adolescencia actual y su temprano comienzo. *Revista de Estudios de Juventud* 2006;73:11-23.
2. De Miguel M, Ortiz L, Reyes N, Pedraz MI, Martín B, Olivares J. Detección de víctimas de bullying en un centro de Atención Primaria. *Semergen* 2008;8:375-378.
3. Cepeda E, Pacheco P, García L, Piraquive C. Acoso escolar a estudiantes de educación básica y media. *Rev Salud Pública* 2008;10(4):517-528.
4. Picchia R. A prática de violência entre pares: o bullying nas escolas. *Revista Iberoamericana de Educación* 2005;37:93-102.
5. Olweus D. Stability of aggressive reaction patterns in males: A review. *Psychological Bulletin* 1976;86:852-75.
6. República de Colombia. Ministerio de Protección Social. Informe especial sobre la violencia contra la infancia en Colombia. 2006. Disponible en: http://catedradh.unesco.unam.mx/BibliotecaV2/Documentos/Trata/Informes/informe_infancia.pdf
7. Rodríguez R, Seoane A, Pedreira JL. Niños contra niños: el bullying como trastorno emergente. *An Pediatr* 2006;64(2):162-6.
8. Oliveira AS, Da Silva P. Sentimientos del adolescente frente al fenómeno bullying: posibilidades para la asistencia de Enfermería en ese contexto. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2006;8(1):30-41.
9. Rioseco Virginia. El silencio que hace ruido. 2006. p. 2. Disponible en: http://miradaglobal.com/index.php?option=com_content&view=article&id=672%3Ael-silencio-que-hace-ruido&catid=30%3AAsociad&Itemid=34&lang=es
10. Lecannelier F. Bullying, Violencia Escolar: ¿Qué es y cómo intervenir? Unidad de Intervención Temprana. Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo. 2007. p. 3. Disponible en: <http://www.acosomoral.org/pdf/BullyingFelipeLecannelier%5B1%5D.pdf>
11. Frisen A, Johnson A, Person C. Adolescents' perception of bullying: Who is the victim? Who is the bully? What can be done to stop bullying? *Adolescence* 2007;42(168):749-761.
12. Alfaro R. Aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso. 4th ed. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1999. p. 4-9.
13. Fehring R. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart & Lung* 1987; 16(5):625-629.
14. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificaciones 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2010. p.328.
15. Carpenito-Moyet LJ. *Handbook of Nursing Diagnosis*. 11th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 527-31.
16. Griffith G. Process and Methodologies for Research Validation of Nursing Diagnosis. *Nursing Diagnosis* 1999 January-March;10:5-14.
17. Hoyos O, Aparicio J, Heilbron K, Schamun V., et al. Representaciones sobre el maltrato entre iguales en niñas y niños escolarizados de 9, 11 y 13 años de nivel socioeconómico alto y bajo de la ciudad de Barranquilla. *Psicología desde el Caribe* 2004;14:150-172.
18. Orozco L, Valdivieso M, Forero C, Ardila M, Molina H, Niño C., et al. Prevalencia de los diagnósticos de enfermería en adolescentes escolarizados de la ciudad de Bucaramanga en el año 2006-2007. En prensa 2009.

19. Pinilla E, Orozco L, Estupiñán M, Martínez M, Zabala L. Eficacia de las intervenciones de Enfermería: Terapia Artística, Terapia con Juegos, Distracción, para el diagnóstico de enfermería Riesgo de violencia dirigida a otros en niños víctimas de la violencia. En prensa 2009.
20. CDC. Epi Info, versión 6.04d. Epidemiología en ordenadores. Atlanta, Georgia. Enero, 2001.
21. StataCorp. Stata Statistical Software: Release 10. College Station, TX: Stata Corporation. 2008.
22. Winsteps & Facets: Rasch software. 2009.
23. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución Número 8430. Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud. 1993. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf>
24. Orte S. Bullying: la necesidad del abordaje multidisciplinario. Universitat de les Illes Balears 2005;12(3):130-8.
25. Olweus, D. Bullying at school: What We Know and What We Can Do. Malden, Massachusetts: Blackwell Publishing; 1993.
26. Olweus, D. Acoso escolar, “bullying”, en las escuelas: hechos e intervenciones. Centro de Investigación para la Promoción de la Salud, Universidad de Bergen, Noruega; 1993.
27. Parra L, Ortiz N, Barriga O, Henríquez G, Neira M, et al. Efecto de un taller vivencial de orientación humanista en la auto-actualización de adolescentes de nivel socioeconómico bajo. *Ciencia y Enfermería* 2006;12(1):61-72. [citado 2009 Feb]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532006000100007&script=sci_arttext