

Bibliografía

1. Jou J, Techakehakij W. International application of sugar-sweetened beverage (SSB) taxation in obesity reduction: factors that may influence policy effectiveness in country-specific contexts. *Health Policy*. 2012;107:83–90.
2. MAGRAMA. Datos de consumo alimentario en España 2011. Madrid: Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente; 2012.
3. Wang YC, Coxson P, Shen YM, et al. A penny-per-ounce tax on sugar-sweetened beverages would cut health and cost burdens of diabetes. *Health Aff (Millwood)*. 2012;31:199–207.
4. Mytton OT, Clarke D, Rayner M. Taxing unhealthy food and drinks to improve health. *BMJ*. 2012;344:e2931.

5. Finkelstein EA, Zhen C, Bilger M, et al. Implications of a sugar-sweetened beverage (SSB) tax when substitutions to non-beverage items are considered. *J Health Econ*. 2013;32:219–39.

David Rojas-Rueda

Centre de Recerca en Epidemiologia Ambiental (CREAL), Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM), Barcelona, España; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España; Universitat Pompeu Fabra (UPF), Barcelona, España
 Correos electrònics: davidrojasrueda@gmail.com, drojas@creal.cat

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.04.009>

Contrast profiles of bullying in Peru and Spain

Contraste de los perfiles del bullying en Perú y España

Dear editor:

We read with great interest the article *Bullying among schoolchildren: differences between victims and aggressors*, recently published in *Gaceta Sanitaria*.¹ Motivated by this study, we would like to share information about the characteristics of victims and aggressors of bullying in Peru after an extensive literature search about this underexplored topic in our country and attempt some comparisons versus Spain as well as some concluding remarks and recommendations.

Bullying in Peru, as very likely in Spain, is a hidden and yet latent phenomenon. Moreover, it varies across regions in our country and profiles might be different than what is found in Spain. In a study conducted in an urban Lima school in 2007, victims usually had fewer friends, spent more time alone at recess and exhibited decreased self-confidence than non-victims.² Similarly, another study conducted in 2009 found that adolescents with any physical defects are more prone to being bullied, being excluded by aggressors and experience discriminative behaviors that cause impaired social image of the victim and generate rivalries with peers.³ In Peruvian rural areas adolescent victims tend to be picked on by peers, be very quiet, fearful and considered small and weak and not to respond to attacks.^{2–4}

On the other hand, the aggressors' profile also differs from the ones in Spain. In a study conducted in 2009,³ they self-considered big and strong, use foul language frequently and were happy when insulting or beating their peers. They also

tend to be surrounded by groups that support them, and have a history of having been expelled from other schools.⁴ Aggressors have no overall self-esteem issues because they are usually physically stronger, and are considered "popular," but they had a lower score on home self-esteem because they come from families with difficulties.² Moreover, another study noted the presence of gangs or gang friends in school environment as risk factors for bullying.³ A summary of the main characteristics of victims and aggressors in Peruvian studies is presented in [Table 1](#).

In conclusion, bullying is a complex social phenomenon that changes across environments, cultures and countries and even within a country as exhibited in Peruvian studies. All these factors might potentially shape different profiles for both victims and aggressors and this point out the need to establish prevention programs tailored to each specific context as well as to the specific needs of the involved subjects.

Authors' contributions

All authors have contributed substantially to the conception, drafting the manuscript and critical revision of the content.

Funding

None.

Conflicts of interests

None.

Table 1

Key characteristics of victims and aggressors highlighted in Peruvian studies about bullying in contrast to Spain.

	Spain-Barcelona	Perú-Coast: one urban Lima school ^a	Perú-Highlands: several rural schools ^a	Perú Coast-Highlands-Amazon: several urban and rural schools country-wide ^a
Aggressors	Young Antisocial More cannabis consumption Higher alcohol consumption Feeling tired or bored	Low home self-esteem	Belong to gangs	Big and strong Use foul language Happy if they insult or hit somebody Supported by their friends History of school expulsion More violent in Amazon region
Victims	Younger than the aggressors Overweight Less cannabis consumption Feeling sad, depressed or hopeless about the future	Low self-esteem in general (social and home)	Have a physical defect Do not communicate with their parents	Do not respond to the aggression Picked on by peers Silent and scared Small and weak

^a All Peruvian studies relied on a convenience sampling approach.

Bibliografía

1. García-Continente X, Pérez-Giménez A, Espelt A, et al. Bullying among schoolchildren: differences between victims and aggressors. *Gac Sanit.* 2013, disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.12.012>.
2. Landázuri V. Asociación entre el rol de agresor y el rol de víctima de intimidación escolar, con la autoestima y las habilidades sociales de adolescentes de un colegio particular mixto de Lima. *Rev Psicol Herediana.* 2007;2: 71-80.
3. Amemiya I, Oliveros M, Barrientos A. Factores de riesgo de violencia escolar (bullying) severa en colegios privados de tres zonas de la sierra del Perú. *An Fac Med.* 2009;70:255-8.
4. Oliveros M, Figueroa L, Mayorga G, et al. Intimidación en colegios estatales de secundaria del Perú. *Rev Peru Pediatr.* 2009;62:68-78.

Angela Leiva-Montejo, Gustavo León-Amenero, Patricia Lister-del-Pino*, Eddy R. Segura

Escuela de Medicina, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima, Perú

* Corresponding author.

E-mail address: patty_lp89@hotmail.com (P. Lister-del-Pino).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.04.012>

Consultas de viajeros en un centro de vacunación internacional

Travel queries in an international vaccination center

Sra. Directora:

En las últimas décadas, el aumento de los viajes internacionales¹ a países con una alta prevalencia de enfermedades prevenibles ha motivado una mayor utilización de los centros de vacunación internacional.

La situación económica actual está originando un mayor número de viajes sin organización previa y que éstos sean más por motivos de trabajo², lo que supone un mayor tiempo de estancia y convivencia con la población. Por tanto, es fundamental estimular la utilización de estos centros por los viajeros, con la suficiente antelación y aportando la información que permita orientar sobre las recomendaciones y actividades preventivas de una manera personalizada.

Hemos evaluado las consultas al Centro de vacunación internacional de Salamanca durante la década de 2000 a 2009, analizando las variables descriptivas, cuyos valores resumimos a continuación, con el objetivo de poder obtener de ellas directrices para una mejor y más temprana utilización del centro.

Se registraron 8249 consultas, con una tendencia anual creciente. El 81,6% eran residentes en Salamanca, el 50% tenían una edad entre 20 y 34 años, y el 30% entre 35 y 54 años (se observa una tendencia decreciente en cuanto a la edad), y un 52,7% fueron mujeres.

Pese a que se aconseja consultar al centro de vacunación internacional como mínimo 1 mes antes del viaje, el 58,1% lo hicieron con menos de 30 días de antelación.

Durante los meses de junio y julio se realizaron una tercera parte de las consultas, coincidiendo con la preparación de las vacaciones. La mayor frecuencia de viajes fue en julio y agosto (34%), y la mediana de duración fue de 15 días.

El motivo más frecuente para viajar es el turismo (72,14%), seguido del trabajo (11,36%), con una tendencia divergente entre cooperación y trabajo en los años 2004 a 2009 (fig. 1).

El destino preferente fue América del Sur, pero se observa un aumento progresivo de África y Asia. Esta variable es la menos influenciable desde el punto de vista sanitario.

Hemos constatado que la mayoría de la población desconoce sus vacunas previas, y las más recomendadas³⁻⁵ fueron las de la fiebre amarilla, el tétanos-difteria, las hepatitis A y B, la fiebre tifoidea y la meningitis, en concordancia con el tipo de viajeros y los viajes que las motivan.

Estamos ante una actividad en crecimiento, que utilizan cada vez personas más jóvenes, con una demanda bastante irregular a lo largo del año, motivada fundamentalmente por turismo, cooperación y trabajo, y que se realiza con poca antelación al viaje y con poco conocimiento de sus antecedentes sanitarios personales. Por tanto, las recomendaciones derivadas serían:

- Incentivar la utilización temprana de los centros de vacunación internacional, implicando a todas las organizaciones, incluso las relacionadas con la instalación de empresas españolas en el extranjero.
- Valorar la utilidad, en los centros de vacunación internacional, de las historias clínicas electrónicas y los registros de vacunas, así como otras herramientas similares.
- Considerar la utilidad de los centros de vacunación internacional como oportunidad de completar procesos preventivos abandonados, sin olvidar la recomendación de vigilancia del estado de salud al regresar del viaje.

Contribuciones de autoría

T.M. Muñoz Ciudad, J. Mateos Conde y L.C. González Pérez tuvieron la idea inicial, concibieron y diseñaron el trabajo, y recopilaron

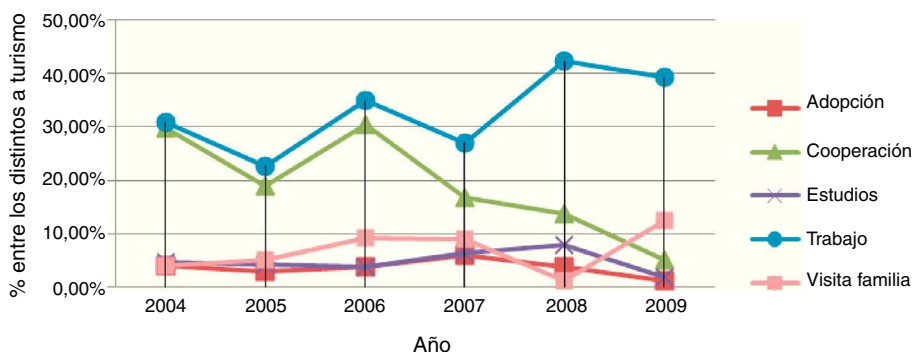


Figura 1. Centro de vacunación internacional de Salamanca. Motivos del viaje, excluyendo turismo. Años 2004-2009.