

***Bullying* y calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes escolares chilenos**

CARLOS HIDALGO-RASMUSSEN^{1,2,a},
TEMÍSTOCLES MOLINA^{3,b}, RAMIRO MOLINA³,
RODRIGO SEPÚLVEDA^{4,c}, VANIA MARTÍNEZ³,
ROSA MONTAÑO^{5,d}, ELECTRA GONZÁLEZ^{3,e},
MYRIAM GEORGE^{6,f}

Influence of bullying on the quality of life perception of Chilean students

Background: *Bullying has a negative impact on the perception of adolescents of their quality of life. Aim:* To analyze the association between being bullied and health related quality of life in Chilean adolescents. **Material and Methods:** The bullying module of the KIDSCREEN 52 survey and the KIDSCREEN 10 survey to assess health related quality of life were applied to 7737 students aged 10 to 18 years. Social and demographic data, information about disability and type of school were also gathered. **Results:** Fifteen percent of surveyed students were bullied. A lower quality of life perception increased by a factor of 2.6 among bullied students. It also increased by a factor of 4.4 among students with a low self-esteem, by a factor of 3.1 among those who perceived their health status as regular or bad and by a factor of 1.4 among women. **Conclusions:** Bullying is associated with a lower quality of life perception among Chilean students.

(Rev Med Chile 2015; 143: 716-723)

Key words: Adolescent; Bullying; Health; Quality of Life; Students.

¹Departamento de Cultura, Arte y Desarrollo Humano, Universidad de Guadalajara. Cd. Guzmán, Jalisco, México.

²Centro de Estudios Avanzados, Universidad de Playa Ancha, Valparaíso, Chile.

³Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral de la Adolescencia (CEMERA), Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago de Chile.

⁴Escuela de Terapia Ocupacional, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago de Chile.

⁵Departamento de Matemáticas y y Ciencia de la Computación. Universidad de Santiago de Chile. Santiago de Chile.

⁶Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Santiago de Chile.

^aPsicólogo, Doctor en Psicología. Universidad de Oviedo, España.

^bEstadístico, Magíster en Bioestadística.

^cAntropólogo, Magíster en Psicología Clínica. PhD© Estudios Latinoamericanos (Becario CONICYT).

^dDoctora en Estadística.

^eAsistente Social, Master in Population Research.

^fPsicóloga.

Fuente de financiamiento: Programas de Investigación Domeyko, Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, Universidad de Chile.

Recibido el 26 de septiembre de 2014, aceptado el 25 de abril de 2015.

Correspondencia a:

Carlos Alejandro Hidalgo Rasmussen
Traslaviña 450 Viña del Mar Valparaíso,
Chile.

El *bullying* es una conducta agresiva repetitiva que busca dañar o incomodar a otra persona, basada en un desbalance de poder¹ con consecuencias psicológicas y sociales negativas para la vida de niños y adolescentes²⁻⁷. La prevalencia en 11 países europeos fue 20,6% con un rango de 10,5% a 29,6%⁸. Se ha observado mayor proporción en hombres y que a mayor edad se incrementa el acoso verbal⁹. En adolescentes con menor nivel socioeconómico el riesgo de ser víctimas aumenta¹⁰. En Chile, el fenómeno¹¹ se incrementó de 11% en 2007 a 14,5% en 2009¹². En estudiantes entre 5° básico y cuarto medio, los hombres tuvieron mayores promedios en la escala de víctimas y victimarios que las mujeres¹³.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) definida como “la salud física y mental percibida individual o grupalmente”¹⁴ se ha utilizado para evaluar la atención médica desde el punto de vista del paciente¹⁵ y como indicador subjetivo de bienestar social. Se ha observado que la CVRS es menor a mayor edad¹⁶. Niñas y adolescentes percibían una CVRS inferior que los hombres en bienestar físico, emocional y relación con los padres¹⁷ y, a mayor edad, la CVRS de las mujeres declinaba más que en los hombres¹⁶. Las mujeres adultas percibían la salud peor que los hombres¹⁸. En niños la percepción de salud empeoraba a partir de los 12 años de edad¹⁷. La CVRS se ha asociado con la autopercepción de

la salud¹⁹. Tener una discapacidad se ha asociado con menor puntuación en el dominio físico de la calidad de vida (CV)^{20,21}. En poblaciones clínicas, la imagen corporal se ha asociado con la CVRS en mujeres²² y hombres²³. La CVRS es menor en un nivel socioeconómico más bajo²⁴.

Un estudio chileno reportó menores medias de CVRS en todas las dimensiones en mujeres y a mayor edad, excepto en recursos económicos, y fue menor en quienes reportaron discapacidad o enfermedad crónica^{21,25}.

En estudiantes australianos, las víctimas de *bullying* percibieron peor CVRS²⁶. En Europa⁸, ser víctima de *bullying* se asoció con tristeza e inestabilidad emocional. El apoyo de pares y maestros influyó en la relación entre ser víctima de *bullying* y la satisfacción en la vida²⁷. En Suecia²⁸, las víctimas de *bullying* reportaron menos energía, vitalidad, bienestar psicológico y limitaciones en actividades físicas, además más dimensiones afectadas de la CVRS a mayor edad. En Latinoamérica no conocemos estudios que hayan explorado esta relación.

El objetivo de nuestro estudio fue analizar la asociación entre ser víctima de *bullying* y la CVRS en adolescentes escolares chilenos.

Material y Método

Estudio observacional, transversal y analítico en estudiantes que cursaban desde quinto básico hasta cuarto medio de tres tipos de colegios de Chile establecidos en áreas urbanas: municipales, subvencionados y particulares.

El cálculo del tamaño muestral con significación nacional se basó en la información de la población chilena en escolar con edades de 10 hasta 18 años²⁹. El tipo de muestreo, selección de alumnos y diseño de muestras comparativas se han descrito previamente²⁵.

El cuestionario fue auto aplicado en papel a los estudiantes presentes. Quienes faltaron el día de aplicación, menores de 10 años y mayores de 18 no fueron incluidos (3,5%, menor a 10% estimado). Aceptaron participar y completaron el cuestionario 7.910. Se excluyó a quienes no contestaron más de 25% de los ítems (173), quedando finalmente 7.737 participantes para el análisis. Se utilizó la versión chilena²⁵ del instrumento KIDSCREEN en su versión de 52 ítems^{30,31} del cual se obtuvieron los siguientes ítems: a) tres del dominio de *bullying*,

cinco de autopercepción, uno sobre salud percibida y uno sobre discapacidad y b) diez para evaluar la CRVS, que permiten obtener un índice denominado KIDSCREEN-10^{30,31}.

Se solicitaron permisos a las autoridades escolares, personal capacitado instruyó a los estudiantes sobre el cuestionario en presencia de profesores.

Análisis de datos

Variable resultado

Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Se utilizó KIDSCREEN-10 de 10 ítems: 1. ¿Te has sentido bien y en buen estado físico?; 2. ¿Te has sentido lleno/a de energía?; 3. ¿Te has sentido triste?; 4. ¿Te has sentido solo/a?; 5. ¿Has tenido suficiente tiempo para ti?; 6. ¿Has podido hacer las cosas que has querido en tu tiempo libre?; 7. ¿Tus padres te han tratado de forma justa?; 8. ¿Lo has pasado bien con tus amigos/as?; 9. ¿Te ha ido bien en la universidad?; 10. ¿Has sido capaz de poner atención?

Las opciones de respuesta en escala Likert de 5 puntos (desde nunca, hasta siempre). El recordatorio fue la última semana. Se ha verificado su fiabilidad y validez³² en nuestro estudio, el índice total tuvo consistencia interna de 0,76.

La variable CVRS se dicotomizó utilizando como punto de corte el primer decil como ha sido utilizado³². Quedó codificada como: CVRS superior = 0 y CVRS inferior = 1.

Variables independientes por nivel

Nivel 1

Víctimas de bullying. Se utilizó la escala de aceptación social (*bullying*) del cuestionario KIDSCREEN-52^{30,31}. Esta escala se utilizó para valorar *bullying* en un estudio con 11 países⁸, explora tanto el sentimiento de sentirse rechazado por otros como el sentimiento de ansiedad hacia los pares. En esta escala se considera que un estudiante es víctima de *bullying* cuando otro estudiante o un grupo de estudiantes le dicen o hacen cosas repugnantes y desagradables a él o ella. También es *bullying* cuando a un/una estudiante le hace/n burla repetidamente de una manera que a él/ella no le agrada³³. La escala incluye 3 ítems: 1.

¿Has tenido miedo de otros/as niños/as? 2. ¿Se han burlado de ti otros niños/niñas/as? y 3. ¿Te han amenazado o maltratado (física o psicológicamente) otros/as niños/niñas? Las opciones de respuesta en una escala Likert (desde nunca hasta siempre) y período de recordatorio última semana. En Europa la escala tiene validez y consistencia interna adecuadas^{19,31,34}, en Chile se verificó su validez mediante análisis factorial confirmatorio²⁵ y fiabilidad, la escala obtuvo alfa de Cronbach de 0,71²⁵, igual que en nuestro estudio, mayor al estándar para estudios grupales³⁵. Los 3 ítems se sumaron y ponderaron. La escala fue estandarizada a una media arbitraria de 50 y una desviación estándar (DE) de 10. Al realizar el escalamiento se tomó en cuenta la puntuación obtenida por el estudiante (rango: 1-5) así como la media y DE de la población chilena. Por ejemplo: $\{([puntuación\ individual\ en\ bullying - media\ del\ grupo\ de\ referencia\ en\ bullying] / DE\ del\ grupo\ de\ referencia) \times 10 + 50\}$ ³³. Puntuaciones bajas significan mayor percepción de ser víctima de *bullying*. La variable se dicotomizó usando una DE como punto de corte de acuerdo a lo sugerido en estudios anteriores⁸ se codificó como víctima de *bullying*: no = 0 y sí = 1.

Salud percibida: Se preguntó: *En general, ¿cómo dirías que es tu salud?* Pregunta utilizada en estudios previos¹⁷. Las opciones de respuesta en escala Likert de 5 puntos (desde excelente hasta mala). Se codificó como buena/muy buena/excelente = 0 y mala/regular = 1.

Discapacidad: Se preguntó *¿Tienes alguna discapacidad, enfermedad o problema médico crónico?* Se codificó como: no = 0 y sí = 1.

Autopercepción: Se exploró con preguntas de la satisfacción y seguridad con sí mismo, su imagen corporal y apariencia³⁴. Incluye 5 ítems: 1. *¿Has estado contento/a con tu forma de ser?*; 2. *¿Has estado contento/a con la ropa que usas?*; 3. *¿Has estado preocupado/a por cómo te ves físicamente?*; 4. *¿Has tenido envidia de cómo se ven otros/as niños/as?* y 5. *¿Te gustaría cambiar alguna parte de tu cuerpo?* Las opciones de respuesta son en una escala Likert de 5 puntos (desde nunca hasta siempre). Un puntaje mayor indica mejor autopercepción. El alfa de Cronbach fue de 0,62. La variable autopercepción se dicotomizó utilizando como punto de corte 1 DE abajo de la media colocando una puntuación

más estricta que media desviación estándar propuesta³³ y quedó codificada como 0 = alta 1 = baja. Se utilizó la escala de autopercepción por su similitud con la imagen corporal utilizada en un estudio previo¹⁹.

Género: Se codificó como hombre = 0, mujer = 1.

Edad: Se preguntó la edad en años cumplidos y se codificó en: 10 y 11 años = 0 y 12-18 años = 1.

Nivel 2

Tipo de colegio: Se hicieron variables *dummy*. La primera se codificó como 0 = Municipal, 1 = Particular y la segunda como 0 = Municipal, 1 = Subvencionado.

Se imputó aquellos datos que tuvieron un *missing* y eliminó los registros que tuvieron más de uno. Para verificar si la muestra y la muestra con datos perdidos eran similares, se creó una variable auxiliar, con categorías: datos perdidos y no perdidos. Esta variable se cruzó con las variables sociodemográficas: sexo, edad, nivel socioeconómico, encontrándose que sólo en género eran distintas, siendo la magnitud de este efecto pequeño ($\Phi = 0,02$).

Se utilizó regresión logística simple entre las variables de primero y segundo nivel con la CVRS, para tener una primera aproximación de las relaciones entre esas variables antes de realizar el análisis multinivel. Considerando que los residuos de la CVRS respecto a la variable víctima de *bullying* no tuvieron una distribución normal y que las observaciones a nivel individual se encontraban anidadas dentro del nivel tipo de colegio, para analizar la relación entre víctimas de *bullying* y CVRS se utilizó regresión logística multinivel. Se obtuvieron varianzas, porcentaje de variable explicada (PVE) y coeficiente de correlación intraclase (CCI), razón de momios (RM) e intervalos de confianza a 95% (IC 95%). Se consideró el valor $p < 0,05$ como significativo. Se utilizó el software estadístico STATA 12.0 (StataCorp LP, Texas, USA).

Se respetaron las normas éticas concordantes con la Declaración de Helsinki (actualizada en 2008), fue aprobado por el Comité de Ética de Investigaciones en seres humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. La participación fue voluntaria y se solicitó el consentimiento

informado de apoderados y asentimiento informado de los estudiantes. Los datos fueron anónimos y confidenciales.

Resultados

Participaron 7.737 estudiantes. Fueron víctimas de *bullying* 14,7% de los estudiantes. La mayoría percibió su salud como buena o muy buena, no tenían alguna discapacidad, y tenían una autopercepción alta. Hubo proporciones similares de hombres y mujeres, predominaron las edades entre 12 y 18 años y se tuvieron proporciones similares de los 3 tipos de colegio de Chile (Tabla 1).

En los análisis bivariados (Tabla 1), las variables independientes de nivel 1 y entre ellas ser víctima de *bullying*, incrementaron 3 veces el riesgo de CVRS inferior. Los colegios particulares fueron

un factor protector de CVRS inferior comparados con los municipales (RM = 0,7).

Mediante la regresión logística multinivel (Tabla 2) se estudió el efecto en la variabilidad entre tipos de colegio y en las variables individuales dentro de los tipos de colegio. Cuando se consideró el modelo nulo, el CCI fue de 0,051, indicando que 5,1% de la variabilidad observada de CVRS corresponde a la diferencia entre tipos de colegio.

Para explicar las diferencias entre los alumnos de un mismo tipo de colegio en el modelo multinivel ajustado, se incluyeron las variables de nivel 1, es decir las individuales, que presentan una varianza de 0,12 en el nivel 2 siendo menor a la del modelo nulo, con un porcentaje de varianza explicada de 34,8%.

El modelo multinivel final, que incluye variables individuales de nivel 1 y la variable tipo de colegio de nivel 2, muestra un aumento leve de

Tabla 1. Regresión logística simple entre ser víctima de *bullying* y otras variables predictoras y CVRS en adolescentes chilenos (n = 7.737)

Variables predictoras	n (%)	RM cruda	CVRS	
				IC 95%
Víctima de <i>bullying</i>				
No	6.600 (85,30)	1		
Sí	1.137 (14,70)	3,01		2,58-3,52***
Salud percibida				
Buena/muy buena/excelente	6.599 (85,29)	1		
Mala/regular	1.138 (14,71)	3,95		3,39-4,60***
Discapacidad				
No	6.601 (85,32)	1		
Sí	1.136 (14,68)	1,46		1,23-1,75***
Autopercepción				
Alta	6.654 (86,00)	1		
Baja	1.083 (14,00)	5,86		5,04-6,82***
Género				
Hombres	3.623 (46,83)	1		
Mujeres	4.114 (53,17)	1,70		1,48-1,96***
Edad				
10-11 años	1.374 (17,76)	1		
12-18 años	6.363 (82,24)	2,03		1,63-2,53***
Tipo de colegio				
Municipal	2.518 (32,54)	1		
Subvencionado	2.860 (36,97)	0,99		0,85-1,17
Particular	2.359 (30,49)	0,74		0,62-0,89***

RM: Razón de momios (OR, *odds ratio*); IC: Intervalo de confianza. CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud, – punto de corte corresponde al primer decil (0 = CVRS mayor: puntuación T \geq 48,9, 1 = CVRS menor: puntuación T < 48,9). *p < 0,05, **p < 0,01 y ***p < 0,001.

Tabla 2. Modelo nulo, modelo ajustado y modelo final de Regresión logística multinivel entre ser víctima de *bullying* y otras variables de nivel 1, tipo de colegio y CVRS en adolescentes chilenos (n = 7.737)

Variables predictoras	Modelo nulo	Modelo multinivel ajustado		Modelo multinivel final	
		RM	IC 95%	RM	IC 95%
Nivel 1					
Víctima de <i>bullying</i>		2,63	2,20-3,15	2,63	2,20-3,15
Salud percibida		3,12	2,62-3,71	3,12	2,62-3,71
Discapacidad		1,03	0,84-1,26	1,03	0,84-1,26
Autopercepción		4,44	3,77-5,23	4,44	3,77-5,23
Género		1,41	1,20-1,67	1,41	1,20-1,67
Edad		2,14	1,66-2,74	2,14	1,67-2,75
Nivel 2					
Tipo de colegio					
Varianza nivel 2 (EE)	0,18 (0,04)		0,12 (0,04)		0,11 (0,04)
CCI	0,05		0,03		0,04
PVE (%)			34,81		36,69
MRM	1,49		1,38		1,40

RM: Razón de momios (OR, *odds ratio*); IC: Intervalo de confianza; EE: Error estándar; CCI: Coeficiente de correlación intraclase; PVE: Porcentaje de varianza explicado; MRM: Mediana de razón de momios. CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud, - punto de corte corresponde al primer decil (0 = CVRS mayor: puntuación $T \geq 48,9$, 1 = CVRS menor: puntuación $T < 48,9$). Para todas las variables de nivel 1, $p < 0,001$ excepto discapacidad $p = 0,78$.

la varianza explicada (de 34,8% del modelo ajustado a 36,7%). La variable discapacidad resultó no significativa e incrementaron el riesgo de una CVRS inferior las siguientes variables: ser víctima de *bullying* en 2,6 veces, tener una autopercepción baja 4,4 veces, percibir una salud regular o mala 3,1 veces, ser mujer 1,4 veces y tener 12 a 18 años 2,1 veces.

Discusión

En nuestro estudio la prevalencia de víctimas fue de 14,7%, la cual está dentro del rango nacional¹² y estudios europeos (11,7% a 29,6%)⁸, que utilizaron el mismo instrumento. Las diferentes proporciones pueden obedecer a las diferencias culturales y sociales y diferencias en la implementación de políticas y programas⁹.

Aunque el CCI fue más cercano a 0 que a 1, implicando que las unidades individuales del nivel 1 en cada tipo de colegio son muy heterogéneas, mediante su significación estadística se confirmó que la estimación multinivel fue apropiada. En Chile el tipo de colegio está vinculado al ingreso, que es un predictor fuerte de la CVRS²⁴, aunque en nuestro estudio explica un porcentaje bajo de

la variabilidad, lo que destaca la importancia de las variables individuales de nivel 1, entre ellas *bullying*, para explicar la CVRS.

Encontramos que las víctimas de *bullying* tuvieron mayor probabilidad de CVRS inferior que los que no padecen *bullying*, independiente del efecto de género, edad, autopercepción, salud percibida, discapacidad. Se ha evidenciado esta asociación de *bullying* con CVRS^{8,26-28}. En varios estudios²⁶⁻²⁸ puntuaciones menores de distintos dominios de la CV se asocian a ser víctima de *bullying*, mientras que cuando se usó el instrumento KIDSCREEN 52⁸ fue el dominio de estado de ánimo y emociones el que apareció en la regresión logística con mayor frecuencia (7 de 11 países) y en el estudio¹⁹ que utilizó también el KIDSCREEN-10, ser víctima de *bullying* contribuyó con 2,6% para explicar la varianza de la CVRS. Nuestro hallazgo se suma así al cuerpo de evidencia que sostiene que la percepción de varias áreas importantes en el desarrollo del niño y el adolescente puede estar vinculada a la experiencia de ser acosado en la escuela. Esto refuerza hallazgos previos de la presencia de sintomatología en víctimas de *bullying*³.

Encontramos que ser víctima de *bullying* y género, tener una salud inferior y autopercepción baja se asocian con CVRS inferior, en el sentido

del modelo de Wilson y Cleary³⁶. La paradoja de la discapacidad³⁷ que implica que la CV de una persona no es afectada si puede seguir haciendo las actividades que dan significado a su vida, podría explicar nuestros hallazgos. Como esperábamos, por un antecedente que incluyó imagen corporal¹⁹, la autopercepción forma parte del modelo.

Investigaciones previas encontraron que el *bullying* tiene un impacto negativo en extensas áreas del individuo y en este estudio fue posible evidenciar su impacto en la CVRS de estudiantes de Chile. Se requiere la participación de ámbitos de la sociedad cada vez más amplios para la reducción del *bullying*, intervenciones que sean capaces de modificar el entorno³⁸, y programas¹ para evitar que este fenómeno social siga deteriorando la CV de adolescentes.

Las limitaciones del estudio son: ser transversal lo que impide determinar las relaciones causales, reducción de población por criterios de exclusión e inclusión podría afectar la representatividad de los datos; puede existir sesgo en los datos por la deseabilidad social y la designación de víctima dependió del instrumento utilizado¹.

Este estudio aporta resultados nacionales comparables a nivel internacional sobre la asociación entre ser víctima de *bullying* y CVRS, que pueden ser base para intervenciones de salud pública.

Referencias

1. Olweus D. School bullying: development and some important challenges. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2013; 9 (1): 751-80. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23297789>
2. Olweus D. *Conductas de acoso y amenaza entre escolares*. Segunda edición. Madrid: Alfaomega; 2004.
3. Due P, Holstein BE, Lynch J, Diderichsen F, Gabbain SN, Scheidt P, et al. Bullying and symptoms among school-aged children: International comparative cross sectional study in 28 countries. *Eur J Public Health* 2005; 15 (2): 128-32.
4. Gobina I, Zaborskis A, Pudule I, Kalnins I, Villerusa A. Bullying and subjective health among adolescents at schools in Latvia and Lithuania. *Int J Public Health* 2008; 53 (5): 272-6.
5. Penning SL, Bhagwanjee A, Govender K. Bullying boys: the traumatic effects of bullying in male adolescent learners. *J Child Adolesc Ment Heal* [Internet]. National Inquiry Services Centre (NISC); 2010 Nov 11 [Consultado el 9 de julio de 2014]; 22 (2): 131-43. Disponible en: <http://r4d.dfid.gov.uk/Output/189121/Default.aspx>
6. Fleming LC, Jacobsen KH. Bullying and symptoms of depression in Chilean middle school students. *J Sch Health* 2009; 79 (3): 130-7.
7. Berger C. Trayectorias de victimización escolar: Características y factores de riesgo en adolescentes chilenos. *Univ Psychol* [Internet]. 2012 [Consultado el 8 de agosto de 2014]; 11 (1): 103-18. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/512>
8. Analitis F, Velderman MK, Ravens-Sieberer U, Detmar S, Erhart M, Herdman M, et al. Being bullied: associated factors in children and adolescents 8 to 18 years old in 11 European countries. *Pediatrics* [Internet]. 2009 Feb [Consultado el 18 de junio de 2014]; 123 (2): 569-77. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19171624>
9. Craig W, Harel-Fisch Y, Fogel-Grinvald H, Dostaler S, Hetland J, Simons-Morton B, et al. A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries. *Int J Public Health* 2009 54 (Suppl 2): 216-24.
10. Due P, Merlo J, Harel-Fisch Y, Damsgaard MT, Holstein BE, Hetland J, et al. Socioeconomic inequality in exposure to bullying during adolescence: a comparative, cross-sectional, multilevel study in 35 countries. *Am J Public Health* 2009; 99 (5): 907-14.
11. Lecannelier F, Varela J, Rodríguez J, Hoffmann M, Flores F, Ascanio L. [A self administered survey to assess bullying in schools]. Validación del Cuestionario de Maltrato entre Iguales por Abuso de Poder (MIAP) para escolares. *Rev Med Chile* [Internet]. 2011 abril 1 [Consultado el 16 de agosto de 2014]; 139 (4): 474-9. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000400009
12. Ministerio del Interior G de C. Tercera encuesta nacional de violencia en el ámbito escolar 2009 [Internet]. www.seguridadpublica.gov.cl. 2009 [Consultado el 17 de septiembre de 2014]. p. 37. Disponible en: www.seguridadpublica.gov.cl/filesapp/presentacion_violencia_escolar_2009_web.pdf
13. Tijmes C. Violencia y Clima Escolar en Establecimientos Educativos en Contextos de Alta Vulnerabilidad Social de Santiago de Chile. *Psykhe*. 2012; 21 (2): 105-17.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Measuring Healthy Days [Internet]. Atlanta, GA; 2000 [Consultado el 17 de septiembre de 2014]. p. 40. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hrqol/pdfs/mhd.pdf>
15. Hidalgo-Rasmussen CA. Calidad de vida relacionada

- con la salud en adolescentes. In: Martínez R, editor. *Salud y enfermedad del Niño y del Adolescente*. 7a ed. Guadalajara: Manual Moderno 2013. p. 1560-2.
16. Michel G, Bisegger C, Fuhr DC, Abel T. Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: a multilevel analysis. *Qual Life Res* [Internet]. 2009; 18 (9): 1147-57. Disponible en: PM:19774493
 17. Vélez Galárraga R, López Aguilà S, Rajmil L. Género y salud percibida en la infancia y adolescencia en España. *Gac Sanit* [Internet]. 2009; 23 (5): 433-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19647349>
 18. Benyamini Y, Leventhal EA, Leventhal H. Gender differences in processing information for making self-assessments of health. *Psychosom Med* [Internet]. 2000 Jan [Consultado el 8 de agosto de 2014]; 62 (3): 354-64. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10845349>
 19. Haraldstad K, Christophersen KA, Eide H, Nativg GK, Helseth S. Predictors of health-related quality of life in a sample of children and adolescents: A school survey. *J Clin Nurs* 2011; 20 (21-22): 3048-56.
 20. Lin J-H, Ju Y-H, Lee S-J, Lee C-H, Wang H-Y, Teng Y-L, et al. Do physical disabilities affect self-perceived quality of life in adolescents? *Disabil Rehabil* 2009; 31 (3): 181-8.
 21. Molina R, Sepúlveda R, Molina T, Martínez V, González E, Leal I, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes chilenos, según autopercepción de discapacidad, enfermedad o problemas de salud crónicos. *Rev Chil Salud Pública* [Internet]. 2014 Jul 7 [Consultado el 14 de julio de 2014]; 18 (2): 149-60. Disponible en: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSA/article/view/31976>
 22. Hopwood P, Fletcher I, Lee A, Al Ghazal S. A body image scale for use with cancer patients. *Eur J Cancer* [Internet]. 2001; 37 (2): 189-97. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19892597>
 23. Harrington JM. Implications of treatment on body image and quality of life. *Semin Oncol Nurs* 2011; 27 (4): 290-9.
 24. Von Rueden U, Gosch A, Rajmil L, Bisegger C, Ravens-Sieberer U, Group TEK. Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. *J Epidemiol Community Heal* 2006; 60 (2): 130-5.
 25. Sepúlveda R, Molina T, Molina R, Martínez V, González E, George M, et al. [Validation of an instrument to measure health-related quality of life in Chilean children and adolescents]. *Rev Med Chile* [Internet]. 2013 Oct [Consultado el 9 de julio de 2014]; 141 (10): 1283-92. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24522356>
 26. Wilkins-Shurmer A, O'Callaghan MJ, Najman JM, Bor W, Williams GM, Anderson MJ. Association of bullying with adolescent health-related quality of life. *J Paediatr Child Health* 2003; 39 (6): 436-41.
 27. Flaspohler PD, Elfstrom JL, Vanderzee KL, Sink HE, Birchmeier Z. Stand by me: The effects of peer and teacher support in mitigating the impact of bullying on quality of life. *Psychol Sch* 2009; 46 (7): 636-49.
 28. Frisén A, Bjarnelind S. Health-related quality of life and bullying in adolescence. *Acta Paediatr* [Internet]. 2010 abril [Consultado el 9 de julio de 2014]; 99 (4): 597-603. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20085553>
 29. Ministerio de Educación de Chile. Indicadores de la Educación en Chile 2007-2008 [Internet]. 2007 [Consultado el 18 de agosto de 2012]. Disponible en: http://w3app.mineduc.cl/mineduc/ded/documentos/indicadores_2007-2008.pdf
 30. Aymerich M, Berra S, Guillamón I, Herdman M, Alonso J, Ravens-Sieberer U, et al. Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN, un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente. *Gac Sanit* [Internet]. 2005 Apr; 19 (2): 93-102. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911105713364>
 31. Ravens-Sieberer U, Gosch A, Rajmil L, Erhart M, Bruil J, Power M, et al. The KIDSCREEN-52 quality of life measure for children and adolescents: Psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Value Heal* 2008; 11 (4): 645-58.
 32. Ravens-Sieberer U, Erhart M, Rajmil L, Herdman M, Auquier P, Bruil J, et al. Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: A short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life. *Qual Life Res* 2010; 19 (10): 1487-500.
 33. The Kidscreen Group Europe. The KIDSCREEN questionnaires: Quality of life questionnaires for children and adolescents. Lengerich. Pabst Science Publishers; 2006.
 34. Ravens-Sieberer U, Herdman M, Devine J, Otto C, Bullinger M, Rose M, et al. The European KIDSCREEN approach to measure quality of life and well-being in children: development, current application, and future advances. *Qual Life Res* [Internet]. 2014 abril [Consultado el 9 de julio de 2014]; 23 (3): 791-803. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3953538&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

35. Aaronson N, Alonso J, Burnam A, Lohr KN, Patrick DL, Perrin E, et al. Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. *Qual Life Res* [Internet]. 2002 May; 11 (3): 193-205. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12074258>
36. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA* [Internet]. 1995 Jan 4 [Consultado el 9 de julio de 2014]; 273 (1): 59-65. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7996652>
37. Banco Interamericano de Desarrollo. Calidad de vida: más allá de los hechos: Desarrollo en las Américas [Internet]. Lora E, editor 2008 [Consultado el 9 de julio de 2014]. Disponible en: http://biblioteca.iiec.unam.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=3473&Itemid=111
38. Ferris A. Approaches to Improving the Quality of Life - How to Enhance the Quality of Life [Internet]. *Social Indicators Research Series*; 2010 [Consultado el 7 de agosto de 2014]. Disponible en: <http://www.springer.com/social+sciences/wellbeing+&+quality-of-life/book/978-90-481-9147-5>