

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2014/15



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**ACOSO ESCOLAR COMO FACTOR DESENCADENANTE
DE PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA. PAPEL DE ENFERMERÍA.**

Autor/a: Marina Pérez Rodríguez

Tutor/a: Rosa María Hernández Cifuentes

Índice

Resumen	2
1. Introducción.....	3
2. Objetivos.....	5
3. Material y métodos	5
4. Desarrollo del tema.....	6
4.1- Definición de acoso escolar	6
4.2- Tipos de acoso escolar	7
4.3- Causas.....	7
4.4- Roles en una situación de bullying.....	8
4.5- Consecuencias del acoso escolar. Agresión y psicopatología	9
5. Intervenciones de enfermería.....	14
6. Conclusiones.....	19
7. Bibliografía.....	20
8. Anexos	23

Resumen

El acoso escolar, bullying o maltrato entre iguales constituye uno de los problemas más importantes y con mayor gravedad de la sociedad actual.

Aparte del daño físico que ocasiona este tipo de acoso es imprescindible hacer hincapié en el perjuicio que produce en la salud psíquica de niños y adolescentes. Está demostrado que una situación de acoso escolar repetida produce a la larga problemas psicológicos que pueden derivar en patologías psiquiátricas como son la depresión, los trastornos de personalidad y aún más grave el suicidio, si no se interviene el problema a tiempo.

Se debe fomentar el papel de la enfermería en este ámbito con el fin de que la realización de diferentes acciones de apoyo y cuidado de la persona acosada frene la aparición de patologías psiquiátricas posteriores.

Palabras clave: acoso escolar, patología psiquiátrica, bullying, enfermería.

1. Introducción

El acoso escolar se ha convertido en un problema creciente en los últimos años. Familias desestructuradas, abandono, bajo nivel intelectual o violencia doméstica son algunos de los factores que propician la aparición del perfil del agresor.

Dan Olweus, uno de los pioneros en la investigación del acoso escolar o bullying lo definió en 1983 como: “Un comportamiento prolongado de insulto verbal, rechazo social, intimidación psicológica y agresividad física de unos niños hacia otros que se convierten, de esta forma, en víctimas de sus compañeros”.

España, según un artículo publicado en el periódico El Mundo en Abril del 2013, es uno de los países a nivel mundial donde las víctimas de bullying reconocen en menor medida haber sido acosadas.

Haciendo referencia a los datos obtenidos por los agentes especializados de la Unidad de Participación Ciudadana, durante el curso 2012/2013 la Policía Nacional recibió en toda España 316 denuncias vinculadas con hechos sucedidos en el ámbito escolar. Entre ellas se encuentran amenazas (63 denuncias), lesiones (213), trato degradante (15), vejaciones (22) o malos tratos de obra sin lesión.

Casi un 54% de las víctimas de acoso escolar grave presenta estrés postraumático, pesadillas, ansiedad, insomnio, flash back o pánico, el 55% sufre depresión y aproximadamente un 52% tiene una imagen negativa de sí mismo, datos recogidos y reflejados en el Estudio Cisneros X “Acoso y violencia escolar en España” publicado en el año 2007.

Este tipo de conductas se producen de forma reiterada, suponiendo un riesgo psicosocial tanto para el agresor o agresores cómo y en gran medida para la víctima, afectando así mismo al resto de compañeros de clase y al entorno, el cual está sometido a un proceso de degradación moral.

Aquellos niños que sufren acoso escolar durante un tiempo, por mínimo que sea, comienzan a desarrollar una serie de síntomas en ciertos momentos de su vida diaria, haciendo que ésta no transcurra con normalidad. Aspectos como hablar en público,

relacionarse con nuevas personas e ir a lugares favorables a la interacción social suponen un estrés y temor sobreañadido y a veces incontrolable para ellos.

Con el paso de los años las secuelas del acoso escolar pueden desembocar en problemas psiquiátricos, acentuándose en la edad adulta. El estudio realizado y publicado por la revista JAMA Psychiatry “Adult Psychiatric Outcomes of Bullying and Being Bullied by Peers in Childhood and Adolescence”¹ muestra que la persona acosada tiene un riesgo alto de padecer trastornos psiquiátricos que incluyen depresión, ansiedad, abuso de sustancias e ideas y tentativas suicidas. El acosador, por su parte, posee una alta probabilidad de desarrollar trastornos de personalidad.

Debido a todo lo explicado anteriormente es de vital importancia implantar medidas para evitar que se produzcan este tipo de problemas y en cuanto a acciones de enfermería desarrollar actividades de ayuda (terapias, afrontamiento colectivo, etc) con el fin de impedir que este problema produzca en niños acosados un posterior trastorno psiquiátrico.

Decido realizar esta revisión bibliográfica por tratarse de un grave problema de actualidad y para hacer hincapié en la necesidad de la preparación de enfermería en este ámbito. Se necesita seguir investigando acerca del tema para que con el paso de los años disminuya la prevalencia de este tipo de enfermedades psiquiátricas que podrían ser evitables si se tuvieran los conocimientos adecuados prestando así la ayuda necesaria para afrontar el problema del acoso escolar.

2. Objetivos

❖ Objetivos generales:

- Dar a conocer la gravedad y magnitud del acoso escolar y desarrollar las causas y consecuencias del problema.
- Fomentar el papel de Enfermería en el tratamiento del acoso escolar con el fin de conseguir una disminución de la prevalencia de futuras patologías psiquiátricas mediante intervenciones preventivas.

❖ Objetivos específicos:

- Desarrollar intervenciones de Enfermería en el ámbito de Atención Primaria orientadas a promocionar la salud escolar.
- Identificar signos y síntomas de violencia escolar.
- Aplicar cuidados integrales a las víctimas de maltrato entre iguales.

3. Material y métodos

Se realiza una revisión bibliográfica obteniendo la información a partir de un estudio sistemático de múltiples artículos y publicaciones científicas. He seleccionado aquellos artículos en los que el acoso escolar se produce en un rango de edad entre los 7 y 15 años y preferiblemente en las aulas españolas.

Las bases de datos empleadas en esta revisión han sido: Pubmed, Cinahl, ClinicalKey, Scielo, Uptodate y el buscador Google académico. Del mismo modo se ha obtenido información de las páginas oficiales del Ministerio de Sanidad, Portal de Sanidad de Castilla y León, Portal de Sanidad de la Comunidad de Madrid y de la Organización Mundial de la Salud así como de libros relacionados con el acoso escolar y revistas de enfermería.

4. Desarrollo del tema

4.1- Definición de acoso escolar

El primero en definir este término fue Dan Olweus, profesor de psicología de la Universidad de Bergen (Noruega) en el año 1978. Olweus definió posteriormente, en el 1993, la victimización o “maltrato por abuso entre iguales” como una conducta de persecución física y/o psicológica que realiza el alumno/a contra otro/a, al que elige como víctima de repetidos ataques. Esta acción, negativa e intencionada sitúa a las víctimas en posiciones de las que difícilmente pueden salir por sus propios medios. Además añade un aspecto importante: la continuidad de estas relaciones provoca en las víctimas efectos claramente negativos como descenso de autoestima, estados de ansiedad e incluso cuadros depresivos.

Otra definición fue la realizada por Ortega y Mora-Merchán en el año 2000: “Situación social en la que uno o varios escolares toman como objeto de su actuación injustamente agresiva a otro/a compañero/a y lo someten, por tiempo prolongado a agresiones físicas, burlas, hostigamiento, amenaza, aislamiento social o exclusión social aprovechándose de su inseguridad, miedo o dificultades personales para pedir ayuda o defenderse”

Se han desarrollado numerosas definiciones a lo largo de los años y en muchas de ellas aparecen palabras comunes como: amenaza, víctima, maltrato y agresiones. Todas las palabras con connotaciones negativas, tratándose por ello un problema complejo, de gravedad y que cada vez afecta a más población escolar en el mundo.

Haciendo alusión a la población española afectada, en el año 2005 se hizo un estudio² en el centro Reina Sofía de Madrid a través de entrevistas telefónicas a 800 alumnos en un rango de edad de 12 a 16 años (estudiantes de ESO). Los resultados fueron los que se muestran a continuación: un 2,5% de los alumnos de la ESO sufren acoso de forma sistemática en la escuela y el 14,5% declara ser víctima de agresiones. Además se investigaron los lugares más propicios para la producción de acoso siendo la clase, el patio, los pasillos y los alrededores del centro. En cuanto a los tipos de acoso más frecuentes destacan el acoso emocional (en el 90% de los casos) seguido por el físico y por una combinación de ambos.

En la actualidad, y habiendo pasado 10 años desde el estudio realizado por Piñuel y Oñate que refleja el acoso escolar en las diferentes autonomías [Anexos: Tabla 1], se ha

incrementado el número de niños acosados en las aulas españolas considerándose un alarmante problema de salud pública y por tanto una importante materia a abordar.

4.2- Tipos de acoso escolar

El bullying puede ser de diferentes tipos, tal y como afirma Cerezo (2001), pudiendo presentarse como maltrato físico (directo) o maltrato social y verbal (ambos indirectos). Es preciso destacar la aparición actual de una nueva manifestación de bullying entre los jóvenes denominada “ciberbullying” que consiste en acosar a otra persona mediante el uso de la tecnología.

La forma de agresión más frecuente en las aulas españolas es la agresión verbal (insultos, motes ofensivos, hablar mal de la gente), que oscila entre el 55,8% y el 49%, seguida por la exclusión social (hacer el vacío, evitar contacto) que se da en un 22% de los casos. La agresión física directa como pegar (14,2%), robar (10,5%) y romper las cosas de otros (7,2%) se sitúa en tercer lugar. Por último las amenazas y chantajes oscilan entre el 22,7% y el 1% de los encuestados (Informe del Defensor del Pueblo, 2007).

4.3- Causas

Las causas del acoso escolar son múltiples y variadas pudiendo resultar incluso inexistentes en algunos actos de agresión. Un estudio denominado “El acoso escolar entre adolescentes en España. Prevalencia, papeles adoptados por todo el grupo y características a las que atribuyen victimización” (Díez Aguado y Martínez Arias, 2013) muestra las características personales con las que se relaciona la victimización. [Anexos: Tabla 2].

Entre las causas más importantes relacionadas con la victimización y por tanto con la mayor probabilidad de ser acosado se encuentra el ser un chico que no se comporta como la mayoría, ser envidiado por alguien, no saber defenderse, ser nuevo en el centro, ser físicamente diferente o tener buenas notas. Existen otras muchas causas y cada día más frecuentes en el ámbito escolar.

4.4- Roles en una situación de bullying

Perfil del agresor

El agresor es una persona que habitualmente pertenece a familias con mala situación social, donde la violencia y la agresividad son empleadas para el afrontamiento de problemas. Por este motivo son personas que aceptan la violencia con naturalidad. No suele actuar solo ya que busca en numerosas ocasiones el apoyo del grupo. Otros aspectos que caracterizan al agresor son: rendimiento académico bajo, poco control de los impulsos, ausencia de sentimientos de culpabilidad y falta de empatía.

Se pueden distinguir dos tipologías dentro del rol de agresor³:

1. La predominantemente dominante: destaca la personalidad antisocial y se relaciona con la agresividad proactiva.
2. La predominantemente ansiosa: caracterizada por baja autoestima, altos niveles de ansiedad y relacionada con la agresividad reactiva. (*A posteriori puede desarrollar Trastorno de Conducta y Trastorno Desafiante*).

Perfil de la víctima

La víctima del acoso escolar suele ser una persona tranquila, introvertida, pasiva, con falta de habilidades sociales y con tendencia a autoculparse en exceso. De forma habitual se encuentra aislada.

Existen diferentes tipos de víctima:

- A. La víctima clásica: ansiosa, llena de inseguridades, de carácter débil y con poca destreza social.
- B. La víctima provocativa: perfil conductual parecido a los agresores reactivos, que se caracteriza por falta de control emocional.
- C. La víctima inespecífica: vista como diferente por el grupo haciendo que esa diferencia la convierta en un claro objetivo para el resto. Esta tipología es la más común.

4.5- Consecuencias del acoso escolar. Agresión y psicopatología

Cada uno de los roles implicados en el acoso escolar tiene mayor riesgo de padecer desajustes psicosociales y trastornos psicopatológicos durante la adolescencia y vida adulta que aquellos chicos y chicas que no han estado expuestos a esta situación (Kumpulainen, Rasanen y Puura, 2001). Además estos trastornos psicopatológicos pueden derivar con facilidad en patología psiquiátrica.

En múltiples estudios se remarca que la duración de la situación de maltrato o acoso es una variable importante en la gravedad del desajuste psicosocial.

Haciendo referencia a la investigación realizada en Canadá “Adult Psychiatric Outcomes of Bullying and Being Bullied by Peers in Childhood and Adolescence” y publicada en la revista JAMA, el sexo femenino tiene mayor riesgo de que el problema de acoso escolar derive en patología psiquiátrica. Así mismo hace hincapié en aquellas patologías psiquiátricas⁴ que han sido frecuentemente desencadenadas por una situación repetida de “bullying”, las cuales se explican a continuación:

➤ **Ansiedad**

Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como actividad escolar). Al individuo le es difícil controlar la preocupación. Se asocia a tres (o más) de los siguientes síntomas aunque en niños solo se requiere un ítem para denominarse ansiedad:

- Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
- Fácilmente fatigado.
- Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
- Irritabilidad.
- Tensión muscular.
- Problemas de sueño (dificultad para dormirse, para continuar durmiendo o sueño insatisfactorio).

➤ **Trastorno de pánico**

Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

- Palpitaciones, o aceleración de la frecuencia cardiaca.
- Sudoración.
- Temblor o sacudidas.
- Sensación de dificultad para respirar o asfixia.
- Sensación de ahogo.
- Dolor o molestias en el tórax.
- Náuseas o malestar abdominal.
- Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
- Escalofríos o sensación de calor.
- Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
- Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).

➤ **Depresión**

Criterio A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas (de los cuales el primero o segundo ha de estar necesariamente presentes), durante al menos un periodo de dos semanas, y que suponen un cambio importante en el paciente respecto a su actividad previa. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento.

Síntomas principales:

- Estado de ánimo depresivo (triste, disfórico, irritable (en niños y adolescentes)), la mayor parte del día y prácticamente todos los días. Incluye manifestaciones de llanto, verbalización de tristeza o desánimo.
- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día y casi todo los días.

Síntomas somáticos:

- Disminución o aumento del peso o en su ausencia objetiva, disminución o aumento del apetito la mayor parte de los días.
- Insomnio o hipersomnia, casi a diario.
- Enlentecimiento o agitación psicomotriz.
- Sensación de fatiga o falta de energía vital.

Síntomas psíquicos:

- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos e inapropiados (este síntoma puede adquirir un carácter delirante).
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse en actividades intelectuales.
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideación o planes de suicidio.

➤ **Trastorno de estrés agudo**

Trastorno que se origina tras la exposición a un acontecimiento traumático por parte de la persona que lo sufre. Para diagnosticar este trastorno es necesaria la presencia de nueve (o más) de los síntomas siguientes divididos en cinco categorías:

Síntomas de intrusión

- Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático.
- Sueños angustiosos en los que el contenido y/o el efecto del sueño está relacionado con el suceso.
- Reacciones disociativas en que el individuo siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático. En los niños la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.
- Malestar psicológico intenso o prolongado o reacciones fisiológicas importantes en respuesta a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.

Estado de ánimo negativo

- Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas como felicidad o satisfacción.

Síntomas de evitación

- Esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o asociados con el suceso.

Síntomas disociativos

- Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático (debido a la amnesia disociativa).

Síntomas de alerta

- Alteración del sueño.
- Comportamiento irritable y arrebatos de furia.
- Hipervigilancia.
- Problemas de concentración.
- Respuesta de sobresalto exagerada.

➤ **Suicidio**

La OMS define el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”.

- Ideación suicida: pensamientos y planes para llevar a cabo un acto suicida.
- Intento de suicidio: aquellos actos autolesivos deliberados con diferente grado de intención de morir y de lesiones que no tienen un final letal.

El suicidio se ha convertido en un serio problema de salud pública en la adolescencia. Las tasas de suicidio entre los jóvenes (15-24 años) se han incrementado a nivel mundial situándose como una de las tres causas de muerte más frecuentes en este grupo de edad (OMS, 2011).

Los problemas psiquiátricos derivados del acoso escolar en la infancia suelen aparecer durante los últimos años de la infancia, adolescencia y primeros años de la edad adulta (en aquellos casos en que el acoso escolar se haya producido durante el periodo de adolescencia). Toda persona que sufre acoso escolar, sin la ayuda necesaria por parte de profesionales, tiene muchas probabilidades de desarrollar problemas psicológicos que finalmente y sin el cuidado que precisan se convierten en patología psiquiátrica.

En el año 2013 se realizó un estudio publicado en la revista JAMA Psychiatry (Revista de la Asociación Médica Americana de Psiquiatría). El objetivo de este estudio era descubrir la relación que existía y como afectaba en niños entre 9 y 16 años el haber sufrido acoso escolar y el riesgo o padecimiento de patología psiquiátrica. Además se analizan factores que favorecen la aparición de esta patología como son problemas familiares (familias desestructuradas, abandono familiar, etc).

De los 1420 participantes (divididos en 3 grupos: víctima, acosador y niño que no ha sufrido acoso) a los cuales se les pasó diversas entrevistas, 1273 pudieron ser seguidos durante los primeros años de la edad adulta. Gracias a este seguimiento y tras la realización de entrevistas y tests para observar la evolución de los participantes los resultados evidenciaron que en el grupo de las víctimas (305) existían mayores niveles de depresión, trastornos de ansiedad y de pánico, agorafobia y suicidio que en el resto de grupos. Para ello se llevó a cabo una comparación del riesgo de las víctimas con el de aquellos que no habían sufrido acoso y se observó que en las víctimas de acoso escolar existía mayor probabilidad de padecer depresión (21,5% de riesgo en comparación con el 3,3% del grupo no acosado), trastornos de ansiedad (riesgo de 13,6% en comparación con el 3,1%) y suicidio (24,8% de riesgo en comparación con el 5,7% del grupo no acosado).

En España, dos casos de suicidio por acoso escolar, Jokin en Septiembre del 2004 y Carla, el más reciente, en Abril del 2013, pusieron en alerta a la población e instituciones de la gravedad y magnitud del problema. Los estudios y más aún los hechos demuestran la importancia del bullying a nivel mundial y lo necesaria que es la implicación por parte del sector sanitario en el desarrollo y evitación de problemas que deriven del mismo.

5. Intervenciones de enfermería

En la actualidad y debido al aumento de casos de violencia escolar se está desarrollando y ampliando el papel de la enfermería dentro de este ámbito.

Hace unos años el bullying era visto como un problema escolar que debía ser tratado en el propio centro. Los profesores y responsables del mismo ponían ciertas medidas para erradicar la situación conflictiva aunque en ocasiones la solución no era lo suficientemente efectiva. Eso siempre y cuando se le diera la importancia que requiere y no fuera achacado a “son cosas de niños” como también ha sucedido en algunos centros según testimonios de familias afectadas.

Con el paso de los años y gracias a las múltiples investigaciones realizadas sobre el tema, la sociedad ha ido tomando conciencia de la gravedad del problema.

La OMS define Salud⁵ como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad o incapacidad”. Esto pone de manifiesto la falta de salud que padece la persona acosada y la importancia del abordaje del problema desde el área de enfermería.

La misión de la enfermería según la ANA (American Nurses Association) consiste en: “La protección, promoción y optimización de la salud y las capacidades, prevenciones de la enfermedad y las lesiones, el alivio del sufrimiento a través del diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana y el apoyo activo en la atención de individuos, familias, comunidades y poblaciones”.

Debe considerarse su relación con la sociedad y en este caso con la violencia escolar tratándolo como problema de salud pública. Esta situación de gravedad exige que el área de salud, y en especial la de enfermería, establezca una dimensión de cuidado en la perspectiva de promover la salud individual y colectiva mediante la práctica interdisciplinaria e intersectorial.

Ha de ser un trabajo organizado y en el que diferentes profesionales entre ellos pediatras, profesores, psicólogos, asistentes sociales y enfermeros deben coordinarse para la consecución de un mismo objetivo: Prevención, detección precoz y tratamiento de la víctima de acoso escolar.

Las intervenciones de enfermería deben orientarse hacia la promoción de la salud en la escuela y educación para la salud, la identificación de signos y síntomas de violencia y consiguientes necesidades de salud, y en aquellos casos en que el problema se haya producido se realizará el cuidado integral de la víctima de acoso escolar.

Otro papel fundamental de la enfermería en este ámbito es formar a profesionales de la educación e involucrar a alumnos, educadores y familias.

Por tanto, la enfermería es una pieza clave en la prevención, detección temprana y tratamiento del acoso escolar, acciones que han de desarrollarse en su mayoría por parte de enfermeros de Atención Primaria.

Sin embargo, en España es escasa la formación que reciben los enfermeros para poder llevar a cabo ese apoyo y terapias con aquellos niños y familias que lo necesitan. Este hecho lo denuncia un enfermero de Salud Mental de Donostia, Iker Dios Oñativia⁶, quién remarca la vital necesidad de investigar sobre el tema y crear protocolos y guías de actuación para que la enfermería pueda servir para mitigar en gran medida este tipo de problemas y evitar las complicaciones en que puede derivar.

La intervención enfermera en el acoso escolar no es tarea fácil explicado todo lo anterior pero hay ciertas acciones que pueden conseguir que esta situación mejore e impliquen una correcta maduración en la adolescencia como es la vigilancia de aquellos grupos más vulnerables por sus características de personalidad, detectar síntomas de acoso (miedo a ir a la escuela, introversión, irritabilidad, etc) y en caso de haberse producido proporcionar apoyo y terapia al niño y a su familia.

Existen una serie de rasgos muy frecuentes en este tipo de acoso en los que la enfermera de atención primaria ha de fijarse cuando recibe a un niño que pasa por esta situación: estado de ánimo bajo, cansancio, timidez, evitación o recelo a ir al colegio o instituto, introversión y evasión de preguntas que incidan directamente sobre el problema. El descubrir un niño con este comportamiento constituye el primer eslabón para lograr a través de acciones enfermeras que su maduración y desarrollo posterior sean los adecuados y que el bullying no se convierta en un desencadenante de problemas físicos, sociales o psíquicos.

Para el correcto cuidado del niño que sufre acoso escolar es fundamental llevar a cabo los 3 tipos de prevención:

- ❖ **Prevención Primaria:** está dirigida a evitar la aparición del problema. El papel de enfermería consiste en orientar a familias, niños y adolescentes mediante actividades de educación para la salud así como colaborando con las actividades que se realicen en el sector educativo. La enfermera pediátrica de Atención Primaria es la profesional que ha de llevar a cabo esta Prevención Primaria debido a su fácil acceso y contacto con el niño y su familia en las distintas revisiones en la consulta de enfermería.
- ❖ **Prevención Secundaria:** su objetivo es detectar de una manera precoz aquellos niños y adolescentes que puedan estar padeciendo una situación de acoso escolar. Como se explica en el párrafo anterior las revisiones pediátricas en la consulta de enfermería permitirán observar si existen síntomas de acoso o cambios en su comportamiento, hábitos o estado de ánimo. La enfermera ha de estar atenta sobre los cambios que ha sufrido el niño a nivel psicosomático (alteración del sueño, problemas gastrointestinales y psoriasis entre otros) puesto que constituyen un importante signo de alerta. Una vez detectado el problema se debe iniciar una coordinación con el centro educativo para dar constancia de la situación y aplicar medidas que lo erradiquen (por parte del sector educativo).
- ❖ **Prevención Terciaria:** realización de intervenciones cuando el acoso escolar se ha producido. Su objetivo es ofrecer ayuda a las víctimas y familiares intentando minimizar al máximo los daños que derivan del problema. A esta fase le corresponden todas aquellas actividades destinadas a la evitación del desarrollo de patologías psicológicas y de esta manera patologías psiquiátricas.

En España, la ciudad pionera en introducir y desarrollar la enfermería escolar fue Madrid. La asociación AMECE (Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos) define enfermera escolar como el profesional que, dentro del ámbito del Centro y de acuerdo con el Proyecto Educativo del Centro (PEC), le incumbe la responsabilidad de proporcionar de forma individualizada, o en su caso, de forma coordinada dentro del equipo escolar, los cuidados propios de su competencia al alumno/a de modo directo, integral o individualizado. En el ámbito educativo, además,

han de prestar un servicio que permita aumentar la capacidad del individuo y de la colectividad escolar, para prevenir, detectar y solucionar sus problemas de Salud. El trabajo de esta enfermería escolar hoy en día se centra en el control de enfermedades crónicas como diabetes y actividades de promoción y educación para la salud.

Haciendo alusión al tema desarrollado en esta revisión, se está iniciando la elaboración de guías de enfermería para el cuidado y seguimiento de estos niños aunque por el momento las técnicas empleadas son la psicoeducación (procedente de protocolos de psicología) y el afrontamiento del estrés derivado de la situación traumática.

La intervención en este tipo de acoso dependerá del tiempo e intensidad del daño ocasionado. Cuando el acoso haya dejado de producirse las víctimas han de aprender a recuperar su autoestima y confianza durante un proceso gradual. Las técnicas y acciones a través de las cuales el niño va a recuperar su autoestima son llevadas a cabo por parte del personal de enfermería y psicología.

La actitud que hay que adquirir como enfermera al tratar a un niño que ha padecido acoso escolar consiste en:

- Hablar en un tono suave explicándole cómo se va a realizar la recuperación y mostrando confianza.
- Contacto visual: favorece la comunicación y ayuda a que el niño se sienta seguro.
- Empatía: es fundamental que el niño perciba que le comprendemos y que nos mostramos dispuestos a ayudarlo.
- Jamás se debe culpar al niño de la situación. La culpa del acoso escolar la tiene el acosador y no la víctima. Este es un aspecto que hay que reforzar en algunos niños que sienten que ellos son los culpables por ser diferentes o no comportarse como el resto.
- No forzar al niño a contar toda su experiencia. Mantener una postura abierta para favorecer la expresión de opiniones, sentimientos y conducta actual. Para el niño es una situación frustrante el haber sufrido bullying por lo que tardará un tiempo en expresar libremente todo lo que siente y necesita. Una vez haya manifestado cómo se siente se conseguirá su compromiso de colaboración en la resolución del problema.

- Dar una serie de pautas a los padres y profesores sobre cómo deben tratar al niño. En el sector educativo existe el Método Pikas para la detección e intervención en una situación de acoso escolar. Para conseguir una buena recuperación debe existir coordinación entre las acciones de enfermería y las llevadas a cabo por profesores y familia.

Durante el proceso de recuperación hay que enseñarle a enfrentarse a situaciones de estrés e ir recuperando poco a poco tanto las relaciones sociales como desempeñando de manera normal sus actividades académicas.

Existen ciertas técnicas propias de la psicología pero que podrían extrapolarse a la enfermería para mejorar el afrontamiento y superación por parte del niño de esa situación traumática y favorecer un desarrollo adecuado.

Una psicóloga que participa en el programa Recurra-Ginso, asociación que surgió para dar respuesta a familias en conflicto en que los hijos maltratan a miembros de su familia, me informó acerca de varias técnicas que se utilizan en casos de niños que sufren acoso escolar. Una técnica que se emplea es la visualización que ayuda al niño a perder el miedo a que se repita la misma situación. Se le dice al niño que cierre los ojos y se imagine entrando de nuevo en el instituto, relacionándose con sus compañeros y vaya expresando todo lo que siente en cada momento. Esto permite conocer los aspectos más traumáticos de esa experiencia y reducir la ansiedad del niño. También son utilizadas actividades de reforzamiento de la autoestima como la técnica del “yo soy” (en la que se le pide al niño que diga las cualidades que tiene) y la técnica de “imagínate a ti mismo” (en ella debe pensar en cómo le gustaría verse en unos años y explicar las cualidades que tendría, el tipo de vida que le gustaría llevar, la gente de la que le gustaría rodearse, marcando esos deseos como futuros objetivos). Estas actividades hacen que los niños se sientan mejor consigo mismos y adquieran esa confianza que no existía.

Con la preparación correspondiente y un trabajo en equipo se pudo lograr la disminución de aquellas patologías psiquiátricas que derivan del acoso escolar. Por ello es muy importante fomentar el papel de enfermería en este área.

6. Conclusiones

La enfermería debe mejorar su actuación en el área del acoso escolar. Es necesaria la elaboración de métodos de actuación y la realización de una mayor investigación en el ámbito de las intervenciones enfermeras con respecto a este maltrato entre iguales.

Al igual que en Madrid, ciudad pionera en nuestro país en el tratamiento por parte de enfermería del acoso escolar, el resto de comunidades debe poner en marcha un control y cuidado al niño que sufre bullying por parte de atención primaria y salud mental.

La aparición de la enfermera escolar en España facilita la detección del problema en los primeros estadios gracias a su contacto directo con los niños dentro del ambiente educativo.

La colaboración y coordinación de los distintos profesionales (enfermeros, pediatras, psicólogos, trabajadores sociales y profesores) es fundamental para conseguir el objetivo de la presente revisión bibliográfica: disminuir la prevalencia de patología psiquiátrica en víctimas de acoso escolar.

Conocer las acciones a realizar y las técnicas a utilizar es una tarea compleja como consecuencia de los casi inexistentes protocolos de actuación enfermera en estos casos. Es por esto por lo que la enfermera debe cultivarse día a día investigando y revisando estudios y publicaciones de otros países para obtener mayores conocimientos del cuidado de esta población tan frágil como son las víctimas de acoso escolar.

El resultado de una buena aplicación de los conocimientos e intervenciones a tiempo será un decremento de este problema en las aulas españolas y por consiguiente una disminución de depresiones, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad y suicidios en nuestra población.

7. Bibliografía

- Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA. Asociación Americana de Psiquiatría. 2013. [4]
- Avilés Martínez, J.M. Intimidación y maltrato entre el alumnado. Valladolid. 2002.
- Calderero, M., Salazar, I. y Caballo, V. Una revisión de las relaciones entre el acoso escolar y la ansiedad social. *Psicología Conductual*, Vol. 19. 2011. (pp. 393-419).
- Cerezo, F. *Bullying: análisis de la situación en las aulas españolas*. 2009.
- Cheng-Fang, Yen, M.D.; Ph. D. “School Bullying and Mental Health in Children and Adolescents”. *Taiwanese Journal of Psychiatry*. Vol. 24. Taipei. 2010.
- Collell i Caralt, J., Escudé Miguel, C. “El acoso escolar: un enfoque psicopatológico”. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 2. 2006. [3]
- Copeland W.E., Wolke D., Angold A., Castello E. J. “Adult Psychiatric Outcomes of Bullying and Being Bullied by Peers in Childhood and Adolescence”. 2013. Extraído de: *JAMA Psychiatry*. [1]
- Díaz-Aguado, M.J., Martínez Arias, R. y Martín Babarro, J. El acoso entre adolescentes en España. Prevalencia, papeles adoptados por todo el grupo y características a las que atribuyen la victimización. *Revista de Educación*, 362. Septiembre-Diciembre 2013.

- Dios Oñativia, I. El estrés crónico y sus efectos durante la adolescencia. El bullying como elemento estresor en los adolescentes. 2014. [6]
- Gázquez, J.J., Cangas, A.J, Pérez-Fuentes, M.C., Padilla, D., Cano, A. Percepción de la violencia escolar por parte de los familiares: un estudio comparativo en cuatro países europeos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol 7. España. 2007.
- Grupo de trabajo de la Guía Clínica de ciberacoso para profesionales de la salud. Guía clínica de ciberacoso para profesionales de la salud. Plan de confianza del ámbito digital del Ministerio de Industria, Energía y Turismo. Hospital Universitario La Paz, Sociedad Española de Medicina del Adolescente, Red.es. Madrid. 2015.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2009.
- Gini, G., Pozzoli, T. Bullied Children and Psychosomatic Problems: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2013.
- Kirsti Kumpulainen, M.D. Psychiatric conditions associated with bullying. Department of Child Psychiatry, Kuopio University Hospital, Finland. *Adolescent Med. Health*. 2008.
- Lozano, F., Salas Rosso, F., Dovar, L. Malestar entre los adolescentes como consecuencia del acoso escolar (Bullying). *Revista biomedicina*. 2010.
- Martín Babarro, J., Ruiz Espinosa, E., Martínez Arias, R. Desajuste psicológico de las víctimas de acoso escolar: Un análisis evolutivo desde la educación primaria hasta la secundaria. Madrid. 2014.

- Mueller, A.S., James, W., Abrutyn S., Levin, M.L. Suicide ideation and bullying among US adolescents: Examining the intersections of sexual orientation, gender, and race/ethnicity. American Journal of Public Health. Memphis. 2015.
- Olweus, D. Bullying at school. What we know and what we can do. 1993.
- Oñate, A., Piñuel, I. Acoso y violencia escolar en España. Informa Cisneros X. 2006.
- Página web oficial de la Organización Mundial de la Salud. [⁵]
- Portal web oficial de Sanidad de Castilla y León.
- Portal web oficial de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
- Sáenz González, M.P. Sintomatología depresiva y acoso escolar en un grupo de adolescentes escolares. Lima. 2010.
- Serrano Sarmiento, A., Iborra Marmolejo, I. Informe: Violencia entre compañeros en la escuela. España. 2005. [²]
- Torres Martínez, P., Ganem, A. E., Milena Contreras, M., Leal, E.K., Soto, M. y Fernández, J. Prevalencia y factores de riesgo para ser víctima de bullying en escolares de 8 a 12 años de edad en una escuela pública. Revista Chilena de terapia ocupacional. Julio 2014.

8. Anexos

Tabla 1- Porcentaje de víctimas de acoso escolar por autonomías (Piñuel y Oñate, 2006)

Comunidades Autónomas	% Víctimas Acoso Escolar
Andalucía	27,7
País Vasco y Navarra	25,6
Asturias y Cantabria	23,6
Madrid	23,4
Castilla y León	22,7
Cataluña	22,6
Galicia	22,4
Murcia	21,5
Extremadura y Castilla La Mancha	20,0
Canarias	19,1
Aragón	18,2
Total	23,3

Tabla 2- Causas de victimización y acoso escolar

	Frecuencia	Porcentaje
Ser un chico que no se comporta como la mayoría de los chicos o una chica que no se comporta como la mayoría de las chicas*	1.251	34,66
Porque me tienen envidia	1.231	34,11
No defenderme	1.229	34,10
Ser nuevo en el centro	880	24,38
Tener buenas notas	815	22,60
Ser más gordo	724	20,10
Llevarme bien con los profesores	682	18,90
Estar aislado, sin amigos	604	16,73
Tener malas notas	463	12,83
Venir de otro país**	410	11,36
Ser más delgado	357	9,90
Mi color de piel	352	9,75
Repetir curso	343	9,50
Tener alguna discapacidad	246	6,82
Ser gitano	211	5,85

Las preguntas del cuestionario eran multirrespuesta por lo que los porcentajes no suman 100

Cuadro 1- Factores que favorecen el bullying. Comparación agresión/victimización. (Cerezo, 2009)

AGRESION	VICTIMIZACION
<i>PERSONALES</i>	
BIOLÓGICOS Fortaleza	BIOLÓGICOS. Hándicap
PERSONALIDAD Tendencia a la crueldad Expansivo e Impulsivo Labilidad Emocional	PERSONALIDAD Debilidad Retraimiento Ansiedad
CONDUCTA SOCIAL Liderazgo Escasa Empatía Rechazo	CONDUCTA SOCIAL Escasas HH SS. Ambiente amenazante Aislamiento
<i>AMBIENTALES</i>	
ESCOLARES Algunas relaciones Ascendencia social Actitud negativa	ESCOLARES Escasas Relaciones Desamparo Actitud pasiva
FAMILIARES Actitud negativa Ciertonivel de conflicto Escaso afecto-apego Modelos violentos	FAMILIARES Alto Control Sobreprotección Tolerancia Modelos violentos
MEDIOS COMUNICACIÓN Modelos violentos Identificación con el modelo Intencionalidad Inmunización ante la violencia	ESCASA COBERTURA LEGAL Indefensión