



## **RIESGO DE SUICIDIO Y ACOSO ESCOLAR ENTRE ADOLESCENTES**

**Autora:**

Amanda González Batista

**Tutor:**

Profesor Dr. Felipe Santiago Fernández Méndez

Grado en Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud

Sección de Enfermería (Tenerife)

Universidad de La Laguna

## RESUMEN

**Introducción:** El suicidio es la primera causa de muerte externa en España, y entre los jóvenes, es la segunda después de los tumores. A su vez, el acoso escolar es un fenómeno a la orden del día entre los estudiantes españoles, que, junto con otros factores como la depresión o el consumo de sustancias, pueden fomentar los pensamientos sobre la muerte. Por ello, la enfermería escolar es una figura fundamental que puede contribuir a detectar este alumnado en riesgo y así disminuir el suicidio entre escolares.

**Objetivo:** Determinar la relación existente entre el acoso escolar y el riesgo de suicidio entre los adolescentes de dos centros de enseñanza secundaria en La Palma.

**Metodología:** Se trata de un proyecto de tipo cuantitativo observacional de corte transversal no probabilístico que se ejecutará en las aulas del IES Luis Cobiella Cuevas y del IES Eusebio Barreto Lorenzo. Se pasará un cuestionario en el que el alumnado cumplimente la forma A del instrumento Bulls-Test, para determinar el nivel de agresividad en el grupo, y la Escala Paykel de Suicidio para estimar el riesgo de suicidio entre los estudiantes. Las variables se recopilarán en un cuaderno de registro de datos y se analizarán en un programa estadístico informatizado.

**Resultados esperados:** Este proyecto de investigación reflejará que el acoso escolar incrementa el riesgo de suicidio juvenil. Asimismo, se estimará la incidencia de cada fenómeno por separado y se describirán los perfiles sociodemográficos y perfiles susceptibles al suicidio y acoso entre la población de estudio.

**Palabras clave:** Riesgo de suicidio, Acoso escolar, Adolescentes, Enfermería Escolar.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Suicide is the main external cause of death in Spain and the second general cause of death between Spanish youths, after cancer. Beside this, bullying is a present-day issue in Spanish schools, which can lead students into developing suicidal ideation along with other risk factors such as depression or substance use. For this reason, school nursing is key at prevention and early detection of students in risk to reduce youth suicide ratios.

**Objective:** Establishing bullying and suicide risk relationship in adolescents from two secondary schools in La Palma.

**Methodology:** This project is a cross-sectional, observational, quantitative study using a non-probabilistic sample from Luis Cobiella Cuevas and Eusebio Barreto Lorenzo's secondary schools. Students will be given a questionnaire with Bulls-Test Type A form, to evaluate bullying, and Suicide Paykel Scale to measure suicidal ideation. Study variables will be collected in a logbook and will be analyzed in a statistical computer programme.

**Expected results:** This research project will expose the relationship between bullying and suicide risk in adolescents. Furthermore, each problem ratio will be studied individually, as well the sociodemographic and eligible profiles given between the population of study.

**Keywords:** Suicide risk, Bullying, Adolescents, School Nursing.

## **ABREVIATURAS**

- **ACEESE:** Asociación Científica Española de Enfermería y Salud Escolar
- **ACISE:** Asociación Catalana de Enfermería y Salud Escolar
- **AEP:** Asociación Española de Pediatría
- **AMECE:** Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos
- **ANAR:** Ayuda a Niños/as y Adolescentes en Riesgo
- **CGE:** Consejo General de Enfermería
- **DIAC:** Documento individual de adaptación curricular
- **EPS:** Escala Paykel de Suicidio
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **SIS:** Suicide Intent Scale (Escala de Beck)
- **SNS:** Sistema Nacional de Salud
- **SPPS:** Statistical Package for the Social Sciences
- **TEBAE:** Test de Evaluación Breve del Acoso Escolar

## ÍNDICE

### 1. INTRODUCCIÓN

#### 1.1 El suicidio

1.1.1 *Concepto y descripción*..... página 1

1.1.2 *Epidemiología del suicidio*..... página 2

1.1.3 *Factores de riesgo asociados*..... página 3

1.1.4 *El suicidio en la adolescencia*..... página 6

1.1.5 *Herramientas de detección*..... página 7

#### 1.2 El acoso escolar

1.2.1 *Concepto y descripción*..... página 8

1.2.2 *Epidemiología del acoso escolar*..... página 9

1.2.3 *Perfiles implicados*..... página 10

1.2.4 *Herramientas de detección*..... página 11

#### 1.3 La enfermería escolar

1.3.1 *Concepto y descripción*..... página 12

1.3.2 *Competencias de la enfermera escolar*..... página 13

1.4 *Justificación*..... página 15

1.5 *Objetivos*..... página 16

### 2. METODOLOGÍA

#### 2.1 Ámbito de estudio

2.1.1 *Luis Cobiella Cuevas*..... página 17

2.1.2 *Eusebio Barreto Lorenzo*..... página 17

2.2 *Tipo de estudio*..... página 18

#### 2.3 Población y muestra de estudio

2.3.1 *Población*..... página 18

2.3.2 *Muestra*..... página 18

2.3.3 *Criterios de inclusión*..... página 19

2.3.4 *Criterios de exclusión*..... página 19

#### 2.4 Materiales y métodos

2.4.1 *Instrumentos y factores de estudio*..... página 20

2.5 *Técnica de recogida de datos*..... página 23

2.6 *Aspectos éticos*..... página 23

#### 2.7 Análisis e interpretación de los datos

2.7.1 *Análisis descriptivo*..... página 23

2.7.2 <i>Análisis interferencial</i> .....	página 24
<b>2.8 Cronograma</b> .....	página 24
<b>2.9 Presupuesto</b> .....	página 25
<b>2.10 Limitaciones</b> .....	página 25
<b>3. RESULTADOS ESPERADOS</b> .....	página 26
<b>4. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	página 28
<b>ANEXOS</b> .....	página 35

## 1. INTRODUCCIÓN

Todos los años salen a la luz en los medios de información varios casos de jóvenes que se quitan la vida. En España, el suicidio se posiciona como la primera causa de muerte externa, y entre la juventud, representa el segundo motivo de defunción, después de los tumores<sup>(1)</sup>. Un estudio dirigido por la Universidad de La Rioja y el Consejo Nacional de Psicología reveló que en torno al 20% de los adolescentes encuestados, entre 14 y 19 años, había presentado ideas sobre suicidarse en el último año, mientras que, alrededor del 5% de los jóvenes habían intentado quitarse la vida<sup>(2)</sup>.

Asimismo, un informe publicado por la fundación Ayuda a Niños/as y Adolescentes en Riesgo (ANAR) hizo público que, en los últimos años, el número de llamadas de jóvenes con ideación suicida se habían multiplicado casi por 20, siendo 293 las registradas en el año 2011 y 3.665 en 2021. De igual manera, este estudio reflejó que entre las consultas por ideación suicida se encontraban asociados otros problemas subyacentes, como el acoso escolar<sup>(3)</sup>.

### 1.1 El suicidio

#### 1.1.1 Concepto y descripción del fenómeno suicida

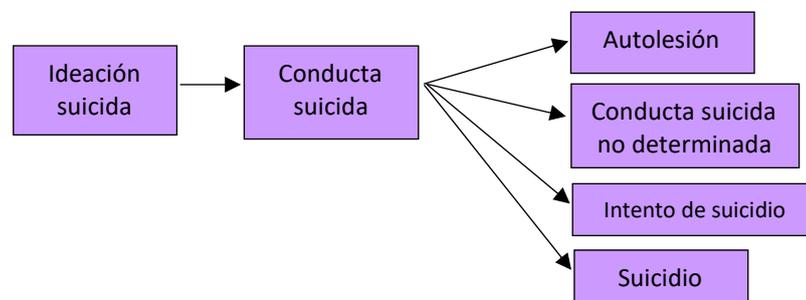
El suicidio, del latín *suicidium* (*sui* 'de sí mismo' y *-cidium* '-cidio'<sup>(4)</sup>, acción de matar<sup>(5)</sup>), es el resultado de quitarse voluntariamente la vida<sup>(6)</sup>. La persona que comete el suicidio tiene la intención de morir, y para ello, adopta un comportamiento de violencia autodirigida con la finalidad de causar este desenlace fatal. El suicidio se considera un continuum integrado por diferentes manifestaciones, desde las primeras ideas sobre la muerte hasta la misma consumición del acto.

En España, la vigente Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida del Sistema Nacional de Salud (SNS)<sup>(7)</sup> emplea una nomenclatura en la que se clasifican las diferentes expresiones del fenómeno suicida desde las primeras ideas de muerte hasta el alcance de esta como resultado final, basada en la elaborada por Silverman:<sup>(8,9)</sup>

- **Ideación o cognición suicida.** Son los primeros pensamientos sobre el suicidio.
- **Comunicación suicida.** Los pensamientos previos se convierten en deseos de acabar con la propia vida. Es un acto interpersonal que representa el paso intermedio entre la ideación y la conducta suicida.

- **Conducta suicida.** Hace referencia al comportamiento potencialmente lesivo y autoinfligido que la persona adquiere con la aparente intención de morir. Este proceso puede resultar en posibles lesiones de diferente gravedad y, en el peor de los casos, la muerte. La conducta suicida, a su vez, aparece implícita en diferentes expresiones:
  - **Autolesión.** Es un gesto potencialmente lesivo que la persona realiza contra ella misma y que puede implicar o no la intención de morir. Este acto puede no resultar en una lesión, provocarla o incluso conducir a la muerte.
  - **Conducta suicida no determinada.** Es el comportamiento que tiene un nivel de intencionalidad suicida indefinido. En este escalón, la persona puede tener o no tener el propósito de terminar con su vida. Al igual que en la autolesión, puede concluir con o sin lesiones, o en el fallecimiento de la persona.
  - **Intento o tentativa de suicidio.** Es la conducta potencialmente lesiva, autogestionada y sin desenlace fatal, que la persona adquiere para erradicar su propia vida. Puede resultar o no en lesiones perjudiciales para el individuo.
  - **Suicidio.** Es el resultado fatal de la conducta suicida. En este nivel, la persona presenta una evidente determinación de provocar su propia muerte.

Figura 1. Esquema de las diferentes manifestaciones del espectro suicida de menor a mayor gravedad.



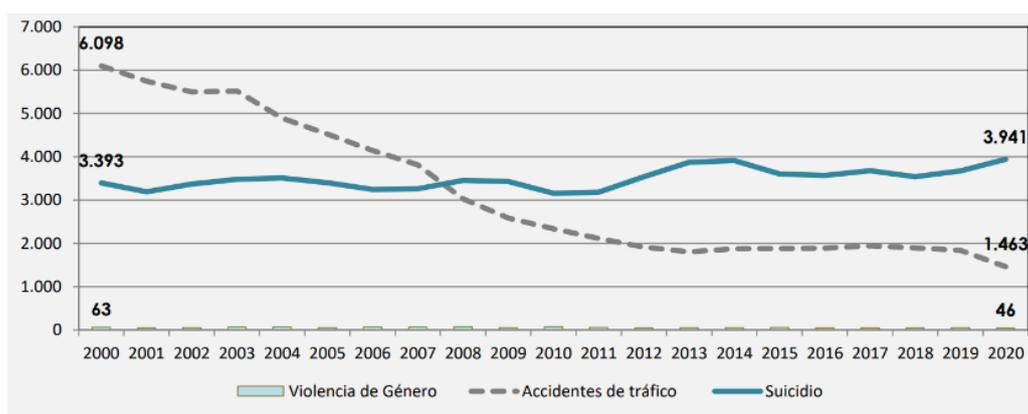
Fuente: Elaborado a partir de Silverman<sup>(8,9)</sup>.

### 1.1.2 Epidemiología del suicidio

A nivel mundial, se suicidan unas 703.000 personas anualmente. Todos los casos crean un enorme impacto en las familias de las víctimas, marcando un antes y un después en sus vidas<sup>(10)</sup>. En España, el suicidio es la principal causa de muerte no orgánica, con un total de 3.941 fallecimientos en 2020, cifra que aumentó en un 7,4% con respecto al año 2019<sup>(1)</sup>. La media de suicidios diarios en 2020 fue 11, siendo 3 de cada 4 cometidos por varones y 1 de cada 4 por mujeres. Entre la juventud española, con edades comprendidas desde los 15 a 29 años, fue la segunda causa de muerte por detrás de los tumores.

Todas las defunciones registradas en el 2020 por esta causa establecen el máximo histórico en España desde que se tienen datos. Además, cabe mencionar que en España fallecen más personas quitándose la vida que por otras causas externas, como los accidentes de tráfico, los homicidios o la violencia de género. No obstante, existen más programas de prevención diseñados para reducir el número de accidentes de tráfico y de víctimas por violencia de género que planes y estrategias de prevención del suicidio<sup>(11)</sup>.

**Figura 2.** Gráfica comparativa del número de muertes por suicidio, accidentes de tráfico y violencia de género en España entre los años 2000 y 2020.



Fuente: Observatorio del Suicidio. Estadísticas de Defunción por Causa de Muerte 2019. INE (2021)<sup>(11)</sup>.

En Canarias, se estima que cerca del 11% de la población mayor de 16 años ha pensado en suicidarse en algún momento de su vida<sup>(29)</sup>. En el año 2020 se registró una cifra de 208 personas fallecidas por suicidio, 159 hombres y 49 mujeres<sup>(12)</sup>, con un aumento del 5,6% respecto al año 2019<sup>(11)</sup>. El grupo de edad con mayor número de muertes por suicidio se situó entre los 55 a 59 años, con 33 defunciones. Por islas, la distribución de personas fallecidas a causa del suicidio fue mayor en Gran Canaria y Tenerife, con 102 y 80 defunciones respectivamente. En Lanzarote y Fuerteventura se registraron 6 y 10 muertes correspondientemente, mientras que en el resto de islas se contaron 5 en La Gomera, 3 en La Palma y 2 en El Hierro<sup>(12)</sup>.

### 1.1.3 Etiología y factores de riesgo del suicidio

La etiología del suicidio comprende el estudio de factores de riesgo de diversa naturaleza y que pueden distribuirse en tres grupos principales: en función de su relación con la sociedad, la comunidad y entorno cercano y/o con el propio individuo. Esta clasificación se puede encontrar en protocolos como el informe internacional de la Organización Mundial de Salud (OMS) "Prevención del suicidio, un imperativo global"<sup>(13)</sup>, así como en el Programa de Prevención de la Conducta Suicida en Canarias<sup>(14)</sup>, a nivel autonómico.

En este último, la agrupación de los factores de riesgo está basada en la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida del SNS<sup>(7)</sup> y en el informe de Turecki y Brent<sup>(15)</sup>. A continuación, y siguiendo el modelo de la OMS, se desglosan los diferentes factores de riesgo en tres grupos principales.

#### 1.1.3.1 Factores de riesgo según la sociedad

- **Barreras que impiden el acceso a la atención de salud**<sup>(13)</sup>. A nivel mundial, existen diversos países cuyos sistemas de salud tienen escasos recursos de abordaje. A esto cabe añadir el hecho de que muchas personas disponen de conocimientos y medios insuficientes para acceder a los servicios de salud mental<sup>(16)</sup>.
- **Estigma asociado a la búsqueda de ayuda**<sup>(13)</sup>. Se trata de los tabúes, vergüenza y/o sentimiento de culpa que suelen experimentar las personas con una conducta suicida. Dichos factores entorpecen la búsqueda de ayuda en el sistema sanitario, lo que aumenta la desinformación y producen un complicado abordaje.
- **Acceso a métodos para quitarse la vida**<sup>(13)</sup>. Por ejemplo, plaguicidas, armas de fuego, alturas, vías de tren, fármacos y/o sustancias tóxicas como venenos y determinados gases<sup>(17)</sup>.
- **Difusión e interpretación inapropiada de la información en los medios de comunicación y redes sociales**<sup>(13)</sup>. Internet es una de las herramientas que más ha facilitado el descubrimiento de métodos de suicidio y/o ejemplos de celebridades que se hayan suicidado, así como información que se preste a interpretar el suicidio como una respuesta normal ante las adversidades<sup>(18)</sup>.

#### 1.1.3.2 Factores de riesgo según la comunidad y el entorno social

- **Desastres naturales y conflictos bélicos**<sup>(13)</sup>. Por ejemplo, la actual situación de guerra entre Ucrania y Rusia o la reciente erupción volcánica en la isla de La Palma.
- **Emigración**<sup>(13)</sup>. El estrés secundario al desplazamiento y la aculturación es significativo en las personas indígenas, migrantes y refugiados que huyen de situaciones de guerra y/o conflictos civiles, así como las personas en centros penitenciarios.
- **Discriminación**<sup>(13)</sup>. Algunos ejemplos de grupos vulnerables que se ven expuestos al rechazo y a la estigmatización son la población penitenciaria, las personas sin hogar, la comunidad LGTBIQ+, refugiados, migrantes o víctimas de acoso, tanto a través de la red como en el entorno.

- **Traumas psicológicos o abuso<sup>(13)</sup>**. Estos factores aumentan el estrés emocional y pueden favorecer la aparición de problemas de salud mental como la depresión. Entre las causas que originan estos traumas destacan los problemas financieros, académicos o laborales, el abuso sexual, maltrato emocional, la violencia en la niñez o la desestructuración familiar.
- **Sentimiento de aislamiento y falta de apoyo social<sup>(13)</sup>**. Los eventos vitales y sus adversidades, como detonantes de estrés, pueden llevar a que la persona experimente desesperanza o depresión, y si además carece de un círculo social en el que encuentre apoyo, puede desarrollar posibles comportamientos suicidas, en especial aquellas personas que viven solas, como es recurrente encontrar entre el grupo de la tercera edad<sup>(19)</sup>.
- **Conflictos, disputas o pérdidas de algún ser querido**. Las separaciones conyugales, los enfrentamientos dentro de la relación de pareja y/o la muerte de alguno de los miembros se consideran factores de riesgo para el suicidio<sup>(13)</sup>. De este grupo de factores destacan las mujeres que han sufrido violencia sexual o violencia de género por parte de sus compañeros íntimos, así como por otra persona que no fuera su pareja<sup>(20)</sup>.

#### 1.1.3.3 Factores de riesgo según el individuo

- **Antecedentes de intentos previos de suicidio<sup>(13)</sup>**. Es el principal factor de riesgo, pues las personas con tentativas previas de suicidio son las más próximas a intentarlo nuevamente.
- **Trastornos mentales<sup>(13)</sup>**. La depresión y los trastornos relacionados con el consumo excesivo de alcohol son los más comúnmente asociados a la conducta suicida.
- **Consumo de sustancias<sup>(13)</sup>**. Como se mencionó previamente, el consumo de sustancias, como el alcohol, puede derivar en el desarrollo de trastornos que aumentan el riesgo de suicidio.
- **Inestabilidad financiera y desempleo<sup>(13)</sup>**. La incertidumbre que genera la ausencia de un colchón económico estable puede aumentar el riesgo de ideación suicida acompañada de otros factores de riesgo ya mencionados como la depresión, la ansiedad, la violencia y el consumo de sustancias<sup>(21)</sup>.
- **Desesperanza respecto a la vida<sup>(13)</sup>**. La persona mira su futuro sin motivación y expectativas positivas, y frecuentemente se da junto a la depresión.
- **Enfermedades crónicas y con mal pronóstico de vida<sup>(13)</sup>**. El dolor, la incapacidad, el deterioro físico y psíquico y la angustia aumentan el riesgo de suicidio<sup>(22)</sup>.

- **Antecedentes familiares de suicidio**<sup>(13)</sup>. La pérdida de un familiar o allegado por suicidio puede impactar severamente en la vida de una persona, dando lugar a estrés, sentimiento de culpa, vergüenza, ira, ansiedad y/o angustia<sup>(23)</sup>.
- **Factores genéticos y biológicos**. Principalmente el sexo, especialmente en hombres y la edad, sobre todo cuando es avanzada y durante la adolescencia<sup>(14)</sup>, además de alteraciones genéticas como los niveles bajos de serotonina presentes en personas con determinados trastornos mentales, como la esquizofrenia<sup>(24)</sup>.

#### **1.1.4 El suicidio en la adolescencia**

La adolescencia es la etapa de la vida que engloba la transición entre el niño y el adulto, en la que el joven experimenta varios cambios físicos, cognitivos y psicosociales y en la que comienza a desarrollar en profundidad sus sentimientos, pensamientos, su autonomía en la toma de decisiones y su relación con el entorno<sup>(25)</sup>. Está considerada como una de las fases más intensas y complejas a lo largo del recorrido vital de una persona.

Este período de tiempo se ve marcado por las primeras experiencias a la hora de asumir responsabilidades y actuar con independencia. El adolescente persigue definir su identidad y poner en práctica los valores aprendidos durante su infancia, para así desarrollar sus habilidades como adulto<sup>(26)</sup>. Este proceso puede ir acompañado de experiencias de sufrimiento, soledad, dudas, ansiedad y confusión, que a su vez pueden influir en el desarrollo de trastornos, como la depresión, o el consumo de sustancias. Estas conductas, como se mencionó en el epígrafe anterior, son factores de riesgo que, en sintonía con otras variables, pueden fomentar la cognición suicida.

La ideación suicida, cuando se presenta en esta etapa vital, suele ser transitoria y no requiere de atención especializada. No obstante, desde que estos pensamientos comienzan a ser intensos y adquieren una duración prolongada en el tiempo aumenta el riesgo de adoptar un comportamiento suicida. Asimismo, la inmadurez emocional que caracteriza al adolescente favorece que a la hora de enfrentarse a situaciones de duelo, rechazo, fracaso o humillación pueda llegar a tomar decisiones potencialmente lesivas para su integridad de manera inmediata e impulsiva<sup>(27)</sup>.

Un estudio español expuso que el riesgo de desarrollar ideación suicida aumenta proporcionalmente respecto a la edad del adolescente, apreciándose este crecimiento entre los 13 y 16 años. Asimismo, este informe reveló que las chicas tienden a elaborar en mayor proporción ideas sobre la muerte, pero son los chicos los que más se suicidan.

Esto último resulta de significativo interés, pues a pesar de los datos anteriormente mencionados, del total de llamadas al Teléfono de la Esperanza registradas, el 65% pertenecen a mujeres y el 35% restante a hombres<sup>(28)</sup>.

En el año 2020 se suicidaron un total de 300 jóvenes españoles de entre 15 y 29 años, al que se le suman 14 menores de 15 años. Entre la juventud fallecida se registraron 277 hombres y 73 mujeres; y por debajo de los 15 años 7 chicos y 7 chicas<sup>(11)</sup>. En Canarias, por otra parte, se suicidaron dos jóvenes, uno menor de 15 años y otro entre los 15 y 19 años<sup>(12)</sup>. No obstante, estas cifras sólo representan la punta del iceberg, pues no engloban los intentos fallidos de suicidio ni las autolesiones realizadas con la intencionalidad de morir<sup>(30)</sup>.

### **1.1.5 Prevención y detección del suicidio en adolescentes: herramientas**

#### **1.1.5.1 Escala Paykel de Suicidio (EPS)**

Es un instrumento que permite determinar el riesgo de suicidio existente mediante una evaluación de las diferentes manifestaciones de la conducta suicida que ha experimentado el individuo en el último año, desde las ideas relacionadas con la muerte hasta las posibles tentativas de suicidio. Está formado por un total de cinco preguntas con un sistema de respuesta dicotómica (sí o no, puntuación 1 y 0, respectivamente). Es una herramienta sencilla y breve, lo que puede facilitar su empleo con adolescentes. Además, se puede emplear de manera combinada junto a otros instrumentos de evaluación<sup>(31)</sup>.

Las preguntas 1 y 2 valoran la presencia de ideas sobre la muerte como solución ante las adversidades. Los ítems 3 y 4 evalúan si la cognición suicida ha evolucionado hacia el diseño de planes para acabar con la propia vida, y en la cuestión 5 se aborda la existencia de intentos de suicidio previos. La puntuación máxima que se puede alcanzar es de 5, lo que indicaría un elevado riesgo de suicidio<sup>(32)</sup>. Esta herramienta ha sido utilizada en diversos estudios como el proyecto SEYLE<sup>(33)</sup>, en el que participaron adolescentes españoles, así como en una investigación ejecutada en La Rioja<sup>(32)</sup>.

**Tabla 1.** Escala Paykel de Suicidio.

<b>TABLA 1 ESCALA PAYKEL DE SUICIDIO</b>		
Por favor, ponga una cruz en la casilla que considere que se ajusta más lo que has sentido o experimentado durante el <b>último año</b>		
1. ¿Has sentido que la vida no merece la pena?	Sí	No
2. ¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarse.	Sí	No
3. ¿Has pensado en quitarte la vida aunque realmente no lo fueras a hacer?	Sí	No
4. ¿Has llegado al punto en el que considerarías realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías?	Sí	No
5. ¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?	Sí	No

Fuente: Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: A propósito de la Escala Paykel de Suicidio<sup>(31)</sup>.

#### 1.1.5.2 Escala de intencionalidad suicida de Beck (*Suicide Intent Scale, SIS*)

Esta escala se utiliza en personas que se han intentado quitar la vida para evaluar las características de la tentativa suicida<sup>(34)</sup>. Comprende un cuestionario de 21 preguntas, de las cuales 19 están orientadas a determinar la gravedad de la ideación y/o comportamiento suicida. Finalmente, los dos ítems restantes permiten responder sobre el número de intentos de suicidios previos y sobre la intencionalidad de morir adherida en la última tentativa<sup>(35)</sup>.

## 1.2 El acoso escolar

### 1.2.1 Concepto y descripción del acoso escolar

El acoso escolar o *bullying* es una forma de violencia en la que un niño o adolescente es maltratado o humillado en sucesivas ocasiones a lo largo del tiempo por parte de otro o varios escolares. Esta violencia escolar es realizada a través de diferentes métodos, como son los comentarios ingratos, el aislamiento del grupo, las amenazas y/o el maltrato físico, entre otros.

Según Olweus, el acoso escolar debe estratificarse según la intencionalidad, la duración en el tiempo y el abuso de poder<sup>(36)</sup>. Asimismo, Ortega señala que la violencia escolar entre iguales se rige por las leyes del silencio y del dominio – sumisión. En otras palabras, los participantes del acoso no suelen hablar sobre ello y, además, se da un vínculo entre un persona dominante, el acosador, y otra sumisa, la víctima<sup>(37)</sup>.

### 1.2.2 Epidemiología del acoso escolar

Según la UNESCO, 1 de cada 3 estudiantes en edad escolar sufren acoso. En una investigación realizada en estudiantes de entre 9 y 15 años se reflejó que el 32% había sufrido alguna forma de *bullying* en el último mes. Asimismo, este informe demostró que las manifestaciones más comunes en este tipo de violencia habían sido el maltrato físico, seguido del acoso sexual y del *ciberbullying* o acoso escolar en Internet. En cuanto a la variabilidad según el sexo, se evidenció que los estudiantes varones víctimas de acoso suelen sufrir más agresiones físicas, mientras que las chicas suelen experimentar un acoso en el que destaca la exclusión grupal y los comentarios desagradables<sup>(38)</sup>.

En España, el estudio Cisneros X expuso que 1 de cada 4 alumnos españoles (23%) sufre acoso escolar, con mayor prevalencia en niños (24,4%) que en niñas (21,6%). Esta investigación, realizada a estudiantes de entre 8 y 17 años, reflejó que, de cada cien alumnos en edad escolar, 44 habían sido víctimas de conductas de *bullying* al menos alguna vez. Asimismo, aquellos estudiantes que habían sufrido violencia escolar durante un tiempo prolongado y de manera recurrente presentaron un riesgo hasta 5 veces más elevado de desarrollar ideación suicida, asociado a una violencia de predominio psicológica mediante humillaciones y exclusión grupal.

Entre las manifestaciones de violencia escolar asociadas al riesgo de suicidio, destacaron también la denominación mediante motes, la negación del habla, la humillación ante los errores, los insultos, las acusaciones falsas, las burlas sobre el aspecto físico, los bulos, las críticas dirigidas hacia la personalidad de la víctima o el empleo de un lenguaje agresivo<sup>(39)</sup>. Asimismo, otros estudios como el informe PISA han estimado que el 17% de los estudiantes españoles habían sufrido alguna forma de acoso escolar en 2018<sup>(40)</sup>.

En cuanto al perfil sociodemográfico, Knaappila sugiere que las víctimas de acoso escolar suelen ser estudiantes de clase socioeconómica media-baja<sup>(41)</sup>. De igual manera, un informe publicado por la asociación *Save The Children* evidenció que el 52% había sufrido alguna forma de violencia en el ámbito escolar, con predominio de la burla como la forma de agresión mayormente sufrida, en un 34%. A esta expresión del acoso escolar le siguieron los rumores falsos, el maltrato físico, la exclusión grupal y los insultos. En lo que respecta al perfil de las víctimas, se halló que eran niños con sobrepeso y/o gafas (64%); con algún problema físico (47%); que se identificaban con colectivos minoritarios (42%); de distintas razas (41%); con discapacidad (30%) y/o que hablaban otro idioma (24%)<sup>(42)</sup>.

En Canarias, se publicó en 2017 un estudio sobre la prevalencia del acoso escolar en estudiantes de educación primaria y secundaria en la isla de Gran Canaria. Este análisis concluyó que el acoso escolar prevalente en la población estudiada era del 20%, motivado por razones como la orientación e identidad sexual (27%), seguida del sobrepeso (20%) y de la raza o etnia (13%). Asimismo, el alumnado femenino entrevistado referenció haber sufrido un mayor acoso que los chicos encuestados, además de mostrar una mayor sensibilización respecto a este fenómeno. De igual manera, las estudiantes del sexo femenino se identificaron más en el perfil de víctimas, mientras que los varones declararon identificarse más en el rol de acosador<sup>(43)</sup>.

### **1.2.3 Perfiles implicados en el acoso escolar**

En el fenómeno del acoso escolar están implicados tres roles o perfiles principales: el agresor o acosador, la víctima y el espectador o testigo. Estos tres roles se definen de acuerdo a las características físicas, psicológicas y conductuales de la persona, así como por su historia previa y el contexto escolar<sup>(44)</sup>.

#### **1.2.2.1 Agresor o acosador**

Suele ser un niño o adolescente en cuyo entorno familiar no se respetan las normas ni se establecen límites conductuales. Habitualmente, se trata de familias que consienten conductas inadecuadas y/o en las que se emplean métodos autoritarios como el castigo físico<sup>(45,46)</sup>. Mayormente, el maltratador escolar es un estudiante agresivo e impulsivo, cuyas habilidades sociales y de comunicación son escasas. Suelen carecer de empatía y presentan una autoestima alta<sup>(47)</sup>. Normalmente, se trata de jóvenes con una constitución física mayor que la de sus compañeros, además de ser mayores por haber repetido curso<sup>(48)</sup>. Asimismo, el acosador puede haber sido víctima de abandono y violencia familiar, lo que justifica que menosprecien los sentimientos de los demás. Se diferencian tres tipos de acosadores:

- **Agresor líder.** Se trata del estudiante que comienza el acoso.
- **Agresor seguidor.** Es el estudiante o grupo de estudiantes que se suman al acosador líder una vez éste ha iniciado una determinada forma de violencia.
- **Agresor reforzador.** Es aquel alumno o grupo de alumnos que apoyan la agresión hacia la víctima.

### 1.2.2.2 Víctima

- **Víctima pasiva.** Normalmente se trata de un niño o adolescente aislado socialmente del grupo y que carece de habilidades sociales y de comunicación. Su comportamiento se caracteriza por una falta de asertividad, lo que le lleva a actuar de manera sumisa. Este rol presenta, además, una notoria autoestima baja unida al miedo y ansiedad que sufren secundario al acoso. De igual manera, la víctima pasiva se suele responsabilizar a sí misma de la violencia escolar que padece y guarda silencio sobre la situación.
- **Víctima activa.** Al igual que en el caso anterior, este estudiante carece del apoyo grupal, viéndose excluido por parte de sus compañeros. Sin embargo, a diferencia de la víctima pasiva, su respuesta ante el acoso suele ser agresiva e impulsiva, pero sin llegar a resolver el conflicto. Ante los ojos del acosador, puede ser vista como alguien que incita a ser agredido<sup>(46)</sup>.

### 1.2.2.3 Espectador o testigo

- **Espectador defensor.** Como su nombre indica, se trata del estudiante o grupos de estudiantes que intentan defender y ayudar a la víctima.
- **Espectador pasivo.** A diferencia del perfil anterior, hace referencia al alumno o grupo de alumnos que no intervienen de ninguna forma en el acoso escolar. Pueden ser o no ser conscientes de la situación<sup>(44)</sup>.

## 1.2.4 Prevención y detección del acoso escolar entre adolescentes: herramientas

### 1.2.3.1 Bull-s Test: Instrumento de Evaluación de la Agresividad entre Escolares

Es un instrumento de evaluación que permite medir el nivel de agresividad existente dentro de una población de estudiantes. Esta herramienta facilita la identificación de las características socioafectivas del grupo y de los diferentes roles implicados, así como la relación de agresividad entre iguales<sup>(49)</sup>. El análisis de la relación grupal se basa en los criterios de aceptación-rechazo, agresividad-victimización y las características personales de los estudiantes involucrados. Este instrumento tiene dos formas de ejecución:<sup>(50)</sup>

- **Modalidad P (profesores).** Esta versión se emplea para comparar la percepción del alumnado y los docentes, en la que se recogen las siguientes variables: “elegido”, “rechazado”, “débil”, “cruel”, “fuerte”, “cobarde”, “agresivo”, “víctima”, “provoca” y “manía”.

- **Modalidad A (alumnos).** Esta versión se puede encontrar en el apartado de Anexos como **Anexo 1**. Recopila las variables sociodemográficas de los estudiantes (sexo, edad, procedencia y repetición de curso) y otras variables que se dividen en tres esferas diferentes:
  - **Dimensión 1: Realidad socioafectiva del grupo.** Estas variables permiten estimar cuál es la posición social de cada estudiante dentro del grupo y la estructura socioafectiva global, siendo: “ser elegido”, “ser rechazado”, “expectativa de ser elegido” y “expectativa de ser rechazado”.
  - **Dimensión 2: Agresión-victimización.** Son aquellas variables que establecen los roles de agresor y víctima entre los estudiantes, siendo: “fuerte”, “cobarde”, “agresivo”, “víctima”, “provoca” y “manía”.
  - **Dimensión 3: Realidad socioafectiva.** Se trata de las variables relacionadas con los aspectos circunstanciales que rodean el fenómeno del acoso escolar. Las variables por estudiar son: “forma”, “lugar”, “frecuencia”, “valoración de la situación” y “seguridad percibida en el centro educativo”.

La aplicación del instrumento se ejecuta a través de un programa informático en el que se introducen los datos recogidos por el cuestionario en sus modalidades A y P. En la metodología del proyecto se explicará el funcionamiento de esta herramienta en profundidad.

#### 1.2.3.2 *Test TEBAE: Test de Evaluación Breve del Acoso Escolar*

Es una herramienta que permite la valoración del acoso escolar en grupos grandes de estudiantes. Fue diseñada a partir de los resultados epidemiológicos obtenidos en el estudio Cisneros X<sup>(39)</sup>. Este instrumento emplea un sistema informatizado de manejo sencillo y cuyos resultados son de fácil interpretación, pues determina únicamente tres niveles de riesgo: “sin riesgo”, “riesgo detectado” y “riesgo grave”. Asimismo, esta herramienta incluye una escala de medición del daño psicológico para detectar otros problemas secundarios al acoso escolar<sup>(51)</sup>.

### 1.3 La enfermería escolar

#### 1.3.1 *Concepto y definición de la figura de enfermera escolar*

A partir de lo establecido en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS)<sup>(52)</sup> sobre la enfermería, y adaptado al contexto educativo, se puede definir que una enfermera escolar es aquella que dirige, evalúa y presta cuidados centrados en el bienestar, éxito académico y promoción de la salud en la vida de los estudiantes.

La enfermera escolar persigue el desarrollo óptimo de la salud del alumnado, al igual que contribuye a la resolución de sus afectaciones de su salud, gestión de casos específicos y prestación de apoyo emocional. Además, trabaja de manera coordinada con el resto del personal docente<sup>(53)</sup>. En España, la Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos (AMECE) ha contribuido al diseño de las competencias de la enfermera escolar, estableciendo que es la responsable de proporcionar cuidados centrados en el alumnado y en conjunto con el resto del equipo escolar. De acuerdo con la AMECE, sus funciones abarcan la prevención, detección y resolución de los problemas de salud de los estudiantes.

### **1.3.2 Competencias de la enfermería escolar**

En 2009, la AMECE presentó una primera propuesta del perfil de la enfermera escolar en la que se agrupan sus competencias en función de su nivel de intervención<sup>(54)</sup>. Asimismo, en 2015, elaboró una nueva guía en la que se describen las competencias y funciones de la enfermera escolar a partir de la propuesta anterior. De esta forma, se pueden clasificar según aborden la atención al estudiante, la gestión de la salud en el ámbito de enseñanza, el ejercicio profesional en dicho contexto y su trabajo coordinado con el resto de los profesionales.

#### **1.3.2.1 Asistencia integral del estudiante<sup>(55)</sup>**

- **Comunicación.** Crea una relación terapéutica con el estudiante mediante la interacción profesional. Identifica sus necesidades de cuidado, le enseña a gestionar el autocuidado de la salud, favorece el bienestar y le acompaña en los procesos de pérdida o cambios.
- **Asistencial.** Valora y presta cuidados de manera integral al niño y/o adolescente. Es capaz de detectar irregularidades y carencias en las necesidades de la salud, establecer juicios clínicos profesionales y planificar intervenciones que resuelvan los problemas localizados. Este proceso de atención lo puede abordar mediante la educación para la salud, la detección y actuación de sospecha de alguna forma de abuso o violencia, el control de la evolución de aquellos estudiantes hospitalizados, enfermos y/o en situación de duelo, ejecución de pruebas diagnósticas y seguimiento de planes de actuación, diseño y aplicación de planes de cuidados individualizados, prescripción enfermera, apoyo emocional y actuación en situaciones de riesgo vital para el estudiante<sup>(56)</sup>.

#### 1.3.2.2 *Gestión de la salud en el ámbito escolar*<sup>(55)</sup>

La enfermera escolar se encarga de liderar y coordinar la gestión clínica para atender las necesidades de salud del alumnado, del equipo educativo, la calidad de los cuidados que presta, los sistemas de información relacionados con el ejercicio profesional y la prevención de complicaciones<sup>(56)</sup>.

#### 1.3.2.3 *Otras competencias relacionadas con el ejercicio profesional*<sup>(55)</sup>

- **Docencia.** Diseña planes de enseñanza que se adapten a las necesidades de formación en el cuidado de la salud, al igual que elabora y aporta material educativo, evalúa el nivel de conocimientos de la comunidad educativa y participa en actividades de formación dirigidas a los profesionales de la salud y el resto de los profesionales del ámbito escolar<sup>(57)</sup>.
- **Investigación.** Hace uso de la evidencia científica disponible para fundamentar y mejorar los cuidados prestados y a su vez, puede participar y ejecutar estudios que permitan disponer de un mayor conocimiento científico y así contribuir a la mejora de la práctica profesional<sup>(56)</sup>.

#### 1.3.2.4 *Relaciones interprofesionales*<sup>(55)</sup>

- **Con el centro de enseñanza.** Lleva a cabo propuestas relacionadas con el ámbito de la salud y su ejercicio profesional para aplicarlas en el centro escolar.
- **Con los tutores, profesores y resto de la comunidad educativa.** Colabora con el personal docente en la elaboración y diseño de materias didácticas relacionadas con la educación para la salud, contribuye en la formación de los profesionales del centro educativo para desarrollar conductas saludables, informa y orienta sobre aspectos de salud de interés, participa en las tutorías que cada tutor establece con las familias del alumnado y contribuye al desarrollo del documento individual de adaptación curricular (DIAC) de cada estudiante.
- **Con el alumnado y sus familias.** Forma parte del Consejo Escolar del centro educativo y participa en la escuela de padres, en donde puede fomentar estilos de vida saludables y formar a las familias interesadas sobre aspectos relacionados con el ámbito de la salud.
- **Con otros servicios ajenos al centro de enseñanza.**
  - **Centros de Atención Primaria de referencia.** Contribuye a la elaboración de programas de educación para la salud, vacunación y prevención, así como también informa sobre problemas y casos de interés sanitario específicos.

- **Centros de Atención Especializada.** Contacta con los especialistas, tras previo consentimiento del estudiante y su familia, para unificar su plan de cuidados con el tratamiento y plan de actuación pautados, así como para llevar a cabo un seguimiento conjunto del alumno.
- **Centros de menores.** Aporta y comparte información sobre los cuidados de los alumnos.
- **Con centros de enseñanza universitaria.** Algunas universidades españolas ya contemplan en su plan de estudios del Grado en Enfermería asignaturas como Salud Escolar o Enfermería Escolar, además de que estudiantes en prácticas de este grado y enfermeros internos residentes pueden rotar con la enfermera escolar. De igual manera, participa en conferencias, seminarios y másteres universitarios<sup>(54)</sup>.

#### 1.4 Justificación

En 2021 había 8.046.792 estudiantes españoles en edad escolar registrados. Para esta cifra mencionada, el número total de enfermeras escolares registradas fue de 963. Esto se traduce en que, en España, hay una enfermera por cada 8.497 estudiantes<sup>(58)</sup>. La enfermería escolar española se encuentra muy alejada de la ratio recomendada por la Asociación Internacional de Enfermería Escolar, que es, una enfermera por cada 750 estudiantes. Ese mismo año, Canarias dispuso de 10 enfermeras para los 326.105 estudiantes en edad escolar matriculados en todo el archipiélago<sup>(59)</sup>.

Natividad López, presidenta de la AMECE, señala que el objetivo a perseguir cada centro escolar de España disponga de una enfermera escolar, pues además de la función asistencial, la educación para la salud que puede llevar a cabo la enfermera escolar es clave para construir unos cimientos sólidos sobre hábitos saludables y de autocuidado en la futura población adulta. Por otra parte, Florentino Pérez Raya, presidente del Consejo General de Enfermería (CGE), hace alusión al hecho paradójico de que en España sea obligatorio contar con una enfermera del trabajo en aquellas empresas en las que trabajan más de 500 profesionales, mientras que en los centros educativos, en los que también pueden haber más de 500 estudiantes, sigue sin ser obligatoria la presencia de una enfermera escolar.

En pocas palabras, la figura de la enfermera escolar sigue siendo anecdótica en España<sup>(60)</sup>. Asimismo, cabe mencionar que las cifras recogidas por el Observatorio Nacional de Enfermería ponen en evidencia que, en muchos casos, las enfermeras escolares que se encuentran asignadas en determinados centros de enseñanza se tratan de contratos de refuerzo secundarios a la pandemia COVID-19.

Esto ocurre, por ejemplo, en Andalucía, en donde hay presencia de enfermeras en los centros para el seguimiento y detección de casos de covid-19<sup>(58)</sup>. Como se comentó en el epígrafe dedicado a las competencias de la enfermería escolar, dentro de sus funciones asistenciales se encuentra el reconocimiento e intervención en situaciones de sospecha de abuso o violencia, como puede ser el abuso sexual, acoso escolar, maltrato infantil o conductas suicidas; lo que también se traduce en situaciones de potencial riesgo vital<sup>(55,56)</sup>.

Cuando se habla de la atención y educación para la salud también se incluye la salud mental, la cual resulta cada vez más preocupante en niños y adolescentes. Cada vez más jóvenes manifiestan haber tenido síntomas depresivos o adoptado conductas suicidas y de autolesión. Debido a ello, la Asociación Española de Pediatría (AEP) defiende la importancia de una intervención temprana desde las aulas<sup>(61)</sup>.

La enfermera escolar puede acompañar y orientar en el proceso de adquisición de habilidades de salud emocional, tanto en niños como adolescentes, comunidad educativa y familias. Esta propuesta de intervención se encuentra recogida en un programa educativo sobre la salud emocional elaborado por la Asociación Catalana de Enfermería y Salud Escolar (ACISE). Esta guía, realizada en conjunto con la Asociación Científica Española de Enfermería y Salud Escolar (ACEESE), expone la necesidad de valorar el desarrollo socioemocional para promover una salud integral. Dentro de la propuesta mencionada se incluye la detección de riesgo de suicidio juvenil<sup>(62)</sup>.

## **1.5 Objetivos**

### **1.5.1 *Objetivo general***

Determinar la relación existente entre el acoso escolar y el riesgo de suicidio entre los adolescentes de dos centros de enseñanza secundaria en La Palma.

### **1.5.2 *Objetivos específicos***

- Establecer el perfil sociodemográfico de la población de estudio.
- Determinar el riesgo de suicidio existente en las aulas de los centros de enseñanza mencionados.
- Estudiar la incidencia del acoso escolar en las aulas de los centros educativos señalados.
- Conocer la relación entre el acoso escolar y las variables personales de los estudiantes.
- Estimar y describir el riesgo de suicidio entre los estudiantes con un perfil susceptible de sufrir acoso escolar.

## 2. METODOLOGÍA

### 2.1 Ámbito de estudio

Para ejecutar el estudio se han seleccionado dos centros de enseñanza secundaria en la isla de La Palma, siendo el Luis Cobiella Cuevas, situado en Santa Cruz de La Palma, y el Eusebio Barreto Lorenzo, en Los Llanos de Aridane.

#### 2.1.1 *Luis Cobiella Cuevas*

Este instituto contó en el curso 2021-2022 con un total de 512 alumnos matriculados, con edades comprendidas entre los 12 y 18 años, y un equipo docente integrado por 58 profesores. A continuación, se ilustran los niveles académicos que se imparten en este centro, el número de grupos por nivel y la cifra total de estudiantes por curso.

**Tabla 2.** Relación de niveles académicos, grupos y alumnos por nivel.

Nivel académico	N.º de grupos	N.º de alumnos total
1º de ESO	3	74
2º de ESO	4	90
3º de ESO	3	80
4º de ESO	4	84
1º de Bachillerato	4	83
2º de Bachillerato	5	93
Aula enclave	2	8

Fuente: Elaboración propia a partir de la información facilitada por la secretaría del centro.

#### 2.1.2 *Eusebio Barreto Lorenzo*

Este centro de enseñanza secundaria contó en el curso 2021 – 2022 con un total de 671 alumnos matriculados, con edades desde los 12 a los 18 años, además de mayores de edad por los niveles académicos en los que se imparte formación a adultos. Su equipo docente está integrado por 33 profesores. En la siguiente tabla se muestran los diferentes niveles académicos que se imparten en este instituto, así como el número de grupos por nivel y la cifra total de estudiantes por curso.

**Tabla 3.** Relación de niveles académicos, grupos y alumnos por nivel.

<b>Nivel académico</b>	<b>N.º de grupos</b>	<b>N.º de alumnos total</b>
<b>1º de ESO</b>	<b>4</b>	<b>88</b>
<b>2º de ESO</b>	<b>6</b>	<b>90</b>
<b>3º de ESO</b>	<b>6</b>	<b>108</b>
<b>4º de ESO</b>	<b>5</b>	<b>105</b>
<b>1º de Bachillerato</b>	<b>7</b>	<b>120</b>
<b>2º de Bachillerato</b>	<b>6</b>	<b>110</b>
<b>1º de Bachillerato (adultos)</b>	<b>2</b>	<b>11</b>
<b>2º de Bachillerato (adultos)</b>	<b>2</b>	<b>20</b>
<b>Aula enclave</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
<b>Formación profesional básica</b>	<b>1</b>	<b>15</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de la información facilitada por la dirección del centro.

## **2.2 Tipo de estudio**

Se llevará a cabo un estudio de tipo cuantitativo observacional de corte transversal no probabilístico en las aulas de cada centro de enseñanza.

## **2.3 Población y muestra del estudio**

### **2.3.1 Población**

La población del estudio está formada por el alumnado matriculado de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), Bachillerato y Formación profesional básica, de los centros educativos públicos Luis Cobiella Cuevas y Eusebio Barreto Lorenzo en el curso 2021-2022.

### **2.3.2 Muestra**

Para el cálculo del tamaño muestral, se empleará una fórmula matemática adecuada al tipo de investigación y población de estudio como se ilustra a continuación, y en la que:

- $n$  = tamaño de la muestra
- $N$  = tamaño de la población
- $Z$  = coeficiente de fiabilidad
- $p$  = proporción esperada del acoso escolar en la población de estudio

- q = proporción de la población de estudio que no sufre acoso escolar (1 – p)
- d = nivel de precisión

$$n = \frac{N Z^2 pq}{d^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

Para determinar la incidencia del acoso escolar presente en las aulas de estudio, se considera una población finita de unos 22 estudiantes (N<sub>1</sub>), en el IES Luis Cobiella Cuevas y de 17 alumnos (N<sub>2</sub>) en el IES Eusebio Barreto Lorenzo, que equivale al número de alumnos promedio por grupo.

Se calcula una proporción del 23%<sup>(39)</sup> de estudiantes víctimas de acoso escolar (p), y un 77% de población que no sufre este fenómeno (q). Para un cociente de fiabilidad del 95% (Z) y precisión del 10% (d) se obtendrá una muestra de 17 alumnos por aula (n<sub>1</sub>) en el IES Luis Cobiella Cuevas y de 14 estudiantes (n<sub>2</sub>) en el IES Eusebio Barreto Lorenzo.

A pesar de ello, el tamaño de la muestra intentará englobar a todo el alumnado posible para que los resultados obtenidos tras el estudio sean de mayor seguridad y de suficiente precisión en pruebas bilaterales. Las pérdidas del seguimiento se determinarán a partir de la investigación.

### **2.3.3 Criterios de inclusión**

En este estudio se contará con aquellos alumnos, entre los 12 y 18 años, matriculados en el curso 2021-2022 en los centros de enseñanza escogidos que hayan dado su consentimiento y estén presentes en el aula en el momento en el que se les pase la encuesta.

### **2.3.4 Criterios de exclusión**

Para llevar a cabo la investigación se descartarán aquellos alumnos matriculados en el curso 2021 – 2022 que pertenezcan a algún nivel de Bachillerato de adultos o aula enclave, así como los estudiantes que no deseen participar y/o que no se encuentren presentes en el aula a la hora de ser encuestados.

## **2.4 Materiales y métodos**

### **2.4.1 Instrumentos y factores de estudio**

Para la recopilación de los datos de interés se empleará la EPS y el Bulls-Test.

Los datos se registrarán mediante un único cuestionario electrónico en el que se engloben las variables sociodemográficas de la población de estudio, así como aquellas asociadas a los instrumentos empleados para la investigación. A continuación, se detallan los factores a estimar en este estudio.

#### 2.4.1.1 Variables sociodemográficas

- **Nombre del centro.** Variable cualitativa nominal dicotómica: IES Luis Cobiella Cuevas o IES Eusebio Barreto Lorenzo.
- **Sexo.** Variable cualitativa nominal politómica: hombre, mujer u otro.
- **Edad.** Variable cuantitativa continua: desde los 12 hasta los 18 años.
- **Nivel académico.** Variable cualitativa ordinal politómica: desde 1º de ESO hasta 2º de Bachillerato y/o Formación profesional básica.
- **Grupo.** Variable cualitativa nominal politómica: A, B, C, D, E, F o G.
- **Número de orden de lista.** Variable cuantitativa discreta que, en este estudio, se empleará como cualitativa nominal politómica para identificar a los alumnos.
- **Alumno repetidor.** Variable cualitativa nominal dicotómica: sí o no.

#### 2.4.1.2 EPS y variables de estudio

La EPS, como se ilustró en la **Tabla 1**, está compuesta por 5 preguntas cerradas que evidencian la presencia o ausencia de alguna manifestación relacionada con el fenómeno suicida que haya podido experimentar el alumno en el último año. En concreto, los factores de estudio presentes en la escala son la gravedad de la ideación, la intensidad de dicha cognición, la presencia o ausencia de una conducta suicida y la letalidad de esta, en caso de que la hubiera. La severidad y magnitud de los pensamientos sobre la muerte se estiman a partir de los siguientes ítems:

- **Haber sentido que la vida no merece la pena.** Variable cualitativa nominal dicotómica: sí o no.
- **Haber deseado estar muerto.** Variable cualitativa nominal dicotómica: sí o no.
- **Haber pensado en quitarse la vida.** Variable cualitativa nominal dicotómica sí o no.

Por otra parte, la conducta suicida y su letalidad se miden a partir de los siguientes ítems:

- **Haber planeado cómo quitarse la vida.** Variable cualitativa nominal dicotómica: sí o no.
- **Haber intentado quitarse la vida alguna vez.** Variable cualitativa nominal dicotómica: sí o no<sup>(31)</sup>.

Cada respuesta afirmativa equivale a una puntuación de 1, de manera que el análisis de los resultados obtenidos se establecerá según la cifra alcanzada al finalizar la encuesta, siendo: 0 (sin riesgo), 1 (riesgo leve), 2-3 (riesgo moderado), 4-5 (riesgo elevado). Tanto la agrupación previa de las variables asociadas a los ítems de la escala como la interpretación de la información es de elaboración propia a partir de las definiciones recogidas en la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida<sup>(7)</sup> acerca de las diferentes expresiones del suicidio, en este caso, sobre la ideación y comportamiento suicida.

#### 2.4.1.3 Bulls – Test y variables de estudio

El Bulls – Test, como se comentó anteriormente, es una herramienta que permite evaluar el nivel de agresividad existente entre los escolares mediante un sociograma resultante de cada grupo. Para ejecutar el estudio se empleará la forma A (**Anexo 1**), compuesta por 15 ítems, de la que se obtendrán diferentes sociomatrices en función del factor de estudio. A continuación, se clasifican los ítems en tres apartados principales y se ilustran las variables de interés asociadas a cada uno:<sup>(49,50)</sup>

- **1º Apartado: Realidad socioafectiva del grupo.** En esta esfera del cuestionario, cada estudiante deberá escoger un máximo de hasta tres compañeros, identificados por su número de lista. Las variables que se evalúan en este apartado están relacionadas con la estructura grupal y la cohesión entre sus miembros. De esta manera, se puede valorar el nivel de aceptación o rechazo de cada estudiante en función de las respuestas de sus compañeros y sus propias expectativas.
  - **A quién elegirían de compañero.** Estima el nivel de popularidad entre los compañeros, desde menor a mayor nivel de aceptación. Variable cualitativa ordinal.
  - **A quién no elegirían de compañero.** Mide el nivel de rechazo en el grupo, desde menor a mayor rechazo. Variable cualitativa ordinal.
  - **Quién creen que los elegiría.** Determina el nivel de expectativa de aceptación de cada estudiante, desde menor a mayor expectativa de popularidad. Variable cualitativa ordinal.
  - **Quién creen que no los elegiría.** Establece el nivel de expectativa de rechazo de cada adolescente, desde menor a mayor expectativa de rechazo. Variable cualitativa ordinal.

- **2º Apartado: Relación agresor-víctima.** En esta dimensión del cuestionario cada estudiante indicará un máximo de hasta tres compañeros, identificados por su número de lista, en función de la relación agresión-victimización existente en el grupo. De esta forma, se estimará la incidencia del fenómeno, los alumnos implicados directamente, la conducta individual ante el problema y su percepción personal. Serán de notorio interés aquellos alumnos que se repitan en, al menos, un 25% en cada uno de los diferentes perfiles conocidos dentro del acoso escolar<sup>(64)</sup>, tal y como se exponen a continuación:
  - **Agresor.** Ítems asociados: 5) Fuerte, 7) Agresivo y 9) Provoca. Variables cualitativas nominales.
  - **Víctima.** Ítems asociados: 6) Cobarde, 8) Víctima y 10) Manía. Variables cualitativas nominales.
- **3º Apartado: Aspectos situacionales del acoso.** Aborda los elementos que definen y contextualizan la situación de acoso:
  - **Forma de las agresiones.** El estudiante señalará por orden de preferencia cómo suelen ser las agresiones: insultos y amenazas, maltrato físico, rechazo u otra forma que podrá especificar. Variable cualitativa nominal.
  - **Lugar en el que transcurren las agresiones.** El alumno indicará por orden de preferencia dónde tiene lugar la violencia escolar: en el aula, en el patio, en los pasillos u otro lugar que podrá especificar. Variable cualitativa nominal.
  - **Frecuencia con la que ocurren las agresiones.** El estudiante seleccionará una única respuesta: todos los días, 1-2 veces por semana, rara vez o nunca. Este ítem estima si el acoso es más o menos frecuente. Variable cualitativa ordinal politómica.
  - **Gravedad del acoso.** El alumno escogerá una única respuesta: poco o nada, regular, bastante o mucho. Esta variable mide si el acoso es más o menos grave. Variable cualitativa ordinal politómica.
  - **Seguridad en el centro percibida.** El adolescente elegirá una única respuesta: poco o nada, regular, bastante o mucho. Este ítem evalúa el nivel de seguridad que siente el estudiante cuando permanece en el centro, desde nada seguro hasta muy seguro. Variable cualitativa ordinal politómica.

## **2.5 Técnica de recogida de datos**

La recopilación de los datos se realizará mediante una encuesta electrónica tipo *Google Forms* en el que se incluyan las variables descritas previamente. Para ello, en primer lugar, se contactará con los centros de enseñanza para presentar una solicitud de autorización (**Anexo 2**) y, tras previo consentimiento del centro, poder ejecutar el estudio. Una vez se autorice el estudio, el investigador principal (IP) y los colaboradores se presentarán en los respectivos centros de enseñanza para explicar el procedimiento y cómo los alumnos deben responder la encuesta, que será cumplimentada en el aula.

En ese momento, se escribirá en la pizarra el número de orden de lista asignado a cada estudiante de la clase con el que se identificarán para registrar sus datos. Esto facilitará que los alumnos puedan emplear dicha numeración en sus respuestas para elaborar el sociograma. El tiempo estimado de duración para cumplimentar la encuesta es de unos 45 minutos aproximadamente. Los datos recogidos serán codificados y anonimizados teniendo en cuenta las siguientes variables de estudio: centro académico, nivel académico, grupo y número de orden de lista.

Una vez los datos se tabulen y depuren en Excel, se procesarán en el programa informático estadístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, en español. Para la obtención de los sociogramas grupales con respecto a la agresividad escolar se empleará el programa informatizado asociado a la herramienta Bulls-Test.

## **2.6 Aspectos éticos**

De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales<sup>(65)</sup>, se asegurarán la confidencialidad, anonimato y protección de los datos recogidos en la investigación, tanto a nivel individual como institucional, de aquellos estudiantes interesados en participar. Además, será un requisito indispensable que el centro de enseñanza comunique a los progenitores acerca de la realización del estudio, una vez haya sido autorizado. De la misma forma, se informará al profesorado y alumnado presente en el aula antes de realizar la encuesta.

## **2.7 Análisis e interpretación de los datos**

### **2.7.1 Análisis descriptivo**

Para el estudio de las variables cualitativas se empleará la frecuencia absoluta, que indicará el número de veces que aparece el dato estadístico. Para calcular los porcentajes, se estimará la frecuencia relativa (frecuencia absoluta/nº total de datos). Se representarán mediante gráficos de barras, sectores, columnas o histogramas.

En lo que respecta a las variables cuantitativas, en primer lugar, se diferenciarán según sean de distribución normal o no. Para ello, se realizará la prueba de Kolmogórov-Smirnov que permita estimar un valor de discrepancia entre la función de la distribución normal y la teórica observada. Una vez realizada esta distinción, se emplearán la media y la desviación típica en aquellas variables cuantitativas que sean de distribución normal, y la mediana para las que no.

Asimismo, dentro de las variables cuantitativas se discriminará entre continuas y discretas, para las que se usarán histogramas y gráficos de barras respectivamente.

### **2.7.2 Análisis interferencial**

Para realizar el estudio interferencial de las variables se emplearán pruebas paramétricas y no paramétricas según la distribución de su normalidad. Para conocer la asociación entre dos variables cualitativas se utilizará la prueba de chi-cuadrado ( $\chi^2$ ). En el caso de las variables cuantitativas, se utilizará el coeficiente de correlación de Pearson para distinguir en aquellas que sigan una distribución normal, y el de Spearman para las que no. A la hora de comparar las variables cuantitativas con las cualitativas se recurrirá al análisis de varianza multivariante, MANOVA, para el conjunto de las variables y el análisis univariante, ANOVA, para estudiarlas individualmente. Asimismo, para comparar las variables se considerará que tendrán consistencia estadística cuando el valor de p sea menor a 0,05.

## **2.8 Cronograma**

El estudio tendrá una duración aproximada de 15 meses, desde enero de 2022 hasta marzo de 2023, estructurándose en tres períodos principales, como se ilustra en el **Anexo 3**:

- **Fase I.** Entre los meses de enero a marzo de 2022 se llevó a cabo una revisión bibliográfica de la literatura disponible en bases de datos científicas como son Web of Science (WOS), Scielo, Cochrane Plus, Google Académico, Dialnet o Elsevier mediante el uso de palabras clave como “suicidio”, “riesgo de suicidio”, “acoso escolar”, “prevención”, “adolescentes” y “enfermería escolar”. Asimismo, durante este período se diseñó el estudio y se presentó la solicitud de autorización en los centros educativos escogidos.
- **Fase II.** Una vez se obtengan los permisos pertinentes, se ejecutará la recogida de datos presencialmente en los centros de enseñanza IES Luis Cobiella Cuevas e IES Eusebio Barreto Lorenzo. Esta recopilación se llevará a cabo presencialmente en las aulas durante el primer trimestre del curso académico 2022 – 2023, desde septiembre hasta diciembre del 2022. El investigador principal y colaboradores informarán al alumnado y profesorado sobre los

objetivos y características de la investigación, así como del anonimato y participación voluntaria de la misma.

- **Fase III.** En esta última etapa, se elaborará el informe final en el que se incluyan los resultados estadísticos obtenidos, discusión final y conclusiones del estudio. Estos resultados, a su vez, podrán ser difundidos en revistas y congresos de interés científico.

## 2.9 Presupuesto

Para la elaboración de esta investigación se estima un presupuesto necesario de 2280€, para el que se requerirá la solicitud de una financiación. Dicho presupuesto (**Anexo 4**) incluirá:

- **Medios humanos.** Se contará con la colaboración de un estadístico el análisis e interpretación de los datos recogidos y de un traductor para difundir el estudio en revistas internacionales.
- **Medios materiales**
  - **Material no fungible.** Se requerirá de un ordenador para la elaboración del proyecto y una impresora para la impresión de la documentación a cumplimentar. Además, se obtendrá la licencia del Bulls-Test Versión 2.2 (2012) para obtener el informe sociométrico en el programa informático asociado a este cuestionario.
  - **Material fungible.** Se necesitarán folios DinA4, tóner para la impresora y bolígrafos.
  - **Otros gastos.** Participación en congresos de divulgación científica para presentar el estudio. Los gastos incluyen costes de transporte y de inscripción.

## 2.10 Limitaciones del estudio

Dado que la participación en el estudio por parte de los estudiantes depende de su voluntariedad, se podría dar un posible sesgo de selección secundario a una representación menor de la esperada de la población de estudio, no obteniéndose el número suficiente de respuestas deseadas para esta investigación.

De igual manera, se tendrá en cuenta un posible sesgo de información, ya que los participantes pueden dar respuestas falsas respecto al sociograma de cada grupo y su posible ideación suicida, ya sea para ocultar los verdaderos sucesos y seguir manteniendo encubierta la situación de agresividad, o por temor al posible impacto que puedan generar los resultados obtenidos, especialmente en el caso de las víctimas al señalar quiénes son los acosadores.

Asimismo, este sesgo de información incluye la posibilidad de que el agresor y su víctima vinculada pertenezcan a diferentes grupos, por lo que su relación agresor-víctima se discrimine en el sociograma resultante de cada grupo.

### **3. RESULTADOS ESPERADOS**

Con este estudio se espera demostrar que el acoso escolar aumenta el riesgo de suicidio juvenil entre las víctimas que lo sufren. Una investigación evidenció que de cada 100 víctimas de acoso escolar, 38 presentan un riesgo de suicidio elevado<sup>(39)</sup>. Así pues, otra línea de investigación expuso que el 78% de los adolescentes que se habían suicidado fueron víctimas de alguna forma de acoso escolar<sup>(63)</sup>.

Entre la población en edad escolar hay tasas elevadas de jóvenes con ideación y conductas suicidas. En una investigación ejecutada en adolescentes, de entre 13 y 17 años, halló que el 29,4% de los encuestados presentaban ideas sobre la muerte<sup>(27)</sup>. Esta cifra es similar a la expuesta en un estudio europeo (32,3%), en el que además se encontró que el 4,2% de la muestra había intentado suicidarse<sup>(33)</sup>.

Asimismo, un estudio español, realizado en jóvenes con edades comprendidas entre 14 y 19 años, concluyó que aproximadamente el 4% había intentado suicidarse. De esta población estudiada, en la que se empleó la EPS, se evidenció que el 6,9% había obtenido una puntuación de al menos 4 sobre 5, considerándose este valor un riesgo alto de suicidio<sup>(32)</sup>. Por otra parte, otro estudio reflejó que el 65% de la población que busca ayuda ante los pensamientos y conductas suicidas son las mujeres, siendo los hombres el 35% restante<sup>(28)</sup>. No obstante, como se ha referenciado a lo largo del documento, diversos informes coinciden en que la tasa de suicidio es mayor en hombres que en mujeres.

En lo que respecta al acoso escolar el informe Cisneros X demostró que la tasa de acoso en España es del 23,3%, con mayor incidencia en varones que en chicas<sup>(39)</sup>. De igual manera, un estudio sobre las vivencias de acoso escolar entre una población española, con edades comprendidas entre los 10 y 17 años, estimó que alrededor de 1 de cada 4 niños (23%) había participado en alguna de las expresiones de esta violencia escolar mediante humillaciones y/o maltrato físico. En cuanto a los perfiles susceptible implicados, se halló que los estudiantes varones suelen participar con mayor frecuencia en agresiones físicas, mientras que las chicas emplean más el maltrato psicológico como acosadoras<sup>(42)</sup>.

Además, la prevalencia encontrada de agresores se sitúa en el 2,8% para las chicas y del 9,4% para los chicos, mientras que entre las víctimas se encontraron tasas del 5,9% para las chicas y del 8,6% para los varones. También se evidenció que la estructura y realidad socioeconómica familiar influye positivamente sobre el acoso escolar, tanto desde el rol del agresor como de la víctima<sup>(41)</sup>. En cuanto al perfil de las víctimas, varios estudios coincidieron en que habitualmente pertenecen a grupos minoritarios y/o que sufren algún problema de salud, entre los que destacan el sobrepeso, la discapacidad física, la orientación o identidad sexual y las razas y etnias<sup>(42,43)</sup>.

A modo de conclusión, cabe mencionar que, en la actualidad, ambos fenómenos carecen de los medios suficientes para su prevención, detección e intervención por parte de la enfermera escolar, una figura aún anecdótica dentro del ámbito educativo. Este estudio permitirá una mayor visibilidad ante las instituciones sanitarias de la figura de las enfermeras en el ámbito escolar, pues pueden participar en la detección de indicadores relacionados con los fenómenos mencionados, así como en la educación de los adolescentes. De esta forma, el proyecto pretende abrir nuevas rutas en el devenir profesional de la enfermería mediante intervenciones dirigidas a la detección de estudiantes en riesgo, así como hacer reflexionar sobre la influencia de las enfermeras en los centros de enseñanza para disminuir la mortalidad secundaria al suicidio juvenil.

#### 4. BIBLIOGRAFÍA

1. INEbase [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2021. Defunciones según la causa de muerte en el año 2020 2021; [citado 2022 Mar 1]; [19 páginas]. Disponible en: <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/es/notasPrensa.htm?anyo=2021>
2. EFE. 20minutos [Internet]. Noticia: Casi el 20% de los adolescentes deseó su muerte en el último año y un 5% intentó quitarse la vida, según un estudio; 2022 May 5. [citado 2022 May 19]. Disponible en: <https://www.20minutos.es/noticia/4995760/0/casi-el-20-de-los-adolescentes-deseo-su-muerte-en-el-ultimo-ano-y-un-5-intento-quitarse-la-vida-segun-un-estudio/>
3. Informe anual Teléfono/Chat ANAR 2021 [Internet]. Madrid: Ayuda a Niños/as y Adolescentes en Riesgo [citado 2022 May 19]. Disponible en: <https://www.anar.org/anar-trato-en-2021-a-4-542-menores-de-edad-por-ideacion-suicida-autolesiones-o-intento-de-suicidio/>
4. Real Academia Española [Internet]. Madrid: Diccionario de la lengua española [citado 2022 Feb 1]. “Suicidio”. Disponible en: <https://dle.rae.es/suicidio>
5. Real Academia Española [Internet]. Madrid: Diccionario de la lengua española [citado 1 feb 2022]. “-cidio”. Disponible en: <https://dle.rae.es/-cidio?m=form>
6. Real Academia Española [Internet]. Madrid: Diccionario de la lengua española [citado 1 feb 2022]. Suicidarse. Disponible en: <https://dle.rae.es/suicidarse>
7. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. [Internet]. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. [actualizado Sep 2020]. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avaluat 2010/02. 2012. [citado 2022 Mar 1]. [381 páginas]. Disponible en: [https://doi.org/10.46995/gpc\\_481](https://doi.org/10.46995/gpc_481)
8. Silverman MM, Berman AL, Sanddal MS, O’Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 1: Background, Rationale, and Methodology. *Suicide Life Threat Behav* [Internet]. 2007;37(3):248-63 [citado 2022 Mar 1]. Disponible en: <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.248>
9. Silverman MM, Berman AL, Sanddal MS, O’Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors [Internet]. *Suicide Life Threat Behav*. 2007 [citado 2022 1 Mar];37(3): 264-277. Disponible en: <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.264>
10. Organización Mundial de la Salud [Internet]. [actualizado 17 Jun 2021]. [citado 1 feb 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
11. Fundación Española para la Prevención del Suicidio [Internet]. Observatorio del Suicidio 2020. Madrid, España: 2021 [citado 2022 Mar 1]. Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/>

12. Instituto Canario de Estadística [Internet]. Suicidios de residentes según sexos y grupos de edad por años. Gobierno de Canarias: 2022. [citado 2022 Mar 1]. Disponible en: Inicio ISTAC - Gobierno de Canarias
13. Grupo de trabajo del informe “Prevención del suicidio, un imperativo global”. OMS. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Oficina Regional para las Américas. Washington, DC. OPS: Organización Panamericana de la Salud, 2014. [citado 2022 Mar 1]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>
14. Grupo de trabajo del Programa de Prevención de la Conducta Suicida en Canarias. Gobierno de Canarias [Internet]. [actualizado 18 Mar 2022] Dirección General de Programas Asistenciales y Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de la Salud. Consejería de Sanidad. [citado 1 Abr 2022]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=8745abde-0fff-11ec-8489-0f64eb00dcc8&idCarpeta=1c2ee4b1-a745-11dd-b574-dd4e320f085c>
15. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behavior. *The Lancet* [Internet] [publicado 2022 Mar 19]. 387(10024), pp.1227–1239. [citado 2022 Abr 1]. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
16. Grupo de trabajo del informe “Health literacy: the solid facts” [Internet]. World Health Organization Regional Office for Europe: 2013. [citado 2022 Abr 3]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326432>
17. Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F et al. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2008 Jun 2 [citado 3 Abr 2022]. 86(9):726–32. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2649482/>
18. Westerlund M, Hadlaczky G, Wasserman D. The representation of suicide on the Internet: implications for clinicians. *J Med Internet Res* [Internet]. 2012 Sep 26 [citado 3 Abr 2022]. 14(5):122. Disponible en: 10.2196/jmir.1979
19. Ben-Efraim YJ, Wasserman D, Wasserman J, Sokolowski M. Family-based study of HTR2A in suicide attempts: observed gene, gene x environment and parent-of-origin associations. *Mol Psychiatry* [Internet]. 2012 Jul 3 [citado 3 Abr 2022]. 18(7):758–66. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/mp201286>
20. Grupo de trabajo del informe “Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence”. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Geneva, 2021 Mar 9 [citado 3 Abr 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>
21. Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ* [Internet]. 2013 Sep 17 [citado 3 Abr 2022]. 347:f5239. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.f5239>

22. Stenager E, Stenager E. Somatic diseases and suicidal behaviour. Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. Oxford University Press [Internet]. 2009 Mar, [citado 2022 Abr 3]. 293–9. Disponible en: <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780198570059.001.0001/med-9780198570059-chapter-40>
23. Jordan JR, McIntosh JL. Grief after suicide: understanding the consequences and caring for the survivors (Series in Death, Dying, and Bereavement). New York, Routledge; 2011.
24. Mann JJ, Currier DM. Stress, genetics, and epigenetic effects on the neurobiology of suicidal behaviour and depression. Eur Psychiatry [Internet]. 2010 Jun [citado 2022 Abr 3]25(5):268–71. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.01.009>
25. Organización Mundial de la Salud [Internet]. [citado 2022 Abr 3]. Disponible en: [https://www.who.int/es/health-topics/adolescenthealth#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/adolescenthealth#tab=tab_1)
26. Valdayo Rosado B, Cruz Morales EM, Martín Almenta R. Investigación enfermera sobre las manifestaciones clínicas y la prevención en la conducta suicida en la adolescencia. International Journal of Developmental and Educational Psychology [Internet]. 2017 Feb 10 [citado 2022 Abr 3]. 2(1):221-27. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349853220022>
27. Amaral AP, Uchoa Sampaio J, Ney Matos FR, Santos Pocinho, Fernandes de Mesquita R, Milanés Sousa LR. Depresión e ideación suicida en la adolescencia: implementación y evaluación de un programa de intervención. Enferm. Glob [Internet]. 2020 Julio [citado 2022 Feb 1]. 19(59): 1-35. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.402951>
28. Aumaitre A, Costas E, Sánchez M, Taberner P, Vall J. Crecer saludablemente: un análisis sobre la salud mental y el suicidio en la infancia y la adolescencia. Save the Children España [Internet]. 2021. [citado 2022 Feb 1]. Disponible en: <https://www.savethechildren.es/actualidad/informe-crecer-saludablemente-analisis-sobre-la-salud-mental-y-el-suicidio-en-la>
29. Grupo de trabajo del epígrafe “La Conducta Suicida en Canarias 2007-2019”. Extraído a partir de la ESC: Encuesta de Salud de Canarias. Tasa de suicidio, por 100.000 habitantes [Internet]. Programa de Prevención de la Conducta Suicida en Canarias. Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias. 2020. Disponible en: [https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/516ac168-1088-11ec-bfb0-874800d2c074/6\\_II.\\_La\\_Conducta\\_Suicida\\_en\\_Canarias.pdf](https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/516ac168-1088-11ec-bfb0-874800d2c074/6_II._La_Conducta_Suicida_en_Canarias.pdf)
30. Navarro-Gómez N. El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. Clínica y Salud [Internet]. 2017 [citado 2022 May 3]. 28(1): 25-31. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.11.002>.
31. Pérez de Albéniz A, Fonseca-Pedrero E. Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: A propósito de la Escala Paykel de Suicidio. Papeles del Psicólogo [Internet]. 2020 Ene 10 [citado 1 feb 2022]. 41(2):106-124. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77865485004>

32. Fonseca-Pedrero E, Inchausti F, Pérez-Gutiérrez L, Aritio Solana R, Ortuño-Sierra J, Sánchez-García MÁ, et al. Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. Barcelona, 2018 [citado 2022 May 1]. 11:76-85. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.07.004>
33. Carli V, Hoven CW, Wasserman C, Chiesa F, Guffanti G, Sarchiapone M, et al. A newly identified group of adolescents at “invisible” risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study. *World Psychiatry* [Internet]. 2014 Feb 14 [citado 2022 May 1]. 13:78-86. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/wps.20088>
34. García – Nieto R, Parra Uribe I, Palao D, Lopez-Castroman J, Sáiz PA, García Portilla MP, et al. Protocolo breve de evaluación del suicidio: fiabilidad interexaminadores. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. Barcelona, 2011 Nov 16 [citado 2022 May 1];5(1):24-36. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-articulo-protocolo-breve-evaluacion-del-suicidio-S1888989111001479>
35. Amaral AP, Sampaio JU, Matos Fátima RN, Pocinho Tenente Santos M, Mesquita Fernandes de M, Sousa Milanês SR. Depresión e ideación suicida en la adolescencia: implementación y evaluación de un programa de intervención. *Enferm. glob.* [Internet]. Brasil, 2020 Jul [citado 2022 May 3]. 19(59): 1-35. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.402951>.
36. Catalano R, Junger-Tas J, Morita Y, Olweus D, Slee P, Smith P.K. *The Nature of School Bullying: A Cross-National Perspective* (1st ed.). Routledge [Internet]. Londres, 1999. [citado 2022 May 3]. Disponible en: <https://doi.org/10.4324/9781315812397>
37. Ortega R. *La convivencia escolar: qué es y cómo abordarla*. Programa Educativo de Prevención de Maltrato entre compañeros y compañeras [Internet]. Sevilla, 1997 [citado 2022 May 3]. Consejería de Educación y Ciencia. Junta de Andalucía. Disponible en: <https://creena.educacion.navarra.es/web/bvirtual/2018/06/01/la-convivencia-escolar-que-es-y-como-abordarla/>
38. UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. *School violence and bullying: Global status and trends, drivers and consequences* [Internet]. París, 2018. [citado 2022 May 3]. Disponible en: [https://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=7936](https://www.infocop.es/view_article.asp?id=7936)
39. Oñate A, Piñuel I. *Acoso y violencia escolar en España: informe Cisneros X* [Internet]. Madrid, 2007. [citado 2022 May 3]. Disponible en: <https://www.acosoescolar.com/estudios-cisneros-acoso-escolar/>
40. PISA 2018: Programa para la Evaluación Internacional de los Estudiantes. Informe español [Internet]. Ministerio de Educación y Formación Profesional. Madrid, 2019. [citado 2022 Feb 1]. <https://www.educacionyfp.gob.es/inee/evaluaciones-internacionales/pisa/pisa-2018/pisa-2018-informes-es.html>

41. Knaappila N, Marttunen M, Fröjd S, Lindberg N, Kaltiala-Heino R. Socioeconomic trends in school bullying among Finnish adolescents from 2000 to 2015. *Child Abuse & Neglect* [Internet]. 2018 Sep 28 [citado 2022 May 3]. 86: 100-108. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/J.CHIABU.2018.09.011>
42. Save The Children España. Percepciones y vivencias del acoso escolar y el ciberacoso entre la población española de 10 a 17 años. Informe de resultados [Internet]. 2018. [citado 2022 3 May]. Disponible en: <https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/fuentes1.asp?sec=27&subs=281&cod=3730&page=>
43. Gutiérrez Barroso J. Análisis del acoso escolar en Gran Canaria (AAEGC): Prevalencia en Educación Primaria y Secundaria [Internet]. Gran Canaria, 2017. [citado 2022 May 3]. Consejería de Recursos Humanos, Organización, Educación y Juventud. Cabildo de Disponible en: <https://grancanariajoven.grancanaria.com/files/uploads/files/Actualidad%202018/Estudio%20Acoso%20Escolar%20Maquetado.pdf>
44. Martínez, J. Acoso escolar: Bullying y cyberbullying. Barcelona, 2017 [citado 2022 May 3]. J.M. Bosch Editor.
45. Díaz–Aguado M, Martínez R, Martín G. Prevención de la violencia y lucha contra la exclusión desde la adolescencia. Violencia entre iguales en la escuela y el ocio. Estudios comparativos e instrumentos de evaluación [Internet]. Madrid, 2004 [citado 2022 May 3]. Instituto de la Juventud. Disponible en: [http://www.injuve.es/sites/default/files/000-020- Violencia\\_indice.pdf](http://www.injuve.es/sites/default/files/000-020- Violencia_indice.pdf)
46. Díaz-Aguado M.J. La violencia entre iguales en la adolescencia y su prevención desde la escuela. *Psicothema* [Internet]. 2005 [citado 2022 May 3]. 17(4): 549-558. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3144>
47. Musri, MS. Acoso escolar y estrategias de prevención en la educación escolar básica y nivel medio. [Tesis doctoral en Internet]. 2012 [citado 2022 May 3]. Disponible en: <https://studylib.es/doc/6322667/tesis-completa-silvia-musri>
48. Cerezo, F. Conductas agresivas en la edad escolar. Madrid, 1997. [citado 2022 May 3]. Editorial Pirámide.
49. Bull-S: Test de Evaluación de la Agresividad entre Escolares. Manual de referencia [Internet]. España, 2000. [citado 2022 May 3]. Grupo Albor – Cohs. Disponible en: <https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/fuentes1.asp?sec=27&subs=291&cod=2450&page=>
50. Méndez I, Cerezo F. Test Bull-s: programa informático de evaluación de la agresividad entre escolares. [Internet]. 25 Años de Integración Escolar en España: Tecnología e Inclusión en el ámbito educativo, laboral y comunitario [Internet]. Murcia, 2010 [citado 2022 May 3]. Consejería de Educación, Formación y Empleo. Disponible en: <https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/imendez.pdf>

51. Instituto Iñaki Piñuel: acoso escolar. Test TEBAE [Internet] [citado 2022 May 3]. Disponible en: <https://www.acosoescolar.com/prevencion-organizativa-acoso-escolar/test-tebae/>
52. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias [Internet]. Boletín Oficial del Estado, número 280, (22 de noviembre de 2003) [citado 2022 May 3]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-21340>
53. Selekman J. School nursing: a comprehensive text. National Association of School Nurses. Philadelphia, 2006 [citado 2022 May 3]. FA Davis Company.
54. Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos (AMECE). Perfil de Enfermería Escolar [Internet]. Madrid, 2009 [citado]. Disponible en: <http://www.amece.es/images/perfil.pdf>
55. López Langa N, González Prieto NI, López Gutiérrez I. Propuesta sobre las competencias profesionales de la enfermería escolar [Internet]. Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos (AMECE). Madrid, 2015 [citado 2022 May 3]. Disponible en: <https://amece.es/wp-content/uploads/2017/06/Competencias-AMECE.pdf>
56. Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica [Internet]. Boletín Oficial del Estado, número 157, (29 de junio de 2010) [citado 2022 May 3]. Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-10365](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-10365)
57. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria [Internet]. Boletín Oficial del Estado, número 157, páginas 57217 a 57250 (29 de junio de 2010) [citado 2022 May 3]. Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-10364](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-10364)
58. Mapa de la enfermería escolar en España. Datos de enfermeras escolares en España por CCAA 2021. Observatorio Nacional de Enfermería Escolar [Internet]. Madrid, 2022 [citado 2022 May 3]. Consejo General de Enfermería. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/observatorio-nacional/observatorio-nacional-de-enfermeria-escolar>
59. Nota de prensa. España suspende en enfermería escolar: Una enfermera por cada 8.500 alumnos. [Internet]. Madrid, 2022 [citado 2022 May 3]. Consejo General de Enfermería - Departamento de Comunicación.. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/actualidad-y-prensa/sala-de-prensa/notas-prensa/send/20-notas-de-prensa/1647-espana-suspende-en-enfermeria-escolar-una-enfermera-por-cada-8-500-alumnos>
60. Nota de prensa. La figura de la enfermera escolar en España anecdota e insuficiente: una enfermera por 8.497 alumnos. iSanidad [Internet]. Madrid, 2022. [citado 2022 May 3]. Disponible en: <https://isanidad.com/209395/la-figura-de-la-enfermera-escolar-en-espana-anecdota-e-insuficiente-una-enfermera-por-8-497-alumnos/>

61. Comunicado de la Asociación Española de Pediatría (AEP): Posicionamiento sobre el aumento de autolesiones y suicidio en niños y Adolescentes [Internet]. Madrid, 2022 [citado 2022 May 3]. Disponible en: <https://www.aeped.es/noticias/posicionamiento-sobre-aumento-autolesiones-y-suicidio-en-ninos-y-adolescentes>
62. Ortegón Delgadillo RA, Martínez Santana D, González Arévalo B, Sepúlveda Gallego MB, Soler Pardo E. Enfermería escolar, la promoción del desarrollo socioemocional en la educación de la infancia y la adolescencia (programa de educación para la salud emocional en cada etapa educativa) [Internet]. Barcelona, 2020 [citado 2022 May 3]. Editorial Salud y Educación Emocional. Disponible en: [https://www.consejogeneralenfermeria.org/images/pdfs/observatorio-nacional/Desarrollo\\_Socioemocional\\_Revisin\\_PESEI1.pdf](https://www.consejogeneralenfermeria.org/images/pdfs/observatorio-nacional/Desarrollo_Socioemocional_Revisin_PESEI1.pdf)
63. Cross EJ, Piggan R, Douglas T, Vonkaenel-Falst, J. Virtual Violence II: Progress and Challenges in the Fight against Cyberbullying. Beatbullying [Internet]. Londres, 2012 [citado 2022 May 3]. Disponible en: <https://www.cybersmile.org/wp-content/uploads/Virtual-Violence-IIBeatBullying.pdf>
64. Cerezo F. Violencia y victimización entre escolares. El bullying: estrategias de identificación y elementos para la intervención a través del Test Bull-S. Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa [Internet]. Murcia, 2006 Sep [citado 2022 May 3]. 4(2): 333-52. Disponible en: <https://doi.org/10.25115/ejrep.v4i9.1192>
65. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales [Internet]. Boletín Oficial del Estado, número 294, (6 de diciembre de 2018). [citado 2022 May 3]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3>

## ANEXOS

### Anexo 1. Forma A del Test Bull-s.

#### **BULL-S. TEST DE EVALUACIÓN DE LA AGRESIVIDAD ENTRE ESCOLARES.**

##### **FORMA A-Alumnos**

*Autora: Fuensanta Cerezo Ramírez*

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Nº: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Centro: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_ Procedencia (España/Otro) Repetidor curso (Sí /No)

Las cuestiones siguientes ayudarán a tu profesor a entender mejor como veis el ambiente que os rodea. Estas preguntas se refieren a **COMO VES A TUS COMPAÑEROS Y A TI MISMO EN CLASE**. Tus respuestas son **CONFIDENCIALES**.

**I. Responde cada pregunta escribiendo COMO MÁXIMO TRES NÚMEROS de compañeros de tu clase que mejor se ajusten a la pregunta.**

1.¿A quién elegirías como compañero/a de grupo en clase?	
2.¿A quién no elegirías como compañero/a?	
3.¿Quiénes crees que te elegirían ti?	
4.¿Quiénes crees que no te elegirían a ti?	
5.¿Quiénes son los más fuertes de la clase?	
6.¿Quiénes actúan como un cobarde o como un bebé?	
7.¿Quiénes maltratan o pegan a otros compañeros?	
8.¿Quiénes suelen ser los victimas?	
9.¿Quiénes suelen empezar las peleas?	
10.¿A quiénes se les tiene manía?	

**II. Ahora señala la respuesta más adecuada POR ORDEN de preferencia (1ª,2ª,..)**

11. Las agresiones, suelen ser:

Insultos y Amenazas  Maltrato físico  Rechazo  Otras: \_\_\_\_\_

12. ¿Dónde suelen ocurrir las agresiones?

En el aula  En el patio  En los pasillos  Otros: \_\_\_\_\_

**III. Ahora señala la SOLO una respuesta**

13. ¿Con qué frecuencia ocurren las agresiones?

- Todos los días     1-2 veces por semana     Rara vez     Nunca

14. ¿Crees que estas situaciones encierran gravedad?

- Poco o nada     Regular     Bastante     Mucho

15. ¿Te encuentras seguro/a en el Centro Escolar?

- Poco o nada     Regular     Bastante     Mucho

Fuente: Extraído de Méndez y Cerezo.

**Anexo 2. Solicitud de autorización para realización del estudio**

Centro Educativo

Gobierno de Canarias

Att. Dirección del centro

Me llamo Amanda González Batista, con DNI XXXXXXXXX, y soy estudiante de 4º de Grado en Enfermería de la Universidad de La Laguna. En la actualidad, me encuentro realizando una investigación bajo el título “Riesgo de suicidio y acoso escolar entre adolescentes” para mi Trabajo de Fin de Grado.

Escribo esta carta con la motivación de solicitar el permiso pertinente para la participación del centro educativo de manera voluntaria en el estudio comentado, además de contar con la cumplimentación de una encuesta por parte del alumnado, con el compromiso de que la información recopilada será codificada y anonimizada para garantizar la confidencialidad. Este trabajo está tutelado por D. Felipe Santiago Fernández Méndez, Profesor Titular del Departamento de Enfermería de la Universidad de La Laguna.

Le agradezco de antemano su colaboración y quedo a su disposición para cualquier aclaración requerida. Atentamente,

Amanda González Batista.

### Anexo 3. Cronograma

Determinación de la relación existente entre el riesgo de suicidio y el acoso escolar															
MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DEC	ENE	FEB	MAR
ACTIVIDADES															
<b>Fase I</b>															
Búsqueda y revisión bibliográfica															
Diseño del proyecto de investigación															
Solicitud y obtención de permisos															
<b>Fase II</b>															
Recogida de datos															
Análisis e interpretación de datos															
<b>Fase III</b>															
Elaboración del proyecto final															
Presentación y difusión de los resultados esperados															

#### Anexo 4. Presupuesto

Determinación de la relación existente entre el riesgo de suicidio y el acoso escolar		
Recursos humanos	Estadístico	800€
	Traductor	500€
Recursos materiales no fungibles	Ordenador portátil	400€
	Impresora	150€
	Licencia Bulls-Test 2.2 (Versión 2012)	135€
Recursos materiales fungibles	Tóner	50€
	Folios DinA4	30€
	Bolígrafos	15€
Otros gastos	Participación en congresos de divulgación científica	200€
<b>COSTE TOTAL DEL PROYECTO</b>		<b>2280€</b>