

INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN EL BULLYING. PAPEL DE LA ENFERMERA.

Influence of the media on bullying. Role of the nurse.

Revisión narrativa

Grado en Enfermería – Trabajo Fin de Grado



Universidad Autónoma de Madrid

Facultad de Medicina

Autora

Beatriz Sáenz de Cortázar Jiménez

Tutora

Matilde Arlandis Casanova

Curso académico 2019/2020

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. EL ACOSO ESCOLAR: CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN.....	1
1.1.1. El acoso escolar y las tecnologías de la información y la comunicación.....	3
1.2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL ESTUDIO DEL ACOSO ESCOLAR.....	5
1.3. ETIOLOGÍA Y CONSECUENCIAS DEL ACOSO ESCOLAR.....	6
1.3.1. Relación del acoso escolar, el sobrepeso y la opción sexual.....	8
1.3.2. Relación del acoso escolar y el suicidio.....	8
1.4. GRUPOS DE RIESGO.....	9
1.5. DATOS ESTADÍSTICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS DEL ACOSO ESCOLAR.....	10
1.6. MANIFESTACIONES Y SEÑALES DE ALARMA.....	10
1.7. EL ACOSO ESCOLAR DESDE LA PERSPECTIVA ENFERMERA.....	11
1.7.1. Etiquetas diagnósticas NANDA.....	11
1.7.2. Estigma social y auto estigma.....	12
2. JUSTIFICACIÓN.....	13
3. OBJETIVOS.....	14
4. METODOLOGÍA.....	14
5. RESULTADOS.....	17
5.1. IMPACTO DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN LA CONDUCTA DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES IMPLICADOS EN EL <i>BULLYING</i>	18
5.1.1. Los medios de comunicación y el comportamiento de niños y adolescentes.....	18
5.1.2. Los medios de comunicación y las relaciones de niños y adolescentes.....	20
5.2. CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL <i>BULLYING</i>	21
5.3. EL ROL DE LA ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE DEL <i>BULLYING</i>	23
5.3.1. Prevención del <i>bullying</i>	23
5.3.2. Detección del <i>bullying</i>	26
5.3.3. Intervenciones enfermeras en el abordaje del <i>bullying</i>	28
6. DISCUSIÓN.....	32
6.1. IMPACTO DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN LA CONDUCTA DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES IMPLICADOS EN EL <i>BULLYING</i>	32

6.1.1. Los medios de comunicación y el comportamiento de niños y adolescentes.....	32
6.1.2. Los medios de comunicación y las relaciones de niños y adolescentes.....	33
6.2. CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL <i>BULLYING</i>	33
6.3. EL ROL DE LA ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE DEL <i>BULLYING</i>	34
6.3.1. Prevención del <i>bullying</i>	34
6.3.2. Detección del <i>bullying</i>	35
6.3.3. Intervenciones enfermeras en el abordaje del <i>bullying</i>	36
7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	36
8. CONCLUSIONES.....	37
8.1. INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN EL <i>BULLYING</i>	37
8.2. CONOCIMIENTO DE LA ETIOLOGÍA Y LAS CONSECUENCIAS DEL <i>BULLYING</i> PARA EL ABORDAJE ENFERMERO.	38
8.3. ACTIVIDADES ENFERMERAS: PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y TRATAMIENTO.....	38
9. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	41
10. BIBLIOGRAFÍA	42
ANEXOS	46

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tipos de acoso escolar.....	3
Tabla 2. Características y rasgos personales de los protagonistas de bullying.....	9
Tabla 3. Etiquetas diagnósticas enfermeras en el paciente víctima de bullying.....	12
Tabla 4. Términos de búsqueda.....	15
Tabla 5. Bases de datos, estrategias de búsqueda y resultados obtenidos.....	17
Tabla 6. Factores de riesgo para la victimización en el bullying	21
Tabla 7. Niveles de prevención del bullying.	25
Tabla 8. Preguntas para plantear a menores ante la sospecha de implicación en el bullying como acosadores según la Aggression Scale	27
Tabla 9. Preguntas para plantear a menores ante la sospecha de implicación en el bullying como víctimas según la Multidimensional Peer-Victimization Scale.....	28
Tabla 10. Cuidados enfermeros dirigidos a las víctimas en el bullying.....	39
Tabla 11. Cuidados enfermeros dirigidos a los agresores en el bullying.	40
Tabla 12. Cuidados enfermeros dirigidos a los espectadores en el bullying.....	40
Tabla 13. Cuidados enfermeros dirigidos a los familiares de los protagonistas de bullying.....	41
Tabla 14. Características de los artículos seleccionados para la revisión narrativa	50

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Características comunes y diferenciales del <i>bullying</i> tradicional y <i>cyberbullying</i>	4
Figura 2. Niveles de prevención y eficacia.....	24
Figura 3. Plan de cuidados de enfermería a partir de la Terapia Centrada en Soluciones para el abordaje del <i>bullying</i>	31

RESUMEN

Objetivo: conocer la influencia de los medios de comunicación en el bullying y establecer el papel del profesional de enfermería en este fenómeno.

Metodología: se llevó a cabo una búsqueda sistematizada de publicaciones en las bases de datos PubMed, Cuiden, CINAHL, SciELO, Cochrane Plus y LILACS. Tras aplicar unos criterios de inclusión y exclusión determinados, se recabaron un total de 29 documentos, de los cuales 20 fueron seleccionados para la muestra definitiva.

Resultados: el análisis de los artículos evidenció un impacto significativo de los medios de comunicación en el acoso escolar. Asimismo, objetivó que este fenómeno influye negativamente en la salud y el bienestar de niños y adolescentes y los profesionales de enfermería pueden enfrentarlo mediante la prevención, detección precoz y diversas formas de intervención.

Conclusiones: Las nuevas tecnologías suponen un reto para afrontar el acoso escolar. El presente trabajo trata de acercar el papel de los profesionales enfermeros desde la posición privilegiada en la que se encuentran en el abordaje del acoso escolar, en el cual la educación y el trabajo multidisciplinar son esenciales, y propone un ejemplo de Proceso de Atención de Enfermería para sus protagonistas.

Palabras clave: acoso escolar, violencia, medios de comunicación, medios de comunicación de masas, red social, instituciones académicas, enfermería.

ABSTRACT

Objective: to study the influence of the media on bullying and to establish the role of the nurse towards this subject.

Methodology: a systematic literature research was conducted on the databases PubMed, Cuiden, CINAHL, SciELO, Cochrane Plus and LILACS. After applying certain inclusion and exclusion criteria, a total of 29 documents were gathered, from which 20 were finally selected.

Results: through the analysis of the selected articles, it was evidenced the media exerts a significant influence over bullying. It was also demonstrated that this phenomenon has a negative influence on children's and adolescents' health and wellbeing. Nurses can tackle this problem implementing effective means of prevention, early detection and different intervention approaches.

Conclusions: new technologies pose a challenge to tackle the problem of bullying. The present work tries to approach the role of the nurse, who has a privileged position, in dealing with this phenomenon. Management of bullying involvement is a multidisciplinary effort and requires education. Additionally, the present work sets an example for the Nursing Care Process when helping children, adolescents and parents address problems associated with bullying and victimization.

Key words: bullying, violence, communications media, mass media, social networking, schools, nursing.

INTRODUCCIÓN

1.1. El acoso escolar: concepto y clasificación.

El acoso escolar es una forma de violencia cuya existencia no es novedosa, puesto que se sufre desde hace mucho tiempo. No obstante, en los últimos años ha aumentado la preocupación social por este fenómeno. Esta forma de violencia tiene considerables consecuencias para las personas y para la sociedad (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como *“el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte”*. Asimismo, divide la violencia en tres grandes categorías generales dependiendo del actor de ésta, como son la violencia dirigida contra uno mismo o autoinfligida, violencia interpersonal y violencia colectiva. La violencia interpersonal es la que inflige una persona o grupo de personas a una víctima. Ésta se subdivide, a su vez, en dos subcategorías, la violencia intrafamiliar o de pareja y la violencia comunitaria, que se produce entre individuos no relacionados entre sí, pudiendo éstos conocerse o no y que acontece generalmente fuera del hogar. Es dentro de esta última donde clasificaríamos el acoso escolar (2).

El acoso escolar, también conocido por el término anglosajón *bullying* (del inglés *“bully”* que significa matón o bravucón), ha sido objeto de estudio en numerosas ocasiones. Uno de los grandes pioneros en su estudio es Olweus, quien en 1983 lo define como *“una conducta de persecución física y/o psicológica que realiza un alumno hacia otro, al que elige como víctima de repetidos ataques. Esta acción, negativa e intencionada, sitúa a las víctimas en posiciones en las que difícilmente pueden salir por sus propios medios”* (3), añadiendo en un posterior trabajo en 1998 que *“un alumno es agredido o se convierte en víctima cuando está expuesto, de forma repetida y durante un tiempo, a acciones negativas que lleva a cabo otro alumno o varios de ellos”* (4), puntualizando que acción negativa es *“toda acción que causa daño a otra persona de manera intencionada”* (4).

La mayoría de definiciones de la literatura científica se basan en la definición propuesta por Olweus, y a pesar de las múltiples definiciones sobre el acoso escolar, la

mayoría de ellas coinciden en que es una forma de agresión o de hostigamiento físico, psicológico o verbal, que es deliberada y reiterada, y que se basa en un desequilibrio de poder real o percibido que impide defenderse a la víctima (5). La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) puntualiza que para que un estudiante sea considerado víctima de acoso escolar las agresiones deben ocurrir al menos una o dos veces al mes (6).

Existen, por tanto, una serie de aspectos que caracterizan al acoso escolar y que se han ido mencionando en las diversas investigaciones que se han ocupado del tema, entre los que se pueden destacar los siguientes (7,8):

- Debe existir, como mínimo, la figura de un agresor y de una víctima, aunque puede englobar a un mayor número de personas.
- Debe existir una desigualdad de poder, un desequilibrio en cuanto a posibilidades de defensa y a nivel físico, psicológico y social, suponiendo una indefensión por parte de la víctima que va minando su resistencia.
- Las agresiones deben ser repetidas, suceder durante un periodo largo de tiempo y de forma recurrente.
- Debe existir la intencionalidad por parte del agresor de hacer daño a la víctima y una o más conductas de hostigamiento.
- El dolor que supone la agresión no se limita al momento del ataque, se mantiene en el tiempo, puesto que crea en la víctima el temor de poder ser el blanco de futuros ataques.

Para entender el fenómeno del acoso escolar es necesario mencionar a los distintos participantes que confluyen en éste: el agresor, la víctima y los espectadores. El agresor es aquel joven que victimiza o agrede a su compañero. La víctima es aquella que recibe las agresiones, siendo generalmente jóvenes con altos rasgos para ser intimidados. Los espectadores, por su parte, son aquellos que inhiben la ayuda a la víctima y fomentan la continuidad de las agresiones. Estos últimos son conocedores de la problemática, pero por temor a convertirse en víctimas guardan el silencio, sumándose en ocasiones a las agresiones (9).

En cuanto a las formas de acoso escolar, las diversas investigaciones compilan la existencia de 4 tipos principales (ver Tabla 1):

Tipo	Descripción
Físico	Conductas directas dirigidas contra el cuerpo, encaminadas a lesionar la integridad física: golpes, patadas, empujones, pellizcos, zancadillas, entre otras. Conductas indirectas dirigidas contra la propiedad: esconder, dañar, destrozar o tomar sin consentimiento pertenencias, entre otras.
Verbal	Conductas directas manifestadas a través del lenguaje: insultos, calumnias, motes, burlas, amenazas, comentarios discriminatorios, entre otras.
Psicológico	Conductas dirigidas a lesionar la integridad emocional, fomentando la sensación de inseguridad y temor: miradas, señales obscenas, gestos faciales o físicos negativos, entre otras.
Relacional o social	Conductas indirectas dirigidas a producir el aislamiento, rechazo y/o marginación mediante el impedimento de la participación o la ignorancia.

Tabla 1. Tipos de acoso escolar. Fuente: Generalidades del acoso escolar. Una revisión de conceptos (9); Protocolo de actuación en situaciones de *bullying* (10). Elaboración propia.

Es importante destacar que cada uno de los tipos de acoso tiene un componente psicológico implícito y que generalmente no se desarrollan de forma independiente, sino combinados (9,10). Además de estos cuatro tipos principales, la UNESCO (6) y varios expertos consideran también el acoso sexual, entendiendo por ello todo trato que implique tocamientos indeseados, comentarios, insinuaciones, amenazas y bromas con contenido sexual, gestos obscenos, y en definitiva, toda conducta que suponga un abuso de poder con la finalidad de obtener placer sexual sin el consentimiento de la víctima, que no esté tipificada dentro de los delitos sexuales vigentes (9,10).

El avance de las tecnologías, además, ha implicado una nueva forma de acoso escolar, el ciberacoso o *cyberbullying*, que se produce cuando las actuaciones negativas se ejercen a través de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC).

1.1.1. El acoso escolar y las tecnologías de la información y la comunicación.

Desde hace unos años estamos asistiendo a un aumento de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) como medio generalizado de interacción. A pesar de que la violencia y el acoso escolar han existido desde siempre, las formas de materialización de éstas han ido evolucionando con el paso del tiempo, sirviéndose de los avances tecnológicos y propiciando una nueva forma de acoso virtual conocida como ciberacoso o *cyberbullying* (11,12,13).

Los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2019) (14) señalan que cada vez está más extendido el uso de las TIC entre los menores, afirmando que un 66% de la población de entre 10 y 15 años dispone de un teléfono móvil; un 89,7% de ellos utiliza el ordenador y un 92,9% hace uso de Internet. Estos datos evidencian un aumento

significativo de menores usuarios de las TIC desde el año 2006 y ponen de manifiesto que las nuevas generaciones están mucho más familiarizadas con ellas, pues son una herramienta que ocupa gran parte de su tiempo e influye en su conducta y relaciones.

El *cyberbullying* comparte ciertas características con el *bullying* tradicional, no obstante, también tiene una serie de particularidades que merecen ser destacadas, como son el posible anonimato del agresor, lo que disminuye la empatía y aumenta la impunidad de éste y la indefensión e impotencia de la víctima por el desconocimiento del mismo. Asimismo, posibilita una alta velocidad de difusión y un aumento exponencial de la audiencia, por lo que la agresión u ofensa es presenciada por un público más amplio, contribuyendo a un aumento de la vulnerabilidad de la víctima. También facilita el aumento y la agrupación de los instigadores. Otra de las disparidades es que no se limita a un espacio concreto e invade ámbitos de privacidad del acosado, aumentando la accesibilidad y suponiendo una desprotección para el mismo. El tiempo de agresión depende, además, del tiempo que la víctima haga uso de las tecnologías. Por tanto, constituye una forma específica de acoso de especial complejidad (11,12,13).

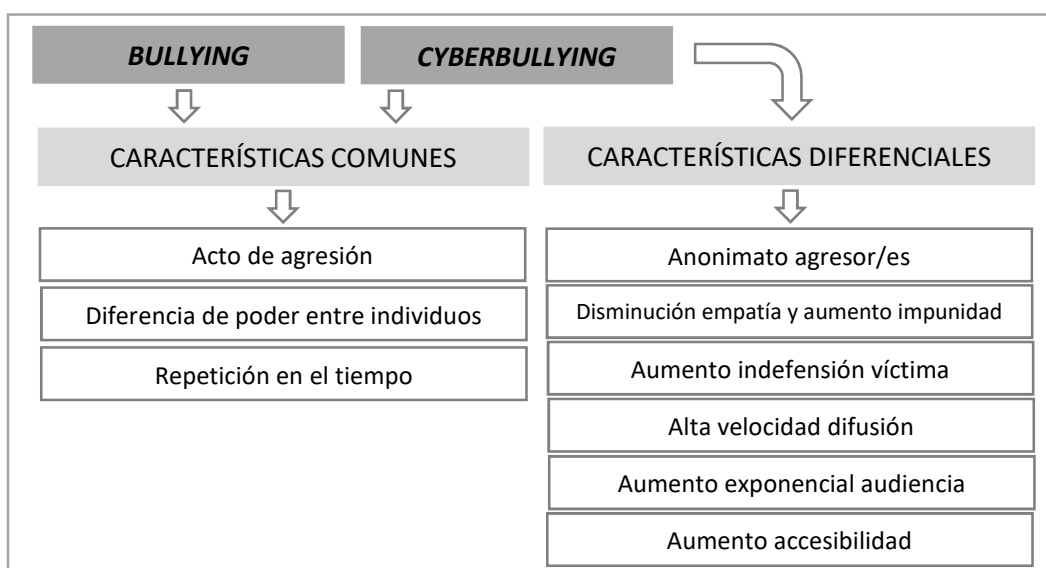


Figura 1. Características comunes y diferenciales del *bullying* tradicional y *cyberbullying*.

Fuente: *Bullying in the digital age* (13). Elaboración propia.

Esta forma de acoso causa mayores daños que el acoso escolar tradicional, especialmente sociales, puesto que al tratarse de una forma de violencia no presencial e indirecta, el agresor y la víctima no entran en contacto directo, lo que imposibilita que el hostigador llegue a empatizar con el acosado (11).

La mayoría de los estudios destacan que la implicación en conductas de *bullying* tradicional y *cyberbullying* está significativamente correlacionada, pues el *cyberbullying*

puede ser reforzador del acoso presencial ya emprendido o, por el contrario, que un niño o adolescente, sin motivo aparente y sin presentar antecedentes, comience a recibir formas de hostigamiento a través de las TIC (11,12,13). Además, el *cyberbullying* posibilita que las víctimas del *bullying* tradicional actúen como agresores en la red (11).

Por todo ello, en la actualidad, para poder hablar de *bullying* se debe tener en cuenta la implicación de las TIC en la vida de los niños y adolescentes.

1.2. Evolución histórica del estudio del acoso escolar.

Los estudios sobre el acoso escolar son bastante recientes, pues no fue hasta la década de los años 70 que se empezó a estudiar este fenómeno en los países escandinavos. A comienzos de la década, el médico sueco Peter-Paul Heinemann describió el acoso escolar (15). A éste le siguió el psicólogo y profesor Dan Olweus, quien es considerado uno de los pioneros en el estudio de este fenómeno e introdujo el término *bullying* (15,16). Desde entonces, la investigación sobre el acoso escolar ha ido creciendo y han sido numerosos los trabajos que se han realizado hasta el momento.

En España los estudios sobre este fenómeno comenzaron años después. El primer estudio fue realizado en Madrid por Vieira M, Fernández L y Quevedo G (15,16) y publicado en el año 1989. Éstos crearon un cuestionario que fue cumplimentado por 1200 alumnos de diez escuelas. Varios años después, en 1992, Cerezo F y Esteban M (16) llevaron a cabo una investigación en la cual los estudiantes nombraban a compañeros que fueran acosadores y víctimas en la región de Murcia, con una muestra de 317 estudiantes.

Cabe mencionar el informe publicado en el año 2000 realizado por el Defensor del Pueblo junto con el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la colaboración de un equipo de psicólogos de la Universidad Autónoma de Madrid (15,16) en el que se investigó el estado del acoso escolar en España y se comparó con países próximos, contando con una muestra de 3000 alumnos de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) de 300 centros educativos españoles. Posteriormente, en el año 2007, se elaboró un segundo informe comparando los datos obtenidos hasta la fecha con los publicados en el anterior, objetivando que el panorama del acoso escolar había evolucionado favorablemente en los últimos años (15).

Desde entonces, han sido cuantiosos los estudios que se han ocupado del tema en el territorio español hasta hoy. En cuanto a las investigaciones más recientes, la fundación

Save the Children, en colaboración con un equipo de expertos de la Universidad Autónoma de Madrid (1) publicó en 2016 un trabajo recopilando los resultados de una encuesta realizada a 21500 estudiantes de todas las comunidades autónomas, objetivando que un 9.3% de los estudiantes de ESO había sufrido *bullying* y un 6.9% *cyberbullying*.

A nivel mundial, la UNESCO (6) publicó en el año 2019 un informe con las últimas actualizaciones referentes a esta materia, tomando como base dos estudios internacionales como son el Global School-based Student Health Survey (GSHS) y el Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), incluyendo 144 países.

1.3. Etiología y consecuencias del acoso escolar.

Las causas y fenómenos que provocan el acoso escolar son múltiples y complejas. En general, podrían clasificarse en personales, familiares, escolares y sociales. En lo personal, los agresores suelen considerarse superiores que las víctimas y en ocasiones se ven respaldados por un grupo. Estas últimas, además, tienden a tener poca capacidad de respuesta ante las agresiones. Asimismo, las relaciones familiares disfuncionales, las dificultades económicas y los métodos de educación estrictos y permisivos pueden ser influyentes. Adicionalmente, el contexto educativo puede influir en el acoso escolar, puesto que el clima escolar, las relaciones con el profesorado y características del centro desfavorables pueden aumentar la probabilidad de desarrollo de este fenómeno (17).

Relacionado con lo anterior, Kowalski R et al (13) mencionan que el apoyo y soporte percibido, tanto por los progenitores como por los amigos, son factores protectores del *bullying*, así como el que los jóvenes consideren que están conectados con la escuela y que el clima escolar es favorable. No obstante, el clima escolar desfavorable genera una sensación de frustración y disconfort, aumentando el riesgo de acoso.

En lo que respecta a los motivos que impulsan a acosar, hay ciertas semejanzas entre lo que declaran los propios protagonistas del *bullying*. Ambos consideran que la principal causa del *bullying* es que el sujeto acosado difiera de sus pares, bien sea a nivel físico, ideológico o conductual. Así, factores como el no ajustarse a las normas de género, la apariencia física, el sobrepeso, la raza, la religión y la nacionalidad, entre otros, influirían en este fenómeno. Además, los sujetos victimizados reconocen desconocer los motivos o señalan que son acosados con el fin de ser molestados, por ser más vulnerables y no defenderse o porque según sus propias palabras los agresores les tienen “manía” o

“envidia”. Estos últimos, por su parte, reconocen desconocer qué motiva su comportamiento, querer molestar o bromear (6,18,19).

Por otro lado, el acoso escolar genera graves consecuencias en todos los sujetos que se ven implicados en el fenómeno, que se evidencian en diversas manifestaciones somáticas y psíquicas afectando a su personalidad, habilidades sociales y salud mental. Tiene un impacto perjudicial en el disfrute de diversos derechos humanos, incluidos los relativos a la salud, a la educación y a un nivel de vida adecuado (5).

Este fenómeno origina, por tanto, una serie de consecuencias numerosas y devastadoras en las víctimas que lo padecen, siendo el colectivo más afectado. Por un lado, el acoso tiene impacto en su salud física y mental, afectando al desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria. Por otro lado, se ven afectadas sus relaciones sociales y familiares, lo que puede influir en que tengan una pobre red de apoyo. Las consecuencias más significativas son aquellas relacionadas con la vida escolar, pues generalmente implica que estos sujetos tengan una desmotivación y desinterés hacia la escuela, suponiendo mayores tasas de absentismo y abandono escolar, así como bajo rendimiento académico. En estados avanzados de *bullying*, los jóvenes pueden desarrollar conductas extremas pudiendo llegar al daño autoinfligido y, en los casos más drásticos, al suicidio (10,12,20). Esta situación puede generarles una conciencia de culpa y vergüenza. Además, es importante destacar el impacto en la percepción de calidad de vida y en la amenaza de desarrollar conductas y hábitos de riesgo (10,20).

Aunque los efectos más severos se muestren en las víctimas, los agresores y espectadores también son receptores de aprendizajes negativos que influyen en su conducta (20). En lo que respecta a los agresores, presentan problemas de disciplina, distanciamiento de las normas y abuso de poder, rechazan la autoridad y no reconocen sus responsabilidades. Las conductas de acoso que desempeñan pueden cronificarse, convirtiéndose en una forma ilegítima que normalizan para alcanzar sus objetivos, con el consiguiente riesgo de derivación hacia otras formas de violencia (10).

El *bullying*, por tanto, también tiene consecuencias en aquellos espectadores u observadores que se ven implicados directa o indirectamente en el mismo. Éstos pueden acabar acostumbrándose y aceptando el acoso como algo cotidiano, generando una insensibilización ante agresiones e injusticias. Además, pueden llegar a comportarse como agresor o víctima y sufrir las mismas consecuencias que éstos (10,20).

Por último, no se debe olvidar que este fenómeno tiene consecuencias en el centro educativo, pues genera un clima de inseguridad y atenta contra la convivencia, implicando cambios en el rendimiento académico de los alumnos así como incrementando el riesgo de estrés laboral en los profesionales del centro (10).

1.3.1. Relación del acoso escolar, el sobrepeso y la opción sexual.

Como bien se ha comentado anteriormente, una de las principales causas para ser víctima de *bullying* es que la misma difiera de sus pares. El acoso escolar afecta especialmente a las personas que no se ajustan a las normas predominantes de género y sexo. De hecho, un 3.2% de las víctimas de *bullying* y un 4.2% de las víctimas de *cyberbullying* declaran que han sido acosadas por ser percibidas como lesbianas, gays, bisexuales o transgénero (LGBT) o por no encajar con los estereotipos de masculinidad o feminidad. Asimismo, uno de cada tres estudiantes no-LGBT que no encaja con las normas de género experimenta acoso escolar (1). Estas personas afrontan obstáculos adicionales para contar lo que les ocurre a sus familias, bien por desconocimiento de su orientación sexual o por vergüenza o miedo al posible rechazo (5).

Un estudio realizado en 2015 sobre el acoso escolar homófobo por el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales objetivó que tres de cada cuatro estudiantes habían presenciado agresiones homófobas en forma de burlas o insultos y un 6.4% había presenciado palizas a personas LGTB (5).

En lo que respecta a la apariencia física, a nivel global, un 15.3% de los estudiantes que han sido acosados lo aluden a su aspecto facial y corporal. Este tipo de acoso se da con mayor frecuencia entre las jóvenes del sexo femenino (6).

Un estudio realizado en Europa y Norte América constata que la insatisfacción con la imagen corporal es mayor en jóvenes involucrados en situaciones de *bullying*, tanto en instigadores como en destinatarios, en comparación con aquellos no implicados en el mismo. Las víctimas, además, superan el porcentaje de los agresores, con un 50.9% y un 43.1% respectivamente. Lo mismo ocurre con el sobrepeso u obesidad, objetivando que gran parte de las víctimas en general tienen un peso mayor que el resto del alumnado (6).

1.3.2. Relación del acoso escolar y el suicidio.

El suicidio y las muertes accidentales por auto lesiones son la tercera causa de muerte entre adolescentes a nivel mundial (21). El *bullying* está asociado con la posterior aparición de ideas suicidas, intentos autolíticos o conductas autolesivas no suicidas

(22,23,24), siendo el suicidio la consecuencia más drástica de las víctimas que lo padecen (1,10). No obstante, las ideas suicidas pueden aparecer también en acosadores (22,24).

El reciente estudio realizado por la UNESCO (6) afirma que los niños y adolescentes víctimas de *bullying* tienen un riesgo doble de intentos autolíticos que aquellos que no lo son, declarando que un 23.4% de las víctimas de este fenómeno ha contemplado seriamente el suicidarse, frente a un 12% entre los que no lo padecen.

A pesar de la clara asociación entre el *bullying* y la conducta suicida, su relación causal exclusiva no está clara y se ve mediada por una serie de factores de riesgo genéticos y ambientales como las enfermedades mentales, baja autoestima, discapacidad, disfunción familiar, abuso de sustancias, exposición a violencia, entre otros (22,23,24). Asimismo, hay mayor riesgo en casos de acoso de frecuencia repetida (23,24).

1.4. Grupos de riesgo.

Existen ciertas características o rasgos personales que caracterizan tanto a agresores como a víctimas del acoso escolar, contribuyendo a que haya diversos grupos de riesgo que tienen mayor predisposición para verse implicados en este fenómeno, bien sea como instigadores o destinatarios del acoso (ver Tabla 2).

Agresor	Víctima
<i>Características físicas y sociales</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Fortaleza física. - Relaciones familiares disfuncionales, testigo de violencia en entorno. - Persona influyente, líder. - Escaso interés escolar. - Habilidades sociales deficientes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apariencia débil. - Dependiente y apegado al hogar. - Rasgos físicos, nacionalidad, raza, religión, situación socio-económica. - Situación de salud y discapacidad. - Identidad de género u opción sexual. - Intereses particulares. - Rendimiento académico y relación con profesorado bueno o malo. - Habilidades sociales deficientes.
Agresor	Víctima
<i>Características de personalidad</i>	
Agresivo, impulsivo, no empático, manipulador, prepotente, egocéntrico, provocador, baja autoestima.	Débil, insegura, tímida y retraída, indefensa, baja autoestima.

Tabla 2. Características y rasgos personales de los protagonistas de *bullying*. Fuente: Generalidades del acoso escolar: Una revisión de conceptos (9); Protocolo de actuación en situaciones de *bullying* (10); *Bullying* a través de las TIC (11). Elaboración propia.

En cuanto a los espectadores, existen dos tipos principales con ciertas características. Éstos pueden apoyar al agresor reconociendo y reforzando su acción o

desaprobar su conducta pero no actuar ni denunciarla, presentando un sentimiento de culpabilidad e importancia y temor por poder convertirse en víctimas (9,10).

1.5. Datos estadísticos y epidemiológicos del acoso escolar.

El acoso escolar es un problema social prevalente. El informe “Jóvenes Españoles. Entre dos siglos. 1984-2017” (25), que analiza la realidad de la juventud a lo largo del tiempo, se observa cómo las conductas y manifestaciones violentas han ido a menos en el transcurso de los años, a excepción de la violencia en el entorno educativo.

Según el recién publicado informe de la UNESCO en enero de 2019 (6), casi uno de cada tres estudiantes (32%) en el mundo fue víctima de *bullying* durante el mes anterior por sus compañeros de escuela. No obstante, afirma que la prevalencia del acoso escolar varía en las diferentes regiones del mundo, estableciendo que en Europa las tasas rondan el 25%. Asimismo, a diferencia del anterior estudio mencionado, éste estima que las tasas de *bullying* en España han disminuido desde el año 2002 hasta el año 2014.

Por su parte, un estudio realizado por la fundación Save the Children junto con la Universidad Autónoma de Madrid publicado en el año 2016 (1) estima que un 9,3% de los estudiantes de ESO muestra que ha sufrido acoso y un 6,9% ciberacoso.

En cuanto al género, no existe un acuerdo sobre la implicación de chicos y chicas como agresores y víctimas, aunque sí se ha objetivado que el acoso físico es más frecuente entre chicos, mientras que el acoso psicológico y el relacional o la exclusión social se da más entre las jóvenes (6,9,13,18). Respecto a la edad de los protagonistas, los diversos estudios que se han ocupado del tema evidencian que la tendencia en el *bullying* tradicional es opuesta a la del *cyberbullying*. En el *bullying* tradicional se observa un descenso a medida que se avanza en edad, mientras que en el *cyberbullying* hay un incremento a medida que aumenta la edad, alcanzando el pico más alto en la adolescencia media (26).

1.6. Manifestaciones y señales de alarma.

Cuando las situaciones de acoso escolar se prolongan en el tiempo, los jóvenes implicados en numerosas ocasiones deben pedir ayuda y apoyo a los profesionales sanitarios y de la salud mental (26). Existen una serie de señales de alarma que se pueden

observar en jóvenes víctimas de *bullying* y que pueden hacernos sospechar como profesionales de enfermería de la situación en la que se encuentran.

Por una parte, puede ser signo de sospecha que el rendimiento escolar de la víctima empeore, presentando desórdenes de atención y dificultades en el aprendizaje, obteniendo peores resultados académicos y, sobre todo, presentando absentismo escolar (6,26). Según el informe publicado Programme for International Students Assessment (PISA, 2015) (6), un 9.2% de las víctimas de *bullying* había faltado en 3-4 ocasiones en las dos semanas anteriores a la escuela, frente a un 4.1% de entre los jóvenes no implicados en este fenómeno.

Lo que principalmente compete a los profesionales de enfermería es el impacto que el acoso escolar tiene en la salud mental de sus víctimas. Está relacionado con numerosas patologías que afectan a la salud mental del acosado. Las víctimas de *bullying*, suelen presentar síntomas depresivos, mostrando una disminución de la autoestima y una autoimagen negativa, llegando incluso a padecer trastornos psiquiátricos como la depresión (50%), el trastorno de estrés postraumático (50%) y la ansiedad (40%). Asimismo, aproximadamente un 50% presenta alteraciones psicósomáticas para eludir las situaciones de conflicto como cefaleas, dolor abdominal, náuseas, mareos, fatiga, rigidez muscular, entre otros (8,26).

Estos jóvenes, además, son más propensos al abuso de sustancias y manifiestan haber tenido su primera experiencia sexual a una edad más temprana. Muchos de ellos presentan problemas de insomnio, así como miedo e incluso en ocasiones ataques de pánico. Pueden presentar también dificultades a la hora de comunicarse y expresar vivencias y una sensibilidad extrema al rechazo y a las evaluaciones negativas de los demás. Por último, y en el peor de los casos, una de las señales de alarma puede ser que el joven tenga ideas autolíticas, amenazas e incluso intentos de suicidio (6,26).

1.7. El acoso escolar desde la perspectiva enfermera.

1.7.1. Etiquetas diagnósticas NANDA.

A continuación se muestran algunas de las etiquetas diagnósticas de más frecuente aparición en las víctimas de *bullying*, así como la definición de cada una de ellas (ver Tabla 3) según establece la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (27).

ETIQUETA DIAGNÓSTICA	DEFINICIÓN
[00053] Aislamiento social	Soledad experimentada por la persona o percibida como impuesta por otros y como un estado negativo o amenazador.
[00097] Disminución de la implicación en actividades recreativas	Reducción de la estimulación, interés o participación en las actividades recreativas o de tiempo libre.
[00119] Riesgo de baja autoestima crónica	Susceptible de una autoevaluación o sentimientos negativos de larga duración sobre uno mismo o sus propias capacidades, que puede comprometer la salud.
[00069] Afrontamiento ineficaz	Patrón de apreciación no válida sobre los agentes estresantes, con esfuerzos cognitivos y/o conductuales, que fracasan en la gestión de las demandas relacionadas con el bienestar.
[00141] Síndrome postraumático	Persistencia de una respuesta desadaptada ante un acontecimiento traumático, abrumador.
[00146] Ansiedad	Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.
[00125] Impotencia	Existencia de falta de control sobre una situación, incluyendo la percepción de que las propias acciones no afectan significativamente al resultado.
[00222] Control de impulsos ineficaz	Patrón de reacciones rápidas, no planeadas, ante estímulos internos o externos sin tener en cuenta las consecuencias negativas de estas reacciones para la persona impulsiva o para los demás.
[00124] Desesperanza	Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales disponibles y es incapaz de movilizar la energía en su propio beneficio.
[00095] Insomnio	Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.
[00037] Riesgo de intoxicación	Susceptible de sufrir una ingestión o exposición accidental a drogas o productos peligrosos en dosis suficientes, que puede comprometer la salud.
[00140] Riesgo de violencia autodirigida	Susceptible de tener conductas que demuestren que una persona puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para sí misma.
[00138] Riesgo de violencia dirigida a otros	Susceptible de mostrar conductas en que la persona demuestra que puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para otros.
[00150] Riesgo de suicidio	Susceptible de sufrir una lesión autoinfligida que amenaza la vida.

Tabla 3. Etiquetas diagnósticas enfermeras en el paciente víctima de *bullying*. Fuente: NANDA (27).
Elaboración propia.

1.7.2. Estigma social y auto estigma.

El acoso escolar conlleva diversos problemas de salud mental. En el caso específico de estos trastornos, el profesional de enfermería se encuentra con una dificultad añadida: el estigma. Este concepto es entendido como el conjunto de conductas, generalmente negativas, que un grupo social de mayor poder presenta hacia otro

minoritario por sus rasgos diferenciales, basadas en estereotipos, prejuicios y discriminación. Goffman lo define como una característica o rasgo de una persona que la sociedad relaciona con un estereotipo negativo (28).

Estas actitudes generan consecuencias negativas en las personas que son objeto de estigmatización, pero también tienen repercusión sobre su entorno familiar y los profesionales de salud mental que les atienden. De modo que, además de las propias características de la patología, se ven afectados sus derechos y oportunidades, así como su accesibilidad a diversos servicios, contribuyendo a su aislamiento social, agravando los efectos producidos por la propia enfermedad y dificultando el establecimiento de una atención integral y de calidad por parte de los profesionales sanitarios (28).

Este estigma social también está presente en los propios individuos, por la asunción de los estereotipos y prejuicios sociales, generando la auto estigmatización. Ésta conduce a desarrollar sentimientos de vergüenza y una disminución de la autoestima. Además, depende del contexto social y del nivel de apoyo social e institucional con el que cuente la persona afectada, por lo que es fundamental la participación y ayuda de los profesionales sanitarios en el potenciamiento de la defensa frente al estigma y la integración de estos pacientes (28).

2. JUSTIFICACIÓN

El acoso escolar es y ha sido desde siempre un problema social prevalente y así lo han demostrado los diversos estudios que se han ocupado del tema.

En los últimos años, las TIC han sufrido un gran avance y se han convertido en herramienta esencial para el aprendizaje y la interacción de niños y adolescentes. Por ello, los medios de comunicación y las redes sociales tienen una gran repercusión e impacto en la vida de éstos. Esto supone que a las formas de acoso tradicional se haya sumado una nueva forma de acoso, el ciberacoso, que cobra especial gravedad por la ausencia del contacto cara a cara, porque la audiencia puede ampliarse sin control y se prolonga más en el tiempo, lo que dificulta su detección y abordaje (1).

La Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (29) establece que todo niño tiene derecho al disfrute de la educación, derecho a la salud y a un nivel de vida adecuado. Asimismo, obliga a todos los Estados Partes a proteger al niño contra toda

forma de violencia física o mental. Por tanto, los niños y niñas tienen derecho a ser protegidos contra el acoso escolar y el ciberacoso.

Los profesionales sanitarios podemos jugar un papel relevante en la prevención, la detección y el abordaje del acoso escolar. Esta forma de violencia entre iguales puede tener efectos en la salud mental, la sociabilidad, la autoestima y el bienestar emocional general, y consecuencias como el absentismo o abandono escolar, pudiendo llegar, en el peor de los casos, al suicidio (1). Por ello, se considera que el papel de los profesionales de enfermería es esencial y que resulta especialmente interesante estudiarlo.

3. OBJETIVOS

Objetivo general:

Conocer la influencia de los medios de comunicación en el *bullying* y el papel de la enfermera.

Objetivos específicos:

- Analizar el impacto de los medios de comunicación en la conducta de los niños y adolescentes implicados en el *bullying*.
- Examinar las causas y las consecuencias del *bullying*.
- Describir el rol de la enfermería en el abordaje del *bullying*.

4. METODOLOGÍA

Debido al planteamiento del presente trabajo, la revisión narrativa constituye el método más adecuado para la consecución de los objetivos, a través de la cual se pretende conocer y reunir la evidencia disponible en la actualidad sobre el tema de interés expuesto.

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos biomédicas y enfermeras PubMed, Cuiden, CINAHL, SciELO, Cochrane Plus y LILACS entre diciembre de 2019 y enero de 2020. Para ello, se eligieron los términos más destacados de la pregunta de investigación traduciéndolos, en primer lugar, al lenguaje libre y, posteriormente, al lenguaje controlado mediante descriptores en español e inglés, así como al tesoro de las bases de datos consultadas (ver Tabla 4).

Término de búsqueda	Decs		MeSH (PubMed)	MH (Cinahl)
	Inglés	Español		
Acoso escolar	Bullying	Acoso escolar	Bullying	Bullying
Violencia	Violence	Violencia	Violence	Violence
Medios de comunicación	Communications media	Medios de comunicación	Communications media	Communications media
Medios de comunicación de masas	Mass media	Medios de comunicación de masas	Mass media	Mass media
Red social	Social networking	Red social	Social networking	Social networking
Publicidad	Advertising	Publicidad	Advertising	Advertising
Escuela	Schools	Instituciones académicas	Schools	Schools
Enfermería	Nursing	Enfermería	Nursing	Nursing
Cuidados de enfermería	Nursing Care	Atención de enfermería	Nursing Care	Nursing Care

Tabla 4. Términos de búsqueda. Fuente: Elaboración propia.

Estos términos se combinaron a través del operador booleano “AND”, dando lugar a diversas estrategias de búsqueda. No obstante, con el objetivo de obtener documentos relevantes y lograr una mayor exactitud, se limitó la búsqueda estableciendo los siguientes **criterios de inclusión**:

- Publicaciones con fecha igual o posterior al año 2010 o anteriores pero de especial relevancia para el estudio.
- Documentos en español e inglés.
- Disponibilidad de abstract.
- Artículos cuya muestra sean niños y adolescentes de hasta 18 años de edad.
- Estudios referentes al acoso desarrollado en el ámbito escolar.

Del mismo modo, con el fin de descartar documentos no relevantes, se establecieron los siguientes **criterios de exclusión**:

- Publicaciones anteriores al año 2010.
- Documentos en idiomas diferentes al español e inglés.
- Sin abstract disponible.
- Estudios referentes al acoso desarrollado en el ámbito laboral.

Atendiendo a dichos criterios, se aplicaron los filtros correspondientes en cada una de las bases de datos. A continuación, se desglosan las estrategias de búsqueda empleadas (ver Tabla 5).

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Resultados totales	Eliminación duplicados	Selección post-abstract
PUBMED	<i>("Bullying"[Mesh]) AND "Mass Media"[Mesh]</i>	21	2	5
	<i>("Bullying"[Mesh]) AND "Communications Media"[Mesh]</i>	32	4	6
	<i>("Bullying"[Mesh]) AND "Social Networking"[Mesh]</i>	31	3	0
	<i>("Bullying"[Mesh]) AND "Advertising"[Mesh]</i>	1	0	0
	<i>(("Violence"[Mesh]) AND "Schools"[Mesh]) AND "Mass Media"[Mesh]</i>	11	2	3
	<i>("Bullying"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh]</i>	30	1	8
	<i>("Bullying"[Mesh]) AND "Nursing Care"[Mesh]</i>	6	5	1
CUIDEN	<i>("bullying")AND (("medios")AND(("de") AND("comunicación")))</i>	2	2	0
	<i>("bullying")AND (("red")AND("social"))</i>	13	3	0
	<i>("bullying")AND ("publicidad")</i>	0	0	0
	<i>("enfermería")AND (("acoso")AND ("escolar"))</i>	10	0	3
	<i>("enfermería")AND ("bullying")</i>	41	10	3
	<i>([cla=Atención de enfermería])AND(([cla=Violencia])AND([cla=Escuela]))</i>	1	0	0
CINAHL	<i>(MH "Bullying") AND (MH "Mass media")</i>	52	8	4
	<i>(MH "Bullying") AND (MH "Communications media")</i>	3	0	0
	<i>(MH "Bullying") AND (MH "Communications media")</i>	5	3	0
	<i>(MH "Bullying") AND (MH "Nursing")</i>	21	4	4
	<i>(MH "Bullying") AND (MH "Nursing care")</i>	1	0	0

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Resultados totales	Eliminación duplicados	Selección post-abstract
SCIELO	(bullying) AND (medios de comunicación)	0	0	0
	(bullying) AND (enfermería)	21	8	0
	(enfermería) AND (violencia) AND (escuela)	25	5	1
COCHRANE	Bullying in Title Abstract Keyword AND Mass media in Title Abstract Keyword	2	0	0
	Bullying in Title Abstract Keyword AND Nursing in Title Abstract Keyword	9	0	0
	Nursing in Title Abstract Keyword AND Violence in Title Abstract Keyword AND Schools in the Title Abstract Keyword	8	0	0
LILACS	(tw:(Bullying)) AND (tw:(Medios de comunicación))	6	1	0
	(tw:(Bullying)) AND (tw:(Enfermería))	17	6	0
	(tw:(Enfermería)) AND (tw:(Violencia)) AND (tw:(Escuela))	14	5	1
RESULTADOS TOTALES		383	72	39

Tabla 5. Bases de datos, estrategias de búsqueda y resultados obtenidos. Fuente: Elaboración propia.

Tras la lectura del abstract de los artículos hallados en las diferentes bases de datos, se realizó una primera selección de 39 artículos. Posteriormente, se llevó a cabo una lectura crítica y en profundidad de dichos documentos y se efectuó una segunda criba, resultando un total de 20 artículos por ajustarse más al objetivo del trabajo, que serán utilizados en la elaboración de la revisión bibliográfica.

5. RESULTADOS

Los resultados obtenidos tras realizar una lectura crítica de los 20 artículos seleccionados (ver anexo 1) se han clasificado en las siguientes categorizaciones, cada una de las cuales da respuesta a uno de los objetivos específicos planteados en el presente trabajo y, a su vez, se divide en diversas subcategorizaciones.

5.1. Impacto de los medios de comunicación en la conducta de los niños y adolescentes implicados en el *bullying*.

5.1.1. Los medios de comunicación y el comportamiento de niños y adolescentes.

Los medios de comunicación pueden influir en las actitudes y conductas de los individuos. El contenido que muestran es de vital importancia, pues de ello depende su efecto en la conducta humana. Son numerosos los estudios que han examinado el efecto que el contenido agresivo y prosocial tiene en el comportamiento de los sujetos (30).

La televisión y otros medios como los juegos, videos y películas, entre otros, son medios de comunicación muy utilizados por niños y adolescentes en la actualidad. Éstos, en ocasiones, se exponen a la violencia mediática, pudiendo tener repercusiones en su conducta. La exposición a contenido violento en estos medios es considerada uno de los factores asociados con el comportamiento agresivo y violento, pues los niños aprenden del contenido que observan utilizando mecanismos cognitivos y de aprendizaje social. Por tanto, la exposición a contenido violento tiene un impacto significativo en los modelos cognitivos y de procesamiento de la información de los menores, influyendo en su conducta y su capacidad de resolución de problemas sociales (30,31).

Adicionalmente, los menores que están expuestos a la televisión durante periodos de tiempo excesivamente largos, dedican menos tiempo a actividades de estimulación intelectual o física mediante el juego creativo, los esfuerzos interactivos, y las relacionales con sus iguales, que refuerzan la autorregulación y la inteligencia emocional, siendo esto esencial para el desarrollo de sus habilidades socio-cognitivas. Éstas se arraigan en el desarrollo temprano en los primeros años de vida y son esenciales para el éxito personal. Todo ello contribuye también a que, en ocasiones, se desensibilicen de la violencia, sus respuestas afectivas ante situaciones violentas se vean mermadas y su tolerancia al acoso aumente, además de no aprender a gestionar los conflictos interpersonales, pudiendo conllevar posteriores dificultades relacionales y una peor salud mental (31,32).

El estudio de Verlinden M et al (31) analizó la relación entre el tiempo de exposición a programas y series de televisión de contenido violento en niños de edades comprendidas entre 2 y 5 años y su consiguiente implicación en el *bullying*, objetivando que suponía un mayor riesgo para ser instigador, pero no destinatario o espectador. No obstante, determinaron que esta asociación se ve influida por variables de confusión,

destacando las características socio-demográficas familiares, puesto que la asociación se veía atenuada por la edad de los progenitores, el nivel educativo y el nivel económico.

En la misma línea, Pagani LS et al (32), en un estudio de cohortes retrospectivo realizado con el fin de estudiar la influencia de la exposición a la televisión a los dos años de edad en la posterior manifestación de dificultades en el establecimiento de relaciones sociales a los trece años de edad, evidenciaron que los hábitos televisivos suponían un aumento en el riesgo de victimización, de aislamiento social, de agresión proactiva y conducta anti-social, aumentando el riesgo a largo plazo de psicopatología del desarrollo. Estos autores coinciden con Verlinden M et al (31) en que los niños cuyos padres tienen menor nivel educativo y familias uniparentales son más vulnerables.

Den Hamer AH y Konijn EA (33) confirmaron la relación entre la exposición de los adolescentes de entre 11 y 17 años a contenido violento en diversos medios de comunicación y la posterior implicación como acosadores en el *bullying* y *cyberbullying*. Sin embargo, estos autores mencionan que, además del contenido violento, se deben tener en cuenta también otro tipo de contenidos antisociales y de conductas de riesgo como pueden ser los robos, el abuso de sustancias o la intimidación sexual. Ello lo justifica el hecho de que los individuos aprenden de lo que encuentran en los medios.

Por su parte, Coyne SM et al (30), además de analizar la influencia del contenido violento, estudiaron el impacto que tiene el contenido prosocial y de ayuda en la televisión en el incremento de la conducta prosocial en niños y adolescentes, sobre todo con el fin de determinar si dicho incremento puede contribuir a que los espectadores del acoso escolar sean defensores prosociales en vez de antisociales y agresivos.

Para poder estudiar la influencia de la violencia y la actitud de defensa en la conducta de los menores, estos autores analizaron la influencia de los dibujos animados de superhéroes en los preescolares, por ser dibujos que combinan ambas conductas. Al contrario de la hipótesis planteada, este estudio evidenció que la exposición a dibujos animados de superhéroes y el que los niños se sientan identificados con estas figuras está relacionado longitudinalmente con la conducta agresiva pero no con la conducta prosocial o de defensa. Por tanto, parece que la asociación de conductas prosociales y agresivas puede dificultar su distinción y comprensión por parte de los más pequeños.

Gentile DA et al (34) estudiaron también la influencia del contenido violento en los medios de comunicación en la posterior conducta agresiva e implicación en el acoso

escolar. Para ello, pasaron un cuestionario a estudiantes de diversas escuelas mediante el cual debían nominar a sus compañeros en función de su conducta agresiva y prosocial, recolectaron datos demográficos y preguntaron a los estudiantes sus hábitos mediáticos y tendencia al comportamiento hostil. El estudio concluyó que la implicación paterna reducía la exposición a contenido violento y el tiempo total de uso de los medios. A mayor contenido violento, mayor era la conducta hostil y menor la conducta prosocial.

Finalmente, el estudio realizado por Möller I et al (35) con el propósito de evaluar cambios en el consumo de contenido violento en los medios y la conducta agresiva como resultados de la intervención, evidenció que los participantes redujeron el tiempo de exposición a contenido violento en los medios y, consiguientemente, se atenuó su conducta violenta y su aceptación normativa de la misma. Los propios estudiantes eran quienes, con la ayuda de sus progenitores, monitorizaban sus hábitos mediáticos y eran capaces de identificar el contenido violento en los medios tras las sesiones educativas.

5.1.2. Los medios de comunicación y las relaciones de niños y adolescentes.

Es de vital relevancia prestar atención y examinar la importancia que la comunicación digital y las redes sociales cobran hoy en día en la vida diaria de los jóvenes con el fin de entender su impacto (36). La mayoría de los adolescentes se relacionan con sus iguales mediante las nuevas tecnologías y éstas pueden influir en las relaciones con sus compañeros y progenitores, así como en su autoconcepto, pudiendo generar problemas como el ciberacoso, con un control más complejo que el acoso tradicional (37).

Underwood MK y Ehrenreich SE (36) y George MJ y Odgers CL (37) coinciden en mencionar que la vida online de los menores no es más que la continuación de su vida diaria y en que sus relaciones online y fuera de la red son similares, haciendo uso de estos espacios y plataformas con el fin de interactuar con personas que conocen. Por tanto, sufren los mismos problemas de desarrollo en sus interacciones sociales online y en su día a día, siendo esencial garantizar la continuidad psicológica en ambos espacios.

En relación a lo anterior, los mismos confirman que los jóvenes con relaciones sociales positivas y funcionales en su vida diaria, en general desarrollan una competencia social y conducta prosocial en las redes sociales y obtienen una retroalimentación positiva por parte de sus iguales. Por el contrario, los menores victimizados en el día a día y que carecen de amistades funcionales, presentan un riesgo aumentado para serlo en la red, si

bien es cierto que muchos jóvenes tímidos y retraídos refieren que estas plataformas aumentan sus contactos interpersonales, su soltura y disminuyen su aislamiento.

Además de para comunicarse y publicar contenido, los jóvenes hacen uso de las redes sociales para leer el contenido que publican sus iguales, lo que contribuye al control constante de sus actividades sociales, número de seguidores y de la retroalimentación que reciben, haciendo comparaciones. Por ello, el contenido expuesto puede suponer un sufrimiento social para muchos, pudiendo sentirse excluidos de planes de sus compañeros y favoreciendo la envidia, el rechazo y el estrés generado por la constante comparación social, aumentando el estrés psicológico y disminuyendo su autoestima (36).

5.2. Causas y consecuencias del *bullying*.

Es necesario realizar un análisis en profundidad de los determinantes sociales y factores de riesgo que pueden interactuar en la aparición del *bullying* a fin de identificar las causas generadoras de este fenómeno (38), que está influenciado por numerosos factores confluyentes que dependen de los factores de vulnerabilidad que presente un sujeto así como de las circunstancias específicas del entorno (39). En la siguiente tabla se muestran los factores de riesgo para ser víctima de esta práctica (ver Tabla 6).

Factores de riesgo	
<i>Relacionados con el individuo</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Pertenecer a un grupo étnico o social minoritario. - Tener una procedencia, lengua, religión o ideología diferente a la de la mayoría o una dificultad para el lenguaje o aprendizaje. - Tener una orientación sexual diferente a la de la mayoría. - Sufrir una discapacidad, problemas de salud mental o una enfermedad crónica. - Tener una apariencia física determinada, diferente a la de la mayoría. - Ser tímido y tener baja autoestima. - Tener habilidades sociales poco desarrolladas.
<i>Relacionados con el entorno</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Tener situaciones familiares complejas y relaciones familiares disfuncionales. - Tener menor madurez e independencia que sus compañeros. - Tener un bajo rendimiento escolar o una gran habilidad intelectual. - Tener relaciones disfuncionales con los docentes. - Haber sido expuesto a la violencia con anterioridad.

Tabla 6. Factores de riesgo para la victimización en el *bullying*. Fuente: Función del profesional de enfermería en la atención del acoso escolar en niños, niñas y adolescentes (38); Intervenciones *antibullying* desarrolladas por enfermeros: revisión integradora de la literatura (40). Elaboración propia.

Algunos autores hablan también del bajo nivel socioeconómico, la falta de escolarización de los progenitores y la falta de alguno de ellos como factores de riesgo de implicación en el fenómeno (38,39,46,48).

Los agresores, por su parte, generalmente son personas que malinterpretan y no siguen las normas sociales, tienen un bajo nivel de empatía, son impulsivos, inseguros y sufren grandes niveles de ansiedad. Suelen ser sujetos que se han desarrollado y han crecido en ambientes en los que han observado actos violentos o han sufrido victimización personal y problemas de apego, lo que contribuye a su agresividad (39,41).

Los hallazgos de la investigación han demostrado que los menores involucrados en el *bullying*, presentan consecuencias negativas a corto y largo plazo que afectan a su salud física, emocional y psicosocial y, en definitiva, a su bienestar y funcionamiento social y a su rendimiento escolar, afectando a su familia y a la comunidad educativa (39). Por tanto, aunque los efectos más acusados se muestran en las víctimas, los agresores y espectadores también son receptores de aprendizajes y hábitos negativos (42).

La literatura respalda que este fenómeno ocasiona en las víctimas impactos negativos como son los sentimientos de tristeza, inseguridad, ansiedad, estrés, miedo, ira, frustración y desesperanza, generando en muchos casos depresión, psicosis y trastornos del sueño. Además, destacan que entre los factores asociados a la presencia del acoso se encuentran la relación entre compañeros en la escuela y el contexto social, generando en sus víctimas bajo rendimiento escolar y rechazo a la escuela, aislamiento social, trastornos de la conducta alimentaria e ideación suicida. Puede que estas personas pierdan el interés por actividades que antes disfrutaban, que consuman alcohol y drogas e incluso que participen en actividades criminales o uso de armas (38,41,44,48).

Según Liu J y Graves N (39), las jóvenes tienden a internalizar el acoso desarrollando patologías como la depresión o la ansiedad con mayor frecuencia, mientras que ellos tienden a externalizarlo mediante conductas agresivas disruptivas o ataques.

Adicionalmente, el miedo y la ansiedad crónica causan un desgaste biológico que puede tener consecuencias psicológicas y conductuales duraderas y el estrés crónico severo puede causar problemas cardiológicos, diabetes mellitus, depresión y enfermedades autoinmunes e inflamatorias (45). Otra de las consecuencias que padecen estos sujetos, de gran ayuda para la detección del fenómeno, son los problemas somáticos, destacando generalmente la cefalea, el dolor abdominal y los síntomas asociados (41,46).

Algunos autores coinciden en mencionar que las consecuencias se prolongan a lo largo de toda la vida, creando problemas asociados con relaciones anti-sociales en la edad adulta y con la pérdida de oportunidades, careciendo, generalmente, de habilidades sociales y de convivencia en la madurez. Asimismo, es común que presenten síntomas relacionados con el estrés como la fatiga, ansiedad, irritabilidad y apatía (38,39,41,48).

5.3. El rol de la enfermería en el abordaje del *bullying*.

Los artículos revisados, en su gran mayoría, ponen de manifiesto la necesidad de abordar el fenómeno del *bullying*, un problema serio, complejo y prevalente, y la posición privilegiada de los profesionales de enfermería para su prevención, detección y abordaje, tratando de mejorar el bienestar psicosocial de los individuos, sus familias y comunidades. Asimismo, destacan que las instituciones escolares representan lugares estratégicos para la promoción de aprendizajes en salud, desarrollo saludable del alumnado, así como para la prevención e intervención contra este fenómeno.

5.3.1. Prevención del *bullying*.

Las condiciones y el estado de salud que se presenten en la infancia y la adolescencia determinan la salud, el bienestar y la competencia social en la edad adulta. Por tanto, los enfermeros deben trabajar para garantizar un bienestar mental en las edades tempranas a fin de lograr adquirir las destrezas y habilidades sociales para superar situaciones en todos los ámbitos de la vida cotidiana en la madurez. El acoso escolar es un fenómeno que vulnerabiliza el desarrollo saludable y bienestar psicosocial de sus protagonistas, siendo imprescindible prevenirlo y diagnosticarlo tempranamente para evitar las alteraciones emocionales y la aparición de trastornos de salud mental (40,45).

El reconocimiento del curso y la trayectoria de las conductas de acoso escolar y la identificación sus predictores a lo largo de los diferentes niveles desde la infancia hasta la adolescencia es esencial para su prevención e identificación temprana (39).

Los profesionales de enfermería pueden participar en la prevención del acoso escolar con el fin de reducir su aparición en las escuelas y su impacto negativo en términos de aprendizaje, formación, salud y calidad de vida de sus protagonistas, educando a la sociedad, identificando tempranamente los factores de riesgo que presentan y los aspectos relacionados con el entorno en el que se manifiesta. Para ello, diversos autores coinciden

en destacar la importancia de la implicación no exclusiva de los niños y adolescentes, sino también de la familia, la escuela, los servicios de salud y la comunidad (38,39,41,45).

En función del momento en el que se ejecute la acción, existen tres niveles de prevención (ver Figura 2). Los diversos artículos hallados defienden la prevención primaria y secundaria como las medidas más eficaces contra el acoso escolar (38,43).

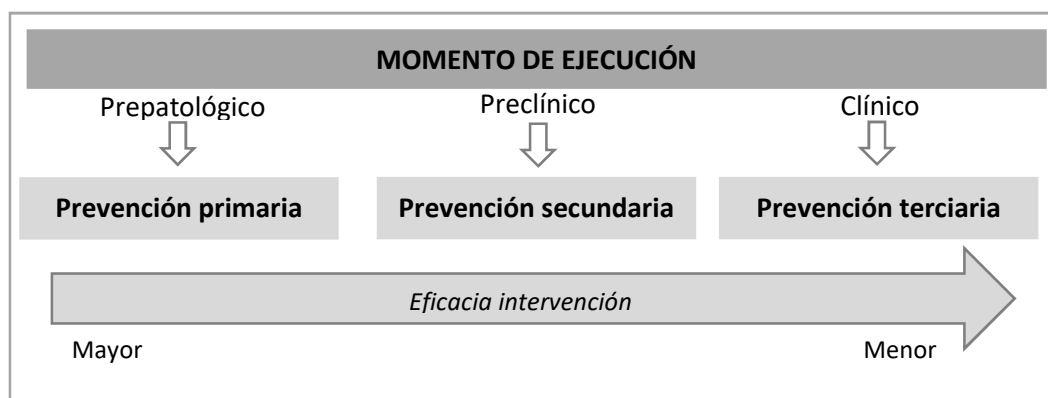


Figura 5. Niveles de prevención y eficacia. Fuente: Youth bullying: A review of science and call to action (43). Elaboración propia.

La prevención primaria requiere el desarrollo y mejora de los factores protectores individuales, interpersonales y organizacionales para el acoso escolar. La prevención secundaria, se centra en la identificación de aquellos individuos en riesgo de desarrollar secuelas preclínicas, tratando de prevenir el empeoramiento de la situación de acoso y abordar los problemas en su fase inicial. La prevención terciaria se requiere cuando se manifiesta notoriamente que un individuo está siendo protagonista de acoso y los problemas se han materializado, tratando de proporcionar los cuidados pertinentes al estado de salud física y psíquica del sujeto y de paliar las consecuencias (43).

Alvarado HR et al (38) y Vessey JA et al (43) presentan las diferentes acciones que se pueden desempeñar según los diferentes niveles de prevención (ver Tabla 7).

Prevención primaria	<ul style="list-style-type: none"> • Informar y educar a padres, alumnos y profesionales de la escuela y la salud. • Realizar programas comunitarios y participar en campañas sociales. • Educar a padres en el adecuado uso de las tecnologías. • Distribuir carteles o anuncios e informar en los medios sobre el acoso escolar para favorecer la reflexión. • Reforzar la resiliencia en los jóvenes que presentan factores de riesgo. • Preparar al alumnado cuando jóvenes con enfermedades crónicas vayan a ingresar en la escuela. • Desarrollar un entorno escolar agradable favorecedor de la empatía y relaciones sociales positivas y colaborar en la creación y consolidación de normas de convivencia en la escuela.
----------------------------	--

Prevención secundaria	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la supervisión en las escuelas. • Identificar signos y síntomas que presenten los protagonistas. • Detectar precozmente cambios de conducta en los jóvenes, especialmente en aquellos que presenten factores de riesgo, valorándolos periódicamente. • Implementar planes de cuidado junto con otros profesionales. • Proporcionar educación centrada en las necesidades individuales. • Facilitar la remisión de niños con enfermedades crónicas a grupos de apoyo.
Prevención terciaria	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar las medidas pertinentes con los agresores. • Proporcionar cuidados y tratar los síntomas físicos y psíquicos originados. • Ayudar a los sujetos a recuperar su actividad y rendimiento escolar habitual. • Diseñar estrategias de trabajo interdisciplinario para disminuir las secuelas físicas y de salud mental que presenten los protagonistas.

Tabla 7. Niveles de prevención del bullying. Fuente: Función del profesional de enfermería en la atención del acoso escolar en niños, niñas y adolescentes (38); Youth *bullying*: A review of the science call to action (43). Elaboración propia.

Adicionalmente, Alvarado HR et al (38) mencionan diversas estrategias para la prevención primaria de este fenómeno, como el desarrollo de las competencias socioemocionales, que permite trabajar con el alumnado el manejo de la ira, la escucha activa, la empatía, la asertividad y el pensamiento crítico, destacando la importancia del inicio desde las edades más tempranas. Liu J y Graves N (39) manifiestan también la necesidad de educar a los jóvenes en el desarrollo de conductas constructivas de interacción con sus compañeros y en la expresión de la ira y el enfado.

Mendes CS (48) menciona que el entrenamiento y la promoción en habilidades sociales ayuda a los jóvenes a mejorar su autocontrol y sus relaciones interpersonales, posibilitando la toma de decisiones y ayudándoles a optar por la conducta más correcta a la hora de enfrentarse a situaciones de acoso. Esto contribuye a que los testigos intervengan para tratar de parar la situación haciendo a los adultos conocedores de ella, a que se reduzca el número de víctimas y de agresores y en definitiva, a su reducción global.

En relación a lo anterior, Jones B (41) señala que educar en habilidades sociales y mecanismos de afrontamiento es un distintivo de salud mental y bienestar que puede ayudar a los individuos a manejar la ansiedad y el estrés y desarrollar relaciones sociales positivas. Asimismo, destaca la importancia de educar y entrenar en técnicas de negociación y mediación para la obtención de habilidades en el manejo de conflictos.

Lui J y Graves N (39) y Briñez KJ y Caro CV (46) consideran que el contacto desde una temprana edad con los escolares, sus padres y los miembros de la comunidad educativa brindándoles un apoyo y una educación, puede minar las prácticas de crianza

negativa, incluyendo el uso excesivo de las TIC así como la exposición a la violencia en el ámbito familiar y comunitario, y sus efectos perjudiciales. Ello ayuda a crear ambientes familiares protectores contra la violencia y promover los factores de protección como la estimulación cognitiva temprana y el desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables, disminuyendo los factores que puedan favorecer las conductas de acoso.

Por último, en lo que respecta al *cyberbullying*, Carpenter LM y Hubbard GB (47) refieren que el control paterno y escolar del uso del teléfono móvil y demás dispositivos electrónicos favorece la disminución de la implicación en este tipo de acoso.

5.3.2. Detección del *bullying*.

La detección precoz del *bullying* es esencial para evitar las consecuencias a corto y largo plazo que genera en sus protagonistas. Los autores de los artículos revisados, en su gran mayoría, ponen de manifiesto que los profesionales enfermeros se encuentran en una posición privilegiada y tienen una importante labor en la detección de este fenómeno. Las consultas de enfermería, generalmente, son el primer lugar donde los participantes de esta práctica revelan sus síntomas y quejas psicósomáticas, pues las consideran un lugar seguro al que acudir. Éstos, por tanto, deben estar alerta ante los casos en los que los jóvenes demanden ayuda constante por quejas somáticas rutinarias.

Los artículos revisados mencionan diferentes figuras enfermeras en la detección y abordaje del acoso escolar. Williams SG y Godfrey AJ (45) hacen referencia a las enfermeras escolares y las de atención primaria como las principales responsables de la detección del problema, destacando la posición aventajada en la que se encuentran. Sin embargo, mencionan a las enfermeras especialistas en salud mental, insistiendo en su habilidad única para atender las necesidades biopsicosociales de los individuos. Iossi MA et al (40) coinciden en que las enfermeras de atención primaria pueden contribuir al diagnóstico de la cuestión. Por su parte, Alvarado HR et al (38) y Briñez KJ y Caro CV (46) refieren que las enfermeras escolares poseen el conocimiento y la experticia en salud pediátrica en las escuelas, permitiéndoles tener un impacto en la salud y la seguridad de los estudiantes. Mendes CS (48) hace, además, mención a las enfermeras pediátricas por su experiencia en la atención a niños y Vessey JA et al (43) a las enfermeras pediátricas de atención primaria como las principales responsables de abordar el asunto. Otros autores reseñan únicamente a las enfermeras especialistas en salud mental (41,44,47).

En relación con lo anterior, Liu J y Graves N (39) diferencian las funciones que corresponden a cada una de las figuras enfermeras. Según estos autores el conocimiento

del acoso escolar es un dominio crítico y esencial del que las enfermeras comunitarias deben ser conocedoras y coinciden con Williams SG y Godfrey AJ (45) en que las medidas de prevención e intervención temprana son labor de éstas y de las enfermeras escolares. Estas últimas deben abordar lo relacionado con la asistencia a las normas escolares, incluyendo medidas observacionales. Es labor de las enfermeras comunitarias la detección de otros problemas de salud que coexistan en los niños, su familia y la comunidad. En cuanto a las enfermeras especialistas en salud mental, deben atender a los implicados ocupándose del diagnóstico y tratamiento de los síntomas psíquicos.

Para poder tener la capacidad de identificar precozmente el *bullying*, es imprescindible que los programas de formación en enfermería brinden a los estudiantes las estrategias necesarias, así como la educación, formación e investigación constante por parte de los profesionales y el desarrollo de programas de capacitación para alumnos, padres, comunidades educativas y la sociedad en general, teniendo en cuenta que un obstáculo en la detección precoz de esta problemática es que muchas veces es silente y los adultos, a veces, son los últimos en ser conscientes de ella (38).

Jones B (41) propone una serie de preguntas que los enfermeros pueden utilizar en la práctica para realizar una valoración primaria ante la sospecha de implicación en el *bullying*, a fin de objetivar la necesidad de realizar una valoración más exhaustiva. A continuación, se muestran algunas de las preguntas que se pueden plantear a niños y adolescentes para medir el nivel de agresión según la *Aggression Scale* (ver Tabla 8):

Preguntas para acosadores:
- ¿Sueles insultar a tus compañeros para enfadarles?
- ¿Sueles enfadarte fácilmente con tus compañeros?
- ¿Sueles decir cosas sobre otros estudiantes para reírte de ellos?
- ¿Has pegado o agredido alguna vez a algún compañero?
- ¿Sueles llamar con motes o palabras inadecuadas a otros compañeros?

Tabla 8. Preguntas para plantear a menores ante la sospecha de implicación en el *bullying* como acosadores según la *Aggression Scale*. Fuente: Two sides of the coin: The bully and the bullied (41).
Elaboración propia.

Por otra parte, plantea las siguientes preguntas para evaluar la victimización en niños y adolescentes según la *Multidimensional Peer-Victimization Scale* (ver Tabla 9):

Preguntas para víctimas:

- ¿Cuántas veces durante el curso anterior otro estudiante te ha:
- llamado por motes negativos?
 - cogido alguna pertenencia sin tu permiso?
 - reído de ti por alguna razón?
 - dañado físicamente?
 - provocado que otro compañero no te hable?

Tabla 9. Preguntas para plantear a menores ante la sospecha de implicación en el *bullying* como víctimas según la *Multidimensional Peer-Victimization Scale*. Fuente: Two sides of the coin: The bully and the bullied (41). Elaboración propia.

5.3.3. Intervenciones enfermeras en el abordaje del *bullying*.

En los diversos artículos consultados se resalta la necesidad de establecer planes de cuidado en los ámbitos educativo y familiar para poder ofrecer intervenciones dirigidas al diagnóstico oportuno, la sensibilización y la atención inicial de los menores, la familia y el profesorado. Todos ellos atribuyen una gran importancia al trabajo en equipo con todas aquellas personas que están en frecuente contacto con los menores. Es crucial, además, que los profesionales de enfermería conozcan las políticas y normativas escolares relacionadas con este fenómeno para poder actuar adecuadamente (38,45).

El primer paso en el abordaje del *bullying* es ayudar a los menores a que entiendan sus emociones y sentimientos. Es de vital relevancia hacer saber a los jóvenes victimizados que no deben auto culparse ni avergonzarse por el acoso que reciben y que deben pedir ayuda para poder auto protegerse y poner fin a la problemática (41).

Es, por tanto, imprescindible, implicar a la familia en las intervenciones desarrolladas. Jones B (41) presenta una serie de propuestas de acciones de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry para que los familiares de los implicados puedan llevar a cabo, entre las que destacan preguntar al menor qué cree que podría hacerse, pedir ayuda al profesorado o miembros de la institución educativa, disuadirle de responder a las agresiones, que trate de evitarlo o pida ayuda a un adulto, animarle a que vaya a la escuela y vuelva a casa siempre acompañado y pedir ayuda a profesionales de la salud mental si el joven presenta sintomatología psíquica o se niega a ir a la escuela.

Éste considera que la atención en la asistencia se debe centrar predominantemente en las víctimas, con el fin de protegerles y eliminar los comportamientos de acoso repetidos, aunque afirma que el abordaje clínico debe ser realizado tanto a instigadores como a destinatarios. Liu J y Graves N (39) coinciden en afirmar que a pesar de que se

ha centrado siempre la atención en el impacto que el fenómeno tiene en los que padecen el acoso, hay una evidencia sustancial de que los acosadores son vulnerables a desarrollar consecuencias negativas que afectan a su bienestar y funcionamiento social.

En este ámbito, Iossi MA et al (40) realizan una revisión de la literatura disponible acerca de las intervenciones desarrolladas por profesionales de enfermería. A continuación, se exponen algunas de estas formas de actuación contra el acoso escolar.

En la primera de ellas, asistieron a las víctimas mediante la creación de grupos de apoyo cuyos participantes fueron elegidos por las mismas ayudándoles a cambiar su rol y conseguir el control de la situación, mejorando su auto eficacia. Los grupos de apoyo colaboraron en la interrupción de las agresiones sufridas. Ello supuso el fin del acoso y en un análisis realizado tres meses después se objetivó que los resultados obtenidos persistían. Por tanto, el soporte social y el tener una red de apoyo es un mecanismo de afrontamiento que contribuye al bienestar psicosocial y ayuda a las víctimas de acoso.

La segunda intervención supuso resultados favorecedores en relación a la empatía, comportamiento prosocial, comprensión de la diversidad y de las emociones y, en general, en las consecuencias del *bullying* tras la realización de sesiones de dramatización mensuales, objetivando que el uso del teatro como método didáctico contribuye a crear un ambiente escolar favorable y a la disminución de la problemática.

En la misma perspectiva sigue otra de las intervenciones analizadas, que consistió en realizar sesiones de teatro interactivo en relación al *bullying* tratando de promocionar las relaciones saludables. En ellas, los estudiantes eran estimulados a la participación y a realizar propuestas de finales alternativos a fin de cambiar su conducta y su visión.

La siguiente intervención fue realizada con estudiantes que padecían algún tipo de diversidad física o mental con el objetivo de desarrollar y reforzar su resiliencia. El programa consistía en varios encuentros con el profesional de enfermería en los que los estudiantes visualizaban episodios extraídos de una campaña *antibullying* debatiendo, posteriormente, su contenido. Se incluían otras técnicas lúdicas como el role-playing, dibujos y sopas de letras. Los participantes compartían experiencias propias similares y discutían cómo poder adaptar las estrategias visualizadas en su vida diaria. Se involucró, además, a las familias y miembros de la comunidad educativa entregándoles material informativo. Los efectos del programa resultaron significativamente positivos logrando un empoderamiento individual. Los estudiantes involucrados manifestaron que eran

molestados con menor frecuencia y había mejorado su autoconcepto. A pesar de la muestra de población utilizada, podría aplicarse a jóvenes que no presenten diversidades.

Por tanto, las intervenciones emprendidas con las víctimas tienen como objetivo promover estrategias más eficaces de respuestas a las agresiones sufridas y enfocan el abordaje a la mejora de la condición de vulnerabilidad. No obstante, los espectadores desempeñan un papel fundamental bien en el incentivo al agresor o en la defensa de la víctima. Por ello, algunas intervenciones apoyan la creación de grupos de apoyo.

La enfermera Mendes CS (48) desarrolló un programa *antibullying* de naturaleza multidimensional abarcando las actividades de formación de los profesores, sensibilización de las familias, entrenamiento en competencias sociales de los estudiantes e intervenciones específicas con los jóvenes implicados en el fenómeno. Éste redujo significativamente la cantidad de víctimas, agresores y testigos de situaciones de acoso en la escuela. Los resultados favorecedores obtenidos concuerdan con otros estudios, que han demostrado que las intervenciones multidimensionales son más exitosas que aquellas centradas exclusivamente en características individuales de sus protagonistas.

Por consiguiente, las intervenciones de las enfermeras integradas en un equipo multidisciplinar tienen una importancia relevante en el abordaje del acoso escolar. Es importante mencionar las diferentes formas de actuación de los profesionales enfermeros que se han podido identificar. Por una parte, ejercen como líderes de equipo, planificando las acciones o coordinando su ejecución. Por otra, proceden como agentes directos en las actividades, como interlocutores en su planificación o de forma colaborativa (40).

Garaigordobil M y Martínez-Valderrey V (42) realizaron un programa *antibullying* mediante diversas técnicas de dinámicas de grupo a fin de estimular el debate mediante actividades de comunicación, cooperación y empatía. Para ello, utilizaron varios instrumentos de evaluación como el Cuestionario Acoso y Violencia Escolar (8), compuesto por 50 ítems en los que los jóvenes debían indicar la frecuencia con la que les ocurrían y el Cuestionario Actitudes y Estrategias Cognitivas Sociales a fin de evaluar la competencia social. Estas autoras evidenciaron una mejora en la competencia social de los participantes destacando la optimización en las conductas de conformidad social, ayuda, colaboración y liderazgo prosocial y la disminución de la victimización.

Por otra parte, Kvarme LG et al (44) mencionan una técnica de intervención y comunicación que puede ser útil en la asistencia a jóvenes involucrados en este fenómeno.

Ésta se denomina *Solution-focused approach* o Terapia Centrada en Soluciones, una técnica de abordaje y aproximación centrada en objetivos y orientada al futuro que se basa en la formulación de preguntas con el fin de identificar soluciones individualizadas para la resolución de una problemática concreta. Ésta es relevante para los profesionales de enfermería, pues se centra en la salud y el bienestar y está orientada al empoderamiento individual. Iossi MA et al (40) mencionan que el empoderamiento individual permite el desarrollo del empoderamiento comunitario, fundamental en los casos de acoso escolar.

El primer paso para el éxito de la Terapia Centrada en Soluciones es el establecimiento de una relación de confianza con el sujeto basada en la escucha activa y la cooperación con el fin de conseguir que éste le confíe su problema al profesional de enfermería. Una vez conocida la problemática, se debe establecer un objetivo individualizado, claro y realista para la resolución de la misma, estableciendo el enfoque principal en los recursos personales y lo que el protagonista sea capaz de hacer.

Al comienzo de la terapia, el profesional podría plantearle al joven una pregunta de inicio como puede ser “¿Podrías describir un día ideal sin el problema?”. Otras preguntas que pueden ser planteadas son “¿Cómo desearías que fueran tus días en la escuela?”, “¿Hay algún estudiante que pueda apoyarte y ayudarte?”. En muchas ocasiones es complicado que los niños y adolescentes expresen sus sentimientos y pensamientos, por ello, se recomienda el uso de una escala con el fin de cuantificar sus respuestas y poder comprender la gravedad de la situación. Todo ello ayuda a comenzar el proceso de empoderamiento y a que el menor tenga la esperanza de que la situación puede mejorar.

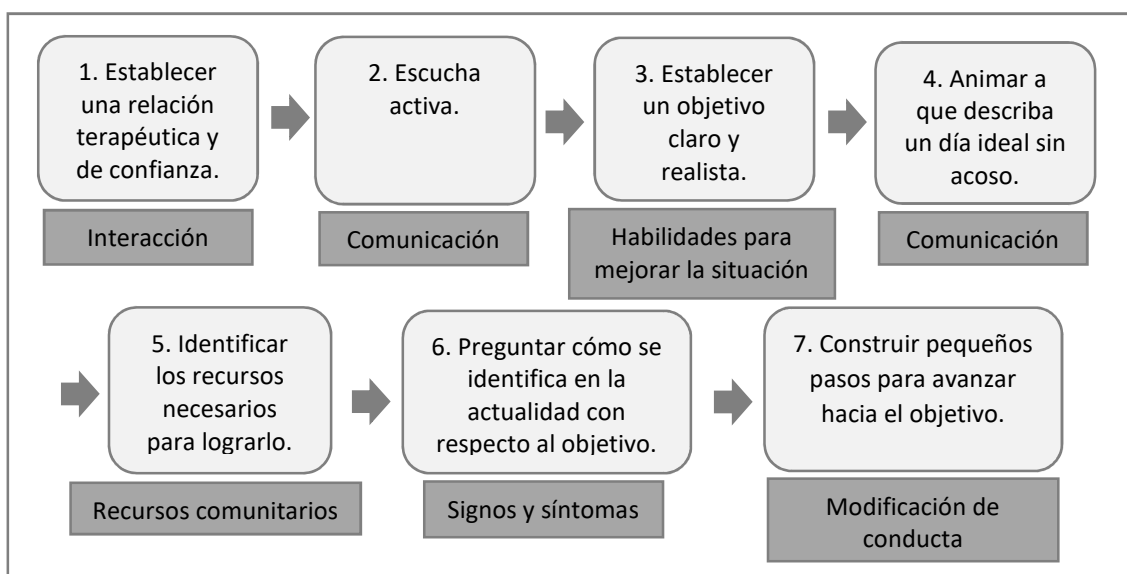


Figura 9. Plan de cuidados de enfermería a partir de la Terapia Centrada en Soluciones para el abordaje del bullying. Fuente: Evidence-based solution-focused care for school-age children experiencing cyberbullying (44). Elaboración propia.

Dado que una de las principales consecuencias del acoso escolar es el padecimiento de estrés y ansiedad en sus protagonistas, los enfermeros deben ayudarles a lograr su manejo. Para ello, se recomienda realizar técnicas de relajación mediante el manejo de la respiración, la música, el ejercicio físico o meditación en combinación con unos hábitos alimenticios y de sueño saludables, tomando como punto de partida las actividades que le gusten al paciente y adaptándolas a sus necesidades (41).

Una vez identificadas patologías de salud mental como la depresión, el síndrome de estrés postraumático, los trastornos de la conducta alimentaria y las conductas autodestructivas, entre otras, se debe considerar el uso de intervenciones psicoterapéuticas avanzadas y farmacológicas para su abordaje (40).

6. DISCUSIÓN

Después de realizar una descripción y análisis de los diversos resultados obtenidos, a continuación se procede a realizar la discusión. En el presente trabajo se marcó como objetivo general conocer la influencia de los medios de comunicación en el *bullying* y realizar una síntesis de la evidencia sobre el papel de los profesionales de enfermería ante este fenómeno. La discusión se focaliza en aquellos aspectos más relevantes que se han extraído de los resultados obtenidos.

6.1. Impacto de los medios de comunicación en la conducta de los niños y adolescentes implicados en el *bullying*.

En los artículos trabajados se habla de la influencia que tienen los diferentes medios de comunicación en la conducta de los jóvenes, pero vamos a centrarnos en analizar realmente el impacto de las TIC en el comportamiento agresivo y prosocial y en las relaciones que éstos mantienen con sus iguales.

6.1.1. Los medios de comunicación y el comportamiento de niños y adolescentes.

Es evidente que el desarrollo de las TIC ha supuesto un cambio en los métodos de interacción de los jóvenes, contribuyendo a una nueva forma de acoso, el *cyberbullying* (11,12,13). Las TIC, además de ser la herramienta mediante la que se producen algunas de las situaciones de *bullying*, se ha demostrado que son también un instrumento que contribuye a la adquisición de ciertas conductas que potencian la implicación en el fenómeno.

Los resultados obtenidos confirman que la exposición a contenido violento en los medios contribuye al desarrollo de una conducta agresiva, como también lo hace la exposición durante periodos de tiempo excesivamente largos, apuntando que esto último se debe a la menor dedicación a actividades de estimulación física e intelectual y a procesos relacionales (30-35).

Sin embargo, a pesar de que la influencia de las TIC en el fenómeno estudiado es clara, no lo es tanto la figura que se ve afectada, pues los resultados reflejan una variabilidad en los protagonistas del acoso.

Los resultados ratifican que la influencia de los progenitores es significativa, tanto en la exposición a las tecnologías como en el desarrollo de la conducta violenta (31-35), en la misma dirección de Kowalski RM et al (13), quienes afirman que la monitorización e implicación paterna mayor y las relaciones funcionales con los progenitores son protectoras frente al *cyberbullying* y frente al desarrollo de ésta conducta.

Todo lo anterior apoya y varios autores concluyen que la exposición a las TIC debe ser considerada en el desarrollo de programas de prevención e intervención.

6.1.2. Los medios de comunicación y las relaciones de niños y adolescentes.

Los resultados obtenidos apuntan que las relaciones que los jóvenes desarrollan en los espacios virtuales son similares a las que mantienen en su vida diaria fuera de red, relacionándose generalmente con personas conocidas de su entorno, objetivando que los individuos con relaciones sociales positivas en la vida diaria desarrollan relaciones funcionales a través de las TIC y aquellos con relaciones disfuncionales presentan un riesgo aumentado para ser agresores o víctimas en la red (36,37). Esto puede ser una posible justificación de lo que concluyen en sus trabajos autores como Cerezo F (11), Hernandez MA y Solano IM (12) y Kowalski R et al (13), quienes indican que la implicación en el *bullying* tradicional y el *cyberbullying* está correlacionada y que los agresores y víctimas del primero en general son protagonistas también del segundo.

6.2. Causas y consecuencias del *bullying*.

A pesar de la carencia de una definición clara del *bullying*, los autores coinciden significativamente en las causas que lo provocan y las consecuencias que genera. Los resultados, en la misma dirección que otros trabajos (9,10,11), muestran que la presencia de una serie de factores de vulnerabilidad en la víctima, resumiéndose principalmente en

que el sujeto difiera de sus pares, y factores relacionados con el entorno, destacando los ambientes en los que priman la violencia y las relaciones disfuncionales, son clave para la aparición del mismo. No obstante, el resto de sujetos implicados en la problemática también presentan unas características que facilitan su participación.

En cuanto a las consecuencias, en los artículos se apoya que se presentan en todos los individuos implicados y su entorno más cercano, afectando a su salud física, emocional y psicosocial y, en general, a su bienestar y calidad de vida (38,40). Sin embargo, los efectos más acusados se ven en las víctimas, pudiendo incluso llegar a tener consecuencias extremas en los estados más avanzados (42). Al igual que otros autores, se ha objetivado que se pueden prolongar de no ser tratadas (38,39,41,48).

6.3. El rol de la enfermería en el abordaje del *bullying*.

Calmaestra J et al (1) confirman y los resultados obtenidos ratifican que los profesionales sanitarios, destacando la posición privilegiada de las enfermeras, juegan un papel importante en la prevención, detección y abordaje del acoso escolar.

6.3.1. Prevención del *bullying*.

La presente revisión narrativa objetiva que es imprescindible prevenir y diagnosticar tempranamente el *bullying* para evitar sus consecuencias y que los profesionales de enfermería pueden participar en su prevención (38,43).

Los autores de los artículos coinciden en que es imprescindible la educación y formación de todos los niños y adolescentes y la participación de todas las personas que están en estrecho contacto con los menores para el éxito en la prevención (38,39,41,45).

Lo anterior concuerda con lo que han mencionado otros autores en sus estudios. Calmaestra J et al (1) afirman que *“la participación de los niños y niñas es determinante para solventar estas situaciones porque conocen más la situación y su aportación será muy valiosa para establecer mecanismos de prevención”* y que *“es de vital importancia trabajar tanto con los niños y las niñas como con los principales agentes de su entorno para prevenir el acoso”*, mencionando que la prevención debe suponer una toma de conciencia generalizada e ir dirigida, además, a los centros educativos mediante la formación para el profesorado y al entorno familiar a través de programas de formación.

La Amnistía Internacional España (5) y la UNESCO (6) coinciden en indicar que se debe confiar y promover la participación de todos los niños y niñas pues el apoyo entre iguales es una buena práctica para prevenir el *bullying*.

Adicionalmente, varios de los artículos trabajados declaran que la prevención primaria y la secundaria son las más eficaces, destacando la importancia de la educación y el entrenamiento y promoción en habilidades sociales. Resaltan también la importancia de crear un entorno escolar agradable creando normas de convivencia, aumentando la supervisión y reforzando a los jóvenes más vulnerables (38,43). Calmaestra J et al (1) coinciden en que para evitar el acoso resulta determinante la adquisición de habilidades sociales y valores de convivencia.

Por último, los resultados apuntan que es esencial el contacto desde una edad temprana con los menores y su entorno a fin de desarrollar ambientes protectores, tratando de minar su conducta agresiva (39,46), coincidiendo con Calmaestra J et al (1), quienes exponen que a pesar de que en general las acciones de prevención están enfocadas a los estudiantes de secundaria, deberían comenzar a edades más tempranas para evitar la perpetuación de relaciones basadas en el desequilibrio de poder y la violencia.

6.3.2. Detección del *bullying*.

Calmaestra J et al (1) mencionan que cuando la prevención ha fallado y el *bullying* se está produciendo, es esencial la detección temprana para combatirlo y evitar sus consecuencias, lo que coincide con lo obtenido en la revisión narrativa, destacando, además, la importante labor que pueden realizar los profesionales de enfermería. Para ello, es imprescindible la formación de los estudiantes y profesionales sanitarios y la investigación constante, pero también la formación en las herramientas y estrategias necesarias a todas las personas que estén en estrecho contacto con los menores y a los mismos, lo que también afirman la doctora Álvarez G (26) y Calmaestra J et al (1). De igual relevancia es el conocer los factores de riesgo y manifestaciones de sospecha a fin de prestar atención y conseguir una detección precoz que permita una actuación rápida.

Se habla de la importancia de estar alerta ante los menores que demanden ayuda constante a los profesionales sanitarios. No obstante, los artículos trabajados no muestran una concordancia en la figura enfermera principalmente responsable del abordaje del *bullying*. Calmaestra J et al (1) manifiestan que una problemática en su afrontamiento es la carencia de una persona de referencia clara en los centros a la que los escolares puedan

acudir en caso de ser víctima o testigo de acoso, lo que lleva a la reflexión sobre si la figura de la enfermera escolar podría ayudar en la disminución de este tipo de violencia.

En la misma dirección que Calmaestra J et al (1) y Grosser K et al (10), los resultados ratifican que un obstáculo en la detección precoz del *bullying* es la “ley del silencio”, es decir, que los testigos del acoso no lo denuncien y sea un fenómeno silente.

6.3.3. Intervenciones enfermeras en el abordaje del *bullying*.

Teniendo en cuenta uno de los objetivos de esta revisión, es importante destacar que los resultados de los artículos indican que el *bullying*, como tema transversal para la salud, es posible de ser abordado y enfrentado por los profesionales enfermeros bajo una variedad de enfoques e intervenciones, con probabilidades de éxito.

En el conjunto, se observa que su abordaje debe ser multidisciplinar a fin de obtener un mayor éxito y que se debe implicar a todos los protagonistas. Además de los menores, también se debe trabajar con sus familias y con la comunidad educativa. En esta misma dirección, Calmaestra J et al (1) afirman que es esencial la implicación de la familia, teniendo una capacidad de detección e intervención mayor incluso que la de los profesores. El Ministerio de Educación Pública y UNICEF, en el Protocolo de actuación en situaciones de *bullying* (10), también apuestan por el abordaje multidisciplinar.

La mayoría de los artículos exponen intervenciones multidimensionales mediante grupos de apoyo, dinámicas de grupo y sesiones de dramatización y debate, entre otras, pues éstas aseguran alteraciones positivas en los estándares de convivencia en los centros educativos y evidencian la importancia del soporte social. No obstante, las intervenciones individuales identificadas en la revisión también fueron exitosas. Éstas se centran específicamente en las víctimas, desarrollando estrategias de empoderamiento individual y búsqueda de soluciones individualizadas. En su desarrollo, destaca la importancia del establecimiento de una relación terapéutica basada en la confianza y la escucha activa.

Por último, cabe destacar las diferentes formas de implicación de los enfermeros en las intervenciones revisadas, trabajando en colaboración con otros profesionales en su planificación, como líderes o bien como agentes directos en su implementación (40).

7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La realización del presente trabajo se ha visto dificultada y limitada por ciertos condicionantes.

En primer lugar, con respecto a la metodología, a pesar de ser un fenómeno cuyo estudio es bastante reciente, se ha hallado cuantiosa información, lo que nos ha permitido completar una criba bibliográfica relevante y oportuna para el presente estudio. A pesar de ello, una de las principales dificultades durante la realización de la revisión narrativa ha sido hallar publicaciones científicas referentes al papel de los profesionales enfermeros ante el *bullying*. Adicionalmente, la necesidad de ajustarse a un espacio normativo ha impedido una búsqueda más amplia y un abordaje más exhaustivo en algunos aspectos.

Asimismo, se considera un obstáculo en la realización del trabajo la escasa documentación que estudia la implicación de los medios de comunicación en este fenómeno. Otra limitación es que únicamente uno de los artículos analizados ha sido realizado en España, lo que evidencia la falta de investigación acerca de esta temática.

8. CONCLUSIONES

8.1. Influencia de los medios de comunicación en el *bullying*.

Bien es sabida la importancia que, en los niños y adolescentes, tienen hoy en día las TIC. Éstas permiten una fácil accesibilidad a información desde edades bien tempranas, sin embargo, un mal uso de las mismas puede suponer situaciones contrarias a las deseadas, derivando en numerosas ocasiones en consecuencias dramáticas (adicciones, delincuencia, autolesiones, entre otras).

Las generaciones actuales tienen acceso de forma aventajada a las nuevas herramientas electrónicas, a diferencia de generaciones anteriores, prácticamente desde que tienen uso de razón. Esto supone una dificultad añadida para sus progenitores y los profesionales para anticipar o detectar tempranamente posibles situaciones o conductas de riesgo en los espacios virtuales. Por ello, es esencial que los profesionales de la salud, la educación y los propios progenitores tengan conocimiento y reciban la formación adecuada sobre estas herramientas a fin de afrontar posibles casos de *cyberbullying*.

La bibliografía consultada, además, pone de manifiesto que esta reciente forma de acoso tiene consecuencias más devastadoras que el acoso tradicional, lo que justifica la necesidad de anticiparse a su detección y a la toma de medidas para su control.

8.2. Conocimiento de la etiología y las consecuencias del *bullying* para el abordaje enfermero.

Es imprescindible que todas las personas implicadas en el cuidado y educación de los menores conozcan la etiología del acoso escolar y los factores de riesgo que presentan sus protagonistas para prevenirlo y detectarlo precozmente, sobre todo teniendo en cuenta que los autores que se han ocupado de su estudio han trabajado en la misma dirección y confluyen en las mismas conclusiones sobre su etiología, lo que facilita su estudio.

Asimismo, el amplio y grave impacto que tiene esta problemática, implicando no exclusivamente a los participantes, sino también a toda la comunidad educativa y afectando al clima escolar y familiar, justifica la relevancia de su prevención y detección temprana, en lo que la disciplina enfermera ha demostrado tener una posición esencial.

8.3. Actividades enfermeras: prevención, detección y tratamiento.

Pese a los pocos estudios publicados en referencia al papel de la disciplina enfermera en el abordaje del *bullying*, lo cierto es que estos profesionales pueden desempeñar un papel esencial a la hora de combatir este fenómeno, destacando la importancia de su prevención y, en cualquier caso, de su detección temprana.

No obstante, los menores son un grupo poblacional sobre el que los servicios de salud en general, y la enfermería en particular, intervienen en el tratamiento y la atención una vez ya han sido hospitalizados, no teniendo en cuenta que es tan importante o más la promoción de la salud y prevención de fenómenos que influyen en su bienestar.

Basándonos en que los enfermeros tienen la posibilidad de anticiparse a la detección de posibles patologías futuras en una primera toma de contacto con los menores implicados en el *bullying*, pueden aprovechar estas situaciones para tratar de paliar sus consecuencias. Para ello, a pesar de la existencia de cuestionarios y herramientas para poder recabar los datos pertinentes mediante el proceso de observación y de entrevista clínica para poder elaborar un diagnóstico, sería interesante estudiar su verdadera utilidad.

A pesar de que en la presente revisión narrativa se han trabajado diversas intervenciones llevadas a cabo con los sujetos implicados en esta problemática, ninguna de ellas evidencia un plan de cuidados enfermero exhaustivo. En este contexto, se han seleccionado las etiquetas diagnósticas NANDA más prevalentes que pudieran

presentarse, resultados NOC, indicadores e intervenciones NIC codificadas y clasificadas por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (27) más pertinentes de acuerdo con el análisis de los resultados de la literatura analizada para las víctimas, agresores y espectadores de este problema y su familia (ver Tablas 10, 11, 12, 13).

[00053] DE) Aislamiento social.		
[00097] DE) Disminución de la implicación en actividades recreativas.		
Resultados NOC	Indicadores	Intervenciones NIC
[1503] Implicación social.	<i>Interacciona con amigos íntimos y miembros de la familia.</i>	[5440] Aumentar los sistemas de apoyo.
	<i>Participa en actividades escolares.</i>	[5430] Grupo de apoyo.
	<i>Participa en actividades de ocio.</i>	[5100] Potenciación de la socialización.
[1604] Participación en actividades de ocio.	<i>Disfruta de actividades de ocio.</i>	
[00069] DE) Afrontamiento ineficaz.		
[00141] DE) Síndrome postraumático.		
Resultados NOC	Indicadores	Intervenciones NIC
[1302] Afrontamiento de problemas.	<i>Identifica patrones y estrategias de superación eficaces.</i>	[5230] Mejorar el afrontamiento.
	<i>Refiere disminución de los síntomas físicos y sentimientos negativos y aumento del bienestar psicológico.</i>	[5410] Terapia del trauma: niño.
[2514] Recuperación tras el abuso.	<i>Reconocimiento de relaciones abusivas.</i>	[6400] Apoyo en la protección contra abusos.
[1309] Resiliencia personal.	<i>Verbaliza un sentido aumentado de control.</i>	[8340] Fomentar la resiliencia.
	<i>Expresa autoeficacia.</i>	[5270] Apoyo emocional.
	<i>Propone soluciones prácticas, constructivas para los conflictos.</i>	[5400] Potenciación de la autoestima.
	<i>Progresar hacia los objetivos.</i>	
[1208] Nivel de depresión.	<i>Estado de ánimo deprimido.</i>	[5300] Facilitar la expresión del sentimiento de culpa.
	<i>Expresión de culpa inapropiada o excesiva.</i>	
[1211] Nivel de ansiedad.	<i>Ansiedad verbalizada.</i>	[5820] Disminución de la ansiedad.
	<i>Dificultades para la concentración y el aprendizaje.</i>	[6040] Terapia de relajación.
	<i>Disminución de logros escolares.</i>	
[00037] [00140] [00150] DE) Riesgo de intoxicación / violencia autodirigida /suicidio.		
Resultados NOC	Indicadores	Intervenciones NIC
[1405] Autocontrol de los impulsos.	<i>Identifica conductas impulsivas perjudiciales.</i>	[4370] Entrenamiento para controlar los impulsos.
	<i>Verbaliza control de los impulsos.</i>	
[1903] [1904] Control del riesgo: consumo de alcohol/drogas.	<i>Reconoce los factores de riesgo por el abuso de alcohol/drogas.</i>	[5510] Educación para la salud.
	<i>Controla la ingestión de alcohol y consumo de drogas.</i>	[4500] Prevención del consumo de sustancias nocivas.

Tabla 10. Cuidados enfermeros dirigidos a las víctimas en el bullying. Fuente: NNN Consult (27).
Elaboración propia.

[00138] DE) Riesgo de violencia dirigida a otros. [00222] DE) Control de impulsos ineficaz.		
Resultados NOC	Indicadores	Intervenciones NIC
[1400] Autocontrol de la conducta abusiva.	<i>Se abstiene de una conducta abusiva físicamente, emocionalmente y/o sexualmente.</i>	[4640] Ayuda para el control de enfado. [4360] Modificación de la conducta.
	<i>Expresa empatía por la víctima.</i>	
[1401] Autocontrol de la agresión.	<i>Se abstiene de arrebatos verbales, de golpear o dañar a los demás y de destruir la propiedad.</i>	
	<i>Controla los impulsos.</i>	
[2500] Cese del abuso.	<i>El abuso físico, emocional y/o sexual ha cesado.</i>	
[1405] Autocontrol de los impulsos.	<i>Identifica conductas impulsivas perjudiciales.</i>	[4370] Entrenamiento para controlar los impulsos.
	<i>Verbaliza control de los impulsos.</i>	

Tabla 11. Cuidados enfermeros dirigidos a los agresores en el bullying. Fuente: NNN Consult (27).
Elaboración propia.

[00125] DE) Impotencia. [00146] DE) Ansiedad.		
Resultados NOC	Indicadores	Intervenciones NIC
[1501] Desempeño del rol.	<i>Desempeño de las conductas de rol de amistad y social.</i>	[5370] Potenciación de roles. [6400] Apoyo en la protección contra abusos. [5020] Mediación de conflictos.
	<i>Expresa comodidad con la expectativa del rol.</i>	
[1310] Resolución de la culpa.	<i>Comparte sentimientos de culpa con los profesionales sanitarios.</i>	[5300] Facilitar la expresión del sentimiento de culpa.
[0906] Toma de decisiones.	<i>Identifica alternativas y sus consecuencias posibles.</i>	[5250] Apoyo en la toma de decisiones.
[1211] Nivel de ansiedad.	<i>Inquietud/ansiedad verbalizada.</i>	[5820] Disminución de la ansiedad.
	<i>Dificultades para la concentración/aprendizaje.</i>	
	<i>Disminución de logros escolares.</i>	
[00124] DE) Desesperanza.		
Resultados NOC	Indicadores	Intervenciones NIC
[1201] Esperanza.	<i>Expresión de confianza y optimismo.</i>	[5310] Dar esperanza. [8340] Fomentar la resiliencia.

Tabla 12. Cuidados enfermeros dirigidos a los espectadores en el bullying. Fuente: NNN Consult (27). Elaboración propia.

[00063] DE) Procesos familiares disfuncionales. [00074] DE) Afrontamiento familiar comprometido.		
Resultados NOC	Indicadores	Intervenciones NIC
[2600] Afrontamiento de los problemas de la familia.	<i>Enfrenta los problemas familiares.</i>	[7110] Fomentar la implicación familiar. [5230] Mejorar el afrontamiento. [7140] Apoyo a la familia.
	<i>Busca atención para las necesidades de todos los miembros de la familia.</i>	
	<i>Utiliza el equipo de asistencia sanitaria para información y ayuda</i>	

[00063] DE) Procesos familiares disfuncionales. [00074] DE) Afrontamiento familiar comprometido.		
Resultados NOC	Indicadores	Intervenciones NIC
[2680] Resiliencia familiar.	<i>Coopera para superar los retos.</i>	[8340] Fomentar la resiliencia. [6160] Intervención en caso de crisis.
	<i>Comunicación clara entre miembros.</i>	
	<i>Apoya y ayuda a sus miembros.</i>	
[1211] Nivel de ansiedad.	<i>Inquietud/ansiedad verbalizada.</i>	[5820] Disminución de la ansiedad. [5270] Apoyo emocional.
	<i>Culpabilidad.</i>	

Tabla 13. Cuidados enfermeros dirigidos a los familiares de los protagonistas de bullying. Fuente: NNN Consult (27). Elaboración propia.

9. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

La elaboración de la presente revisión narrativa, los resultados obtenidos y la conciencia de las limitaciones que ha supuesto, así como la escasez de investigación en España y en relación con la disciplina enfermera, ponen de manifiesto la necesidad de futuros estudios que den respuesta a los interrogantes actuales. A este respecto, se plantean las siguientes propuestas de formación y líneas de investigación:

- Examinar el conocimiento actual de la disciplina enfermera con respecto al acoso escolar y promover cursos de formación para profesionales enfermeros en materia de este fenómeno con el fin de aumentar su comprensión y conocimiento y la toma de conciencia de la relevancia del mismo.
- Realizar estudios enfocados principalmente en la prevención, pues se ha demostrado ser lo más exitoso en el abordaje de la problemática. Podría ser interesante desarrollar herramientas de prevención e intervención en enfermería que permitieran, ante cualquier sospecha, descubrir su presencia y combatirla.
- Estudiar si el papel de la enfermera en las escuelas contribuiría a mitigar los posibles casos de bullying que pudieran surgir en los centros educativos.
- Investigar la implicación familiar en el fenómeno podría ser un aspecto sugerente, teniendo en cuenta que la misma es una pieza fundamental en la prevención, detección y abordaje de este conflicto y que, además, en ocasiones, puede ser el origen de la aparición del problema y verse afectada por sus consecuencias.
- Sería interesante poner en práctica con estudios experimentales los planes de cuidados enfermeros para los protagonistas del acoso escolar y sus familiares propuestos en el presente estudio a fin de comprobar su eficacia.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Calmaestra J, Escorial A, García P, del Moral C, Perazzo C, Ubrich T. Yo a eso no juego. Bullying y ciberbullying en la infancia. España: Save the Children España; 2016.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2002.
3. Olweus D. Low school achievement and aggressive behaviour in adolescent boys. Nueva York: Academic Press; 1983.
4. Olweus D. Conductas de acoso y amenaza entre escolares. 3ª ed. Madrid: Morata; 1998.
5. Amnistía Internacional España. Hacer la vista... ¡gorda!: El acoso escolar en España, un asunto de derechos humanos. Madrid: Amnistía Internacional España; 2019.
6. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Behind the numbers: Ending school violence and bullying. Paris: UNESCO; 2019.
7. Solberg ME, Olweus DA. Prevalence Estimation of School Bullying with the Olweus Bully/Victim Questionnaire. *Aggress Behav* 2003;29(3):239-268.
8. Piñuel I, Oñate A. Test AVE, Acoso y Violencia Escolar. Madrid: TEA; 2007.
9. Hernández RM, Saravia MY. Generalidades del acoso escolar: una revisión de conceptos. *Revista de Investigación Apuntes Psicológicos* 2016;1(1):30-40.
10. Ministerio de Educación Pública, Dirección de Vida Estudiantil, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Protocolo de actuación en situaciones de bullying. 1ª ed. San José; 2015.
11. Cerezo-Ramírez F. Bullying a través de las TIC. *Sapiens Research*. 2012;2(2):24-29.
12. Hernández MÁ, Solano IM. Ciberbullying, un problema de acoso escolar. *RIED* 2007;10(1):17-36.
13. Kowalski R, Giumetti G, Schroeder A, Lattanner M. Bullying in the Digital Age: A Critical Review and Meta-Analysis of Cyberbullying Research Among Youth. *Psychol Bull* 2014;140(4):1073-1137.
14. Instituto Nacional de Estadística. Ciencia y tecnología, sociedad de la información. Porcentaje de menores usuarios de TIC. 2019. 2019; Available at: https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t00/mujeres_hombres/tablas_1/10/&file=c06002.px&L=0. Accessed 10 Ene, 2020.

15. Carpintero H. El acoso escolar (bullying) en España. Consideraciones desde la psicología. 2016; Available at: https://www.boe.es/biblioteca_juridica/anuarios_derecho/abrir_pdf.php?id=ANU-M-2017-10000500042. Accessed 29 Ene, 2020.
16. Defensor del Pueblo de España. Violencia escolar: el maltrato entre iguales en la educación secundaria obligatoria. Madrid; 2000.
17. Senovilla HL. Bullying: un miedo de muerte. Radiografía de la violencia entre niños y jóvenes en las aulas españolas. 2012.
18. Díaz-Aguado MJ, Martínez R, Martín 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*. 2013;362;348-379.
19. Avilés JM. Diferencias de atribución causal en el bullying entre sus protagonistas. *Electronic Journal of Research in Education Psychology*. 2006;4(9):201-220.
20. Garaigordobil M. Prevalencia y consecuencias del cyberbullying: una revisión. *Redalyc*. 2011;11(2):233-254.
21. Organización Mundial de la Salud. Suicidio. 2019; Available at: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
22. National Center for Injury Prevention and Control. The relationship between bullying and suicide: what we know and what it means for schools. Chamblee: CDC; 2014.
23. Koyanagi A, Oh H, Carvalho AF, Smith L, Haro JM, Vancampfort D, et al. Bullying victimization and suicide attempt among adolescents aged 12-15 years from 48 countries. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2019;58(9):907-918.
24. Carballo JJ, Gómez J. Relación entre el bullying, autolesiones, ideación suicida e intentos autolíticos en niños y adolescentes. *Revista de Estudios de Juventud* 2017; (115):207-218.
25. González-Anleo JM, López-Ruiz JA. Jóvenes españoles entre dos siglos. 1984-2017. Madrid: Fundación SM; 2017.
26. Centro de Enseñanza Superior en Humanidades y Ciencias de la Educación Don Bosco. Cyberbullying 360°. *Educación y Futuro* 2018(38).
27. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2018-2020. Barcelona: Elsevier; 2020. Available at: <https://www.nnnconsult.com/>
28. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2008;28(101):43-83.

29. Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de Noviembre de 1989. Boletín Oficial del Estado. 1190; Available at: <https://www.boe.es/boe/dias/1990/12/31/pdfs/A38897-38904.pdf>. Accessed 6 Dic, 2019.
30. Coyne SM, Stockdale L, Linder JR, Nelson DA, Collier KM, Essig LW. Pow! Boom! Kablam! Effects of viewing superhero programs on aggressive, prosocial and defending behaviors in preschool children. *J Abnorm Child Psychol* 2017;45(8):1523-1535.
31. Verlinden M, Tiemeier H, Veenstra R, Mieloo CL, Jansen W, Jaddoe V, et al. Television viewing through ages 2-5 years and bullying involvement in early elementary school. *BMC Public Health* 2014;14(157):1-13.
32. Pagani LS, Lévesque-Seck F, Fitzpatrick C. Prospective associations between televiewing at toddlerhood and later self-reported social impairment at middle school in a Canadian longitudinal cohort born in 1997/1998. *Psychol Med* 2016;46(16):3329-3337.
33. Den Hamer AH, Konijn EA. Adolescents' media exposure may increase their cyberbullying behavior: a longitudinal study. *J Adolesc Health* 2015;56(2):203-208.
34. Gentile DA, Coyne S, Walsh DA. Media violence, physical aggression and relational aggression in school age children: a short-term longitudinal study. *Aggress Behav* 2011;37(2):193-206.
35. Möller I, Krahe B, Busching R, Krause C. Efficacy of an intervention to reduce the use of media violence and aggression: an experimental evaluation with adolescents in Germany. *J Youth Adolesc* 2012;41(2):105-120.
36. Underwood MK, Ehrenreich SE. The power and the pain of adolescents' digital communication: cyber victimization and the perils of lurking. *Am Psychol* 2017;72(2):144-158.
37. George MJ, Odgers CL. Seven fears and the science of how mobile technologies may be influencing adolescents in the digital age. *Perspect Psychol Sci* 2015;10(6):832-851.
38. Alvarado HR, Córdoba DN, Mesa LV, Turmequé EV, Álvarez L, Quintero L, et al. Función del profesional en enfermería en la atención del acoso escolar en niños, niñas y adolescentes. *Rev Colomb de Enferm* 2018;17:65-74.

39. Lui J, Graves N. Childhood bullying: a review of constructs, concepts and nursing implications. *Public Health Nurs* 2011;28(6):556-568.
40. Iossi MA, Leite EM, Falleiros I, das Graças M, Pereira B, Abadio W. Intervenciones antibullying desarrolladas por enfermeros: revisión integradora de la literatura. *Enferm glob* 2017;16(48):532-547.
41. Jones B. Two sides of the coin: the bully and the bullied. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2011;49(10):22-29.
42. Garaigordobil M, Martínez-Valderrey V. Efecto del Cyberprogram 2.0. sobre la reducción de la victimización y la mejora de la competencia social en la adolescencia. *Rev Psicodidact* 2014;19(2):289-305.
43. Vessey JA, DiFazio RL, Strout TD. Youth bullying: a review of the science call to action. *Nurs Outlook* 2013;61(5):337-345.
44. Kvarme LG, Monsen KA, Eboh WO. Evidence-based solution-focused care for school-age children experiencing cyberbullying: using the Omaha System to guide and document psychiatric nursing interventions. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2014;52(3):34-41.
45. Williams SG, Godfrey AJ. What is cyberbullying & how can psychiatric-mental health nurses recognize it?. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2011;49(10):36-41.
46. Briñez KJ, Caro CV. Bullying o intimidación escolar: aportes desde la evidencia de investigación en enfermería. *Texto-contexto Enferm* 2018;27(4):1-11.
47. Carpenter LM, Hubbard GB. Cyberbullying: implications for the psychiatric nurse practitioner. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2014;27(3):142-148.
48. Mendes CS. Preventing school violence: an evaluation of an intervention program. *Rev Esc Enferm USP* 2011;45(3):581-588.

ANEXOS

NOMBRE DEL ARTÍCULO	AUTORES	LUGAR Y AÑO	DISEÑO DEL ESTUDIO	MUESTRA	PRINCIPALES HALLAZGOS
Función del profesional en enfermería en la atención del acoso escolar en niños, niñas y adolescentes.	Alvarado HR, Córdoba DN, Mesa LV, Turmequé EV, Álvarez L, Quintero L, et ál.	2018 Colombia	Revisión narrativa.	Diversos artículos utilizados.	El ámbito escolar requiere la participación de los profesionales de enfermería con el fin de realizar acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de menores que hayan sufrido situaciones de acoso escolar, así como establecer planes de cuidado en el entorno familiar y educativo. Para ello, es importante capacitar y preparar a los profesionales de enfermería y desarrollar investigaciones sobre el tema.
The power and the pain of adolescents' digital communication: cyber victimization and the perils of lurking.	Underwood MK, Ehrenreich SE.	2017 EEUU	Guía clínica basada en la evidencia	Ninguna	Las redes sociales y la comunicación online son esenciales para los jóvenes. A pesar de que la comunicación online tiene sus aspectos positivos, también tiene grandes peligros. Además de la ciberagresión, se deben tener en cuenta otros muchos peligros menos reconocidos.
Bullying o intimidación escolar: aportes desde la evidencia de investigación en enfermería.	Briñez KJ, Caro CV.	2017 Colombia	Revisión narrativa	19 artículos utilizados	El profesional de enfermería es un miembro importante en la prevención y el abordaje de la intimidación en las escuelas. No obstante, las evidencias en la práctica de enfermería sobre este fenómeno revelan que es necesaria una investigación con mayores niveles de evidencia.
Intervenciones antibullying desarrolladas por enfermeros: revisión integradora de la literatura.	Iossi MA, Leite EM, Falleiros I, das Graças M, de Carvalho B, Pereira B, et al.	2017 Brasil	Revisión narrativa	5 artículos utilizados	Se estudian diversas metodologías y estrategias antibullying utilizadas en diferentes países por enfermeros, trabajando en equipos integrados junto con profesores, familias y recursos de la comunidad, proponiendo acciones de formación de la comunidad escolar con el fin de reconocer y combatir el problema.

NOMBRE DEL ARTÍCULO	AUTORES	LUGAR Y AÑO	DISEÑO DEL ESTUDIO	MUESTRA	PRINCIPALES HALLAZGOS
Pow! Boom! Kablam! Effects of viewing superhero programs on aggressive, prosocial and defending behaviors in preschool children.	Coyne SM, Stockdale L, Linder JR, Nelson DA, Collier KM, Essiq LW.	2017 EEUU	Estudio analítico experimental	204 niños de 3-6,5 años de 4 escuelas y guarderías y sus padres.	A pesar de que los dibujos de superhéroes combinan las conductas agresivas con la actitud prosocial y de defensa, la exposición y vinculación con éstos por parte de los niños está relacionada con futuras agresiones relacionales y no con la actitud de defensa de sus compañeros.
Prospective associations between televiewing at toddlerhood and later self-reported social impairment a middle school in a Canadian longitudinal cohort born in 1997/1998.	Pagani LS, Lévesque-Seck F, Fitzpatrick C.	2016 Canadá	Estudio de cohorte	2120 niños y una sub-muestra de cohorte de 1997 niños estudiados desde los 2 hasta los 13 años.	La mayor exposición a la televisión durante la infancia se asocia con mayores dificultades en las relaciones sociales con 13 años, lo que incluye la victimización, el aislamiento social y una agresividad proactiva, dificultando una transición adecuada desde la infancia a la adolescencia y adquiriendo una mayor vulnerabilidad para ser víctima de acoso escolar así como desarrollar psicopatologías del desarrollo.
From victim to taking control: support group for bullied schoolchildren.	Kvarme LG, Aabo LS, Saeteren B.	2016 Noruega	Estudio cualitativo a través de entrevistas.	19 estudiantes de 12-13 años de dos escuelas	El soporte social representa un mecanismo importante para afrontar el bullying. La presencia de grupos de apoyo ayuda a que las víctimas del acoso adquieran un control de la situación, lo que mejora su autoestima y salud emocional. La enfermera escolar, desde su posición privilegiada, debe tratar de prevenir el bullying.
Adolescents' media exposure may increase their cyberbullying behavior: a longitudinal study.	Den Hamer AH, Konjing EA.	2015 Países Bajos	Estudio descriptivo longitudinal prospectivo	1005 adolescentes de 11-17 años	La exposición de los adolescentes a contenido antisocial en los medios de comunicación influye en su implicación en el cyberbullying como agresores y la exposición a contenido violento influye en el desarrollo de una conducta agresiva. Esto debe considerarse para desarrollar programas de prevención e intervención.

NOMBRE DEL ARTÍCULO	AUTORES	LUGAR Y AÑO	DISEÑO DEL ESTUDIO	MUESTRA	PRINCIPALES HALLAZGOS
Seven fears and the science of how mobile technologies may be influencing adolescents in the digital age.	George MJ, Odgers CL.	2015 EEUU	Guía clínica basada en la evidencia	Ninguna	Los riesgos de desarrollar relaciones disfuncionales se potencian online. Las relaciones que los adolescentes tienen online a través de los medios de comunicación se pueden predecir en base a las relaciones que tengan fuera de línea. El que los adolescentes con problemas relacionales tengan un uso excesivo de la tecnología disminuye su bienestar y la calidad de sus relaciones.
Evidence-based solution-focused care for school-age children experiencing cyberbullying.	Kvarme LG, Monsen KA, Eboh WO.	2014	Estudio de un caso	Una niña de 12 años víctima de cyberbullying	La actuación de una enfermera experta en salud mental ayudó a una estudiante víctima de cyberbullying a resolver el problema, aportándole habilidades sociales para poder enfrentarse a situaciones similares en un futuro y poder prevenir su recurrencia.
Television viewing through ages 2-5 years and bullying involvement in early elementary school.	Verlinden M, Tiemeier H, Veenstra R, Mieloo CL, Jansen W, Jaddoe VW, et al.	2014 Países Bajos	Estudio de cohorte	3423 niños y una sub-muestra de cohorte de 1176 niños estudiados.	La asociación entre la gran exposición de un niño preescolar a la televisión y a programas y videos violentos y la posterior involucración en el acoso escolar durante los primeros años de la educación primaria se ve afectado por factores de confusión, entre los cuales destacan las características sociodemográficas.
Efecto del Cyberprogram 2.0 sobre la reducción de la victimización y la mejora de la competencia social en la adolescencia.	Garaigordobil M, Martínez-Valderrey V.	2014 España	Estudio analítico cusiexperimental pre- y post-test.	176 adolescentes de 13-15 años de tres centros educativos	Los sujetos a los que se les realizó el Cyberprogram 2.0 tuvieron una disminución significativa de las conductas de victimización o una mejora de la competencia social.

NOMBRE DEL ARTÍCULO	AUTORES	LUGAR Y AÑO	DISEÑO DEL ESTUDIO	MUESTRA	PRINCIPALES HALLAZGOS
Cyberbullying: implications for the psychiatric nurse practitioner.	Carpenter LM, Hubbard GB.	2014 EEUU	Revisión narrativa	Diversos artículos utilizados.	Existen una serie de características que diferencian al cyberbullying del bullying tradicional. Este fenómeno causa diversas consecuencias en sus protagonistas y las enfermeras especialistas en salud mental reciben una formación avanzada para intervenir y ayudar a los menores, familiares y comunidades.
Efficacy of an intervention to reduce the use of violence and aggression: an experimental evaluation with adolescents in Germany.	Möller I, Krahé B, Busching R, Krause C.	2012 Alemania	Estudio de cohorte	349 estudiantes de secundaria de 10 institutos y una sub-muestra de cohorte de 334 estudiantes	Los sujetos a los que se les realizaron las 5 intervenciones con la finalidad de no estar expuestos a medios de comunicación de carácter agresivo disminuyeron significativamente su conducta agresiva, tanto física como relacional.
Childhood bullying: a review of constructs, concepts and nursing implications.	Liu J, Graves N.	2011 EEUU	Revisión narrativa.	Diversos artículos utilizados.	El bullying es un fenómeno cuya etología es diversa, contemplando diferentes perspectivas y predictores. El papel de los profesionales enfermeros es esencial en su abordaje. Se describen las principales labores de cada una de las especialidades enfermeras en el abordaje del fenómeno.
Media violence, physical aggression and relational aggression in school age children: a short-term longitudinal study.	Gentile DA, Coyne S, Walsh DA.	2011 EEUU	Estudio analítico experimental	430 estudiantes de 7-11 años de 5 escuelas	La exposición a medios de comunicación (series de televisión, videojuegos y juegos en el ordenador, videos y películas) violentos influye en que los niños tengan un comportamiento violento tanto a nivel verbal, físico como relacional e influye en una actitud prosocial negativa.

NOMBRE DEL ARTÍCULO	AUTORES	LUGAR Y AÑO	DISEÑO DEL ESTUDIO	MUESTRA	PRINCIPALES HALLAZGOS
Two sides of the coin: the bully and the bullied.	Warren BJ.	2011 EEUU	Guía clínica basada en la evidencia.	Ninguna	Los profesionales enfermeros de salud mental deben trabajar para cambiar las conductas disruptivas y promover estrategias saludables tratando de disminuir y eliminar el bullying, pero siempre centrándose tanto en al acosador como en la víctima, tanto si son niños, adolescentes o adultos. Para ello, pueden ayudarse de los recursos existentes online sobre este fenómeno.
Helping Students with disabilities better address teasing and bullying situations: a MASNRN study.	Vessey JA, O'Neill KM.	2011 EEUU	Estudio cualitativo fenomenológico.	65 estudiantes de 8-14 años de 11 escuelas con diversidad física o mental.	Los grupos de soporte liderados por enfermeras escolares son una estrategia efectiva para la mejora de las habilidades de los estudiantes con alguna discapacidad en el manejo de las situaciones de bullying, mejorando sus relaciones, su autoconfianza y autoconcepto así como su resiliencia.
Preventing school violence: an evaluation of an intervention program.	Silva C.	2011 Portugal	Estudio analítico cuasiexperimental pre- y post-test.	307 estudiantes de 5º y 6º de primaria.	La aplicación de un programa de anti-violencia escolar mediante la formación de docentes y padres y el entrenamiento en competencias sociales a los estudiantes contribuyó a una reducción global de la violencia escolar. La intervención de los profesionales de enfermería cobra especial importancia.
What is cyberbullying & how can psychiatric-mental health nurses recognize it?	Williams SG, Godfrey AJ.	2011 EEUU	Guía clínica basada en la evidencia.	Ninguna	El cyberbullying puede causar problemas psicológicos y físicos en la víctima. Los profesionales enfermeros de salud mental tienen conocimientos para abordar las necesidades biopsicosociales de las víctimas y deben tratar de identificar aquellos factores de vulnerabilidad de éstas, teniendo en cuenta los factores que favorecen y los que obstaculizan la detección temprana.

Tabla 14. Características de los artículos seleccionados para la revisión narrativa. Fuente: Elaboración propia.