



FACTORES RELACIONADOS CON EL ACOSO ESCOLAR EN ETAPA PREADOLESCENTE Y ABORDAJE DESDE CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Facultad de Enfermería- Ciencias de La Salud.

Alumna

Nerea Rodríguez Abreu.

Tutor Académico

Pedro Ruymán Brito Brito.

GRADO EN ENFERMERÍA

Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería y Fisioterapia. Universidad de
La Laguna. Santa Cruz de Tenerife.

2021/2022

AGRADECIMIENTOS.

Agradecer en primer lugar a los participantes de este trabajo de investigación, ellos son las enfermeras y adolescentes que han participado de manera voluntaria en mi estudio haciendo posible el desarrollo de futuras investigaciones y mejora del problema.

Agradecer a mi profesor de este Trabajo de Fin de Grado, Pedro Ruymán Brito, que me ha ayudado en todo el proceso y se ha implicado a pesar del esfuerzo que conlleva la elaboración del trabajo.

A mis familiares y amigos por su apoyo incondicional.

Gracias.

1. RESUMEN .

El acoso escolar es un importante problema de salud pública entre los adolescentes de nuestra sociedad. Cada vez son más los casos documentados de acoso entre dos o más estudiantes sin motivo, provocando sobre la víctima consecuencias negativas tales como absentismo escolar, aislamiento social, depresión, ansiedad, hasta consecuencias fatales llegando incluso al suicidio. Esto provoca sobre las víctimas un cambio en su personalidad y una dificultad para establecer relaciones interpersonales tanto a corto como a largo plazo. El objetivo de nuestro trabajo de investigación es por un lado, conocer la prevalencia del acoso escolar en preadolescentes y por otro lado, conocer el grado de conocimientos, habilidades y competencias de los profesionales de enfermería pediátrica de Atención Primaria para el abordaje del problema. Se ha realizado un estudio de investigación cuantitativa de tipo observacional y descriptivo, de corte transversal y con finalidad analítica, con dos tipos de submuestras, una primera submuestra de preadolescentes conformada por 202 estudiantes y una segunda submuestra formada por 40 enfermeras pediátricas. Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que la incidencia del acoso escolar es elevada y que provoca consecuencias negativas sobre las víctimas. Además, existen diferencias en cuanto al género y la edad, y se ha demostrado que tanto el funcionamiento familiar como las relaciones sociales van a influir en gran medida. La enfermera pediátrica juega un papel fundamental puesto que durante sus consultas pediátricas tiene la oportunidad de poder detectar signos y síntomas que indiquen que el niño está siendo tanto víctima de maltrato como agresor. Resulta imprescindible elaborar guías de práctica clínica y herramientas estandarizadas que faciliten a las enfermeras una detección precoz ante casos de bullying. Debemos trabajar en esta línea para prevenir y mejorar la calidad de vida de estos pacientes mediante un trabajo interdisciplinar ofreciendo a las víctimas una continuidad asistencial.

PALABRAS CLAVE.

Acoso escolar, Enfermería pediátrica, Adolescentes, Atención Primaria de Salud.

2. ABSTRACT.

Bullying is a major public health problem among adolescents in our society. There are more and more documented cases of bullying between two or more students for no reason, causing negative consequences for the victim such as truancy, social isolation, depression, anxiety, and even fatal consequences such as suicide. This causes on the victims a change in their personality and a difficulty in establishing interpersonal relationships both in the short and long term. The aim of our research is to determine the prevalence of bullying in preadolescents and the degree of knowledge, skills and competencies of pediatric nurses in Primary Care to address the problem. A quantitative, observational, descriptive, cross-sectional and analytical quantitative research study was carried out with two types of subsamples, a first subsample of preadolescents made up of 202 students and a second subsample formed by 40 pediatric nurses. The results obtained show that the incidence of bullying is high and that it has negative consequences for the victims. In addition, there are differences in gender and age, and both family functioning and social relationships play a key role. The pediatric nurse plays a fundamental role since during pediatric consultations she has the opportunity to detect signs and symptoms that indicate that the child is being both a victim of bullying and an aggressor. It is essential to develop clinical practice guidelines and standardized tools that facilitate early detection of cases of bullying by nurses. We must work along these lines to prevent and improve the quality of life of these patients through interdisciplinary work, offering victims continuity of care.

KEY WORDS.

Bullying, Pediatric Nurse, Teenagers, Primary Health Care.

ÍNDICE.

1. INTRODUCCIÓN.....	1-17
1.1 . Acoso escolar o bullying.....	1
1.2. Estadísticas a nivel mundial, España e Islas Canarias.....	1-4
1.3. Tipología del acoso escolar.....	4-6
1.4. Principales características del acoso escolar.....	6-7
1.5. Factores de riesgo y causas intervinientes.....	7-9
1.6. Consecuencias a corto y largo plazo.....	9-10
1.7. Estrategias de prevención y recomendaciones para afrontarlo.....	10-13
1.8. Abordaje del bullying desde Atención primaria: consulta de enfermería.....	13-15
1.9. Lenguaje de cuidados para la valoración, diagnóstico y tratamiento del acoso escolar.....	15-16
1.10. Importancia de las especialidades de enfermería: Enfermería Pediátrica y Enfermería Familiar y Comunitaria.....	16-17
2. JUSTIFICACIÓN.....	18
3. OBJETIVOS.....	19
5.1. Objetivo general del proyecto	
5.2. Objetivos específicos	
4. HIPÓTESIS.....	19
5. METODOLOGÍA.....	20-30
5.1. Diseño de estudio	
5.2. Sujetos de estudio:	
5.2.1. Población:	
➤ Criterios de inclusión	
➤ Criterios de exclusión	
5.2.2. Muestra	
5.3. Procedimiento de recogida de datos del estudio	
5.4. Variables e instrumentos de medida	

5.5. Análisis de datos	
5.6. Plan de trabajo y etapas de desarrollo	
5.7. Cronograma	
5.8. Consideraciones éticas	
6. RESULTADOS.....	31-42
7. DISCUSIÓN.....	43-44
8. CONCLUSIONES.....	45
9. BIBLIOGRAFÍA.....	46-50
10. ANEXOS	
10.1. Anexo 1.....	51-56
10.2. Anexo 2.....	57-61

1. INTRODUCCIÓN.

En este primer apartado del trabajo se desarrollará la definición, características, tipología, manifestaciones, factores de riesgo, consecuencias y abordaje del fenómeno a estudiar, el acoso escolar o bullying.

1.1. Acoso escolar o bullying.

El acoso escolar o bullying constituye uno de los problemas con más repercusión negativa en la etapa de preadolescencia, que corresponde a las edades comprendidas entre los 9 y los 13 años de edad.

Se trata de un problema de salud pública urgente debido a los actos de violencia juvenil, suicidio y problemas físicos y psicológicos que genera y que va a provocar consecuencias a corto y a largo plazo. (Klomek et al, 2009). Lo vamos a definir como el conjunto de ataques contra un individuo o una serie de individuos que van a provocar daño físico, emocional y/o psicológico sobre la víctima. Dichos ataques son repetitivos y puede provocar en la víctima secuelas en el tiempo.

El acoso o violencia en el contexto escolar ha existido a lo largo de la historia. Las primeras referencias a este término fueron utilizadas por el sociólogo Dan Olweus, considerado el padre fundador de la intervención contra el bullying, quién aportó su definición como una persecución ya sea física y/o psicológica contra un alumno o un grupo de ellos, a la que se elige como víctima el alumno que sufre repetidos ataques llevados a cabo entre los estudiantes (Olweus, 1993).

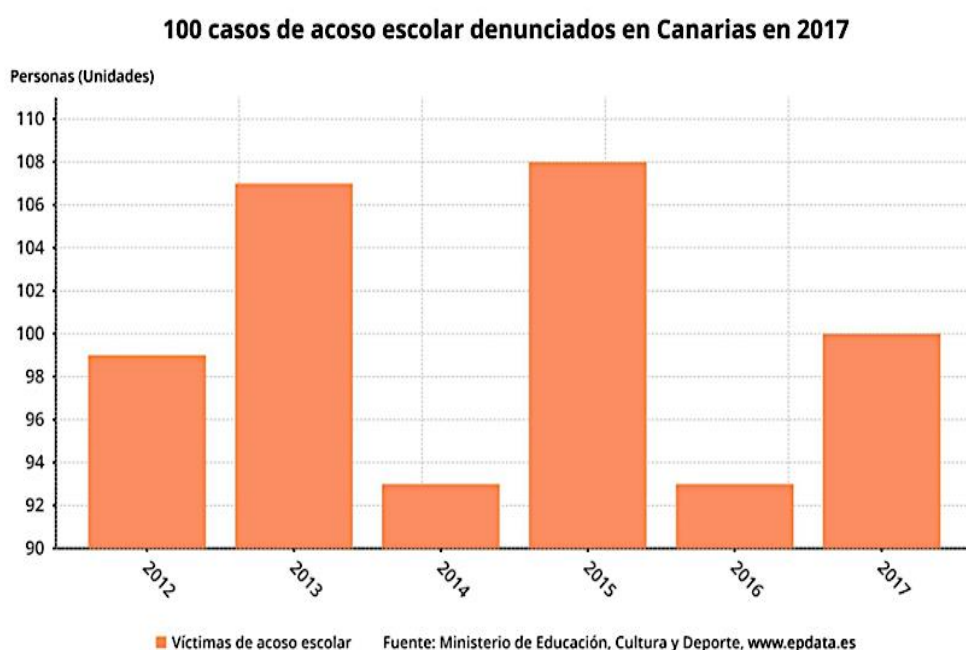
Han surgido diversas definiciones sobre este término debido a su complejidad y asociación de múltiples factores. La Asociación Española para la Prevención del acoso escolar aportó su definición como cualquier forma de maltrato psicológico, físico o verbal producido entre escolares tanto en las aulas como a través de las redes sociales de forma reiterada. (AEPAE, 2021).

1.2. Estadísticas a nivel mundial, España e Islas Canarias.

Atendiendo a cifras, a nivel mundial la OMS (2018) informó que aproximadamente uno de cada tres estudiantes ha sido acosados por sus compañeros en el colegio durante uno o varios días en el último mes, lo que corresponde con una cifra del 32% de los estudiantes. (p.4).

Un estudio realizado en Estados Unidos muestra datos realmente alarmantes, uno de cada cinco estudiantes encuestados ha sufrido acoso escolar en el último año (Kann et al, 2018) o en Reino Unido, un 50% de los jóvenes han sufrido acoso escolar durante su etapa escolar, y de ellos, entre el 10-14% sufren acoso crónico. (Analitis et al, 2009).

A nivel de España, según los datos obtenidos por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte en el año 2017, se detectaron 1054 casos de acoso escolar, de los cuáles 100 de ellos corresponden a la comunidad autónoma de Canarias.

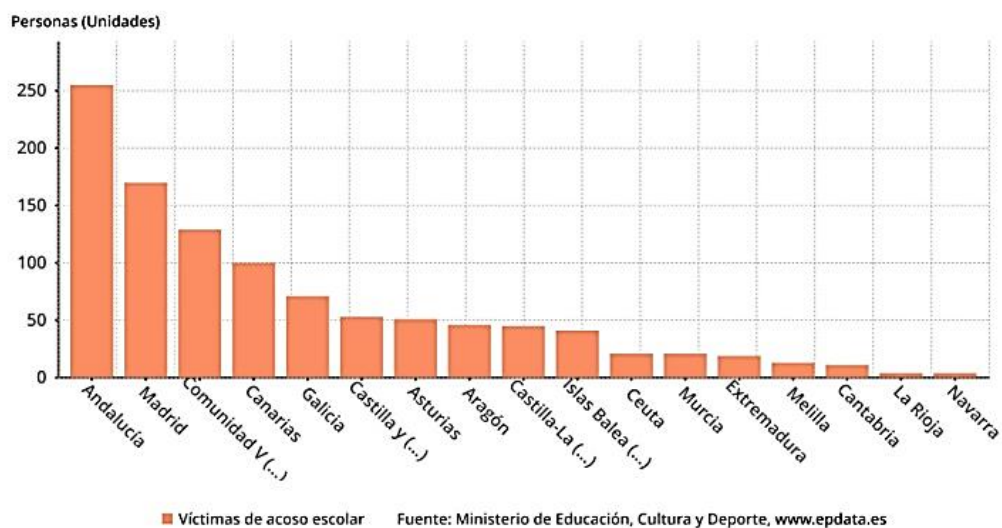


Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (2017). Porcentaje de víctimas de acoso escolar por año (2012-2017) en la Comunidad Autónoma de Canarias. [Gráfico]. Base de datos y gráficas de la Agencia Europa. www.epdata.es.

Si comparamos la Comunidad Autónoma de Canarias con el resto de comunidades, esta se sitúa en la cuarta posición con 100 alumnos que denuncian acoso escolar. En primera posición se sitúa la Comunidad de Andalucía con 255 casos denunciados, seguida de la Comunidad de Madrid con 170 casos y en tercer lugar la Comunidad Valenciana con 125 casos.

Víctimas de acoso escolar por comunidades autónomas

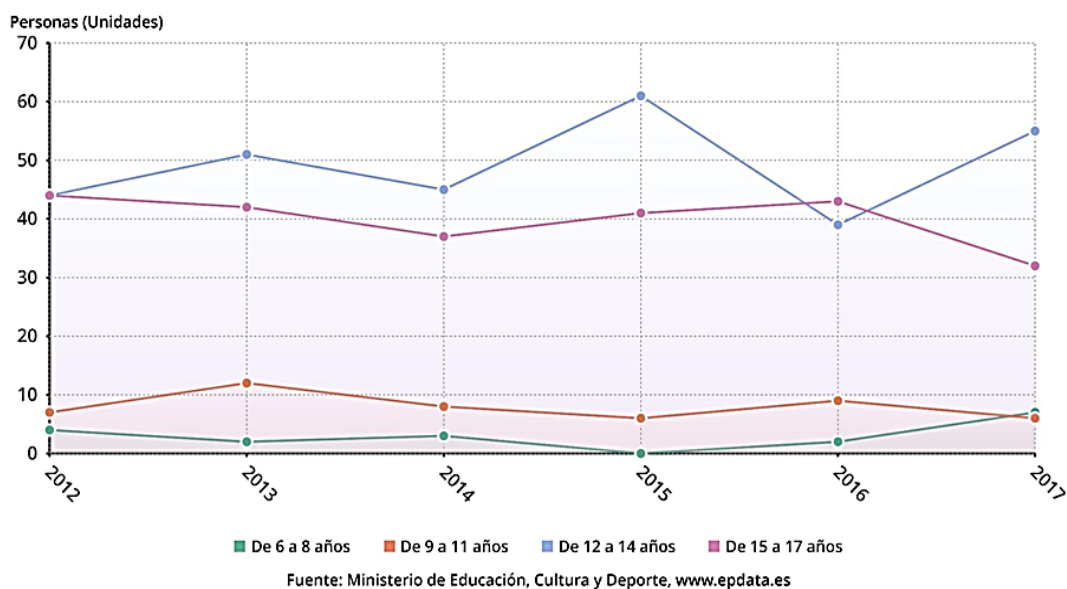
(2017)



Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (2017). Porcentaje de víctimas de acoso escolar por Comunidades. [Gráfico]. Base de datos y gráficas de la Agencia Europa Press. www.epdata.es.

Además, según los datos ofrecidos por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, muestra cómo los grupos de edad correspondidos entre 12 y 17 años obtienen las cifras más altas de jóvenes víctimas de acoso escolar (MECD, 2017).

Víctimas de casos de acoso escolar denunciados en Canarias



Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (2017). Porcentaje de víctimas de acoso escolar por edades en la Comunidad Autónoma de Canarias [Gráfico]. Base de datos y gráficas de la Agencia Europa Press. www.epdata.es.

Debemos tener en cuenta que estas cifras corresponden a casos denunciados y la mayoría de ellos no son documentados ni denunciados, por lo que las cifras son realmente preocupantes y necesarias de estudio ya que, por un lado, la última evidencia revela un aumento de prevalencia, y por otro, los efectos tanto a corto como a largo plazo que genera sobre las víctimas.

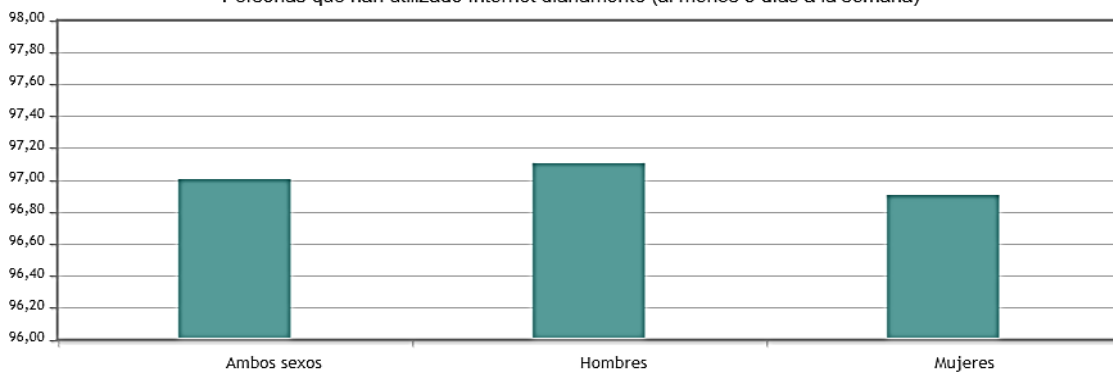
1.3. Tipología del acoso escolar.

Según la manera en que se desarrolle, establecemos la siguiente clasificación (Olweus, 1993):

- Acoso directo: existe una confrontación directa entre los alumnos. Incluye el acoso físico y verbal tales como agresiones, peleas, amenazas, insultos. Es el más fácil de identificar y aparece más frecuentemente en el género masculino.
- Acoso indirecto: incluye formas más encubiertas y por tanto, más difíciles de identificar tales como robos, exclusiones, bulos... Aparece de manera más frecuente en el género femenino.
- Cyberbullying: El ciberacoso o cyberbullying es uno de los tipos de acoso con más auge en los últimos años debido al desarrollo de las tecnologías y el uso de dispositivos electrónicos. Actualmente, cada miembro del hogar dispone de dispositivos electrónicos en sus manos y acceso a internet. Los últimos datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística de España en 2021 muestran que, del total de viviendas con al menos un miembro con edad comprendida entre 16 y 74 años, el 95,4% disponen de acceso a internet. De esta misma encuesta elaborada, se obtuvo que, del total de viviendas, el 99,5% disponen de teléfono móvil. (Instituto Nacional de estadística, 2021).

Si nos centramos en los adolescentes, el 99% de los adolescentes de 15 años en España disponen de acceso a internet y según el INE, entre 16 y 24 años, el 97% utiliza internet diariamente. (INE, 2021).

Resumen de datos de Personas por sexo, características demográficas y tipo de uso de TIC
Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares, Sexo, Edad: De 16 a 24 años
Personas que han utilizado Internet diariamente (al menos 5 días a la semana)



Instituto Nacional de Estadística (2021). Porcentaje de personas entre 16 y 24 años que han utilizado internet a diario (al menos 5 días a la semana). [Gráfico].

<https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=46273&L=0>.

Estas cifras ponen de manifiesto el fácil acceso que disponen los jóvenes a Internet, ofreciendo facilidades y ventajas para la vida diaria, pero al mismo tiempo, acarrear riesgos y consecuencias a las que están expuestos en cada momento si no se utilizan de manera responsable y segura, principalmente entre los adolescentes. Nace así esta nueva modalidad de acoso, el ciberbullying, con cifras cada vez más preocupantes en todo el mundo.

Según el centro de investigación de ciberacoso de Estados Unidos entendemos por ciberacoso “un daño intencionado y repetido perpetrado a través de los ordenadores, teléfonos móviles y otros aparatos electrónicos. Esto incluye amenazas, intimidación, u hostigamiento a través de mails, chats, mensajes de texto y páginas web” (AEP,2014).

Afecta principalmente a jóvenes en edad escolar, concretamente, a la etapa de transición correspondiente a la adolescencia, etapa de mayor vulnerabilidad para sufrir estos ataques a través de los teléfonos móviles y redes sociales.

Save the Children ha puesto de manifiesto tres de las formas más comunes de ciberacoso en los últimos años. Entre ellas se encuentra el happy slapping, que incluye las grabaciones de una agresión que se difunde a través de las redes sociales, el grooming, que incluye el abuso sexual de manera online de un adulto hacia un niño, y, por último, el sexting sin consentimiento mediante el envío de fotografías y conversaciones eróticas a terceras personas sin el consentimiento de la víctima.

Así mismo, en 2019 se realizó una encuesta a 400 jóvenes de toda España y se obtuvo que el 40% de los jóvenes encuestados han sufrido ciberacoso o lo sufrieron durante su infancia (Save the Children, 2021).

El ciberacoso se ha convertido en un problema muy complejo, no solo por la accesibilidad a internet sino por la alta cobertura pública que hace que una fotografía, vídeo o mensaje pueda llegar a miles de destinatarios en segundos. Además, se puede dar a cualquier momento, hora y desde cualquier lugar del mundo. Esto hace que resulte muy complejo tomar medidas eficaces, por ello, la importancia de la prevención primaria en las víctimas para que no lleguen a producirse.

1.4. Principales características del acoso escolar.

La palabra “bullying” o “acoso escolar” se engloba dentro del término de violencia, pero con una serie de características propias que se dan tanto en la víctima del acoso como en el agresor (Salmeron y Christian, 2016):

- Existe una diferenciación de poder que va a provocar una condición de superioridad con respecto a la víctima. El agresor suele estar apoyado por un grupo y la víctima aparece indefensa frente a los demás. Va a participar el agresor, la víctima y los espectadores.
- Es de carácter unidireccional entre dos víctimas.
- Se pueden dar varios tipos de violencia: agresiones físicas y/o psicológicas.
- Dichas agresiones no ocurren de manera puntual sino continuadas a lo largo del tiempo.
- La intención del ataque es provocar daño sobre la víctima indefensa, ya sea físico o psicológico, por lo que se realiza de manera consciente.
- Hablamos de cierto carácter proactivo cuando tienen como objetivo obtener alguna recompensa, que en la mayoría de los casos es de carácter social con el objetivo de ser superior al resto.
- Contexto en el que se produce: normalmente en el contexto escolar en ausencia de los padres o tutores legales.

Atendiendo a estas características comunes, aparece un perfil psicosocial propio de la víctima y del agresor que se adquiere inicialmente en la primera infancia. (Olweus, 1993; Corvo y Lara, 2010):

PERFIL DE LA VÍCTIMA (Avilés Martínez y Monjas Casares, 2005).	PERFIL DEL AGRESOR (Ramírez, 1997).
<ul style="list-style-type: none"> ● Temor y angustia por la posibilidad de futuros ataques. ● Sumisión y debilidad. ● Inseguridad y desconfianza. ● Sentimientos de indefensión y baja autoestima. ● Tendencia al aislamiento y absentismo escolar. ● Sentimientos de rechazo y exclusión del resto. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Sentimientos de liderazgo y poderío. ● Alta popularidad. ● Poca empatía. ● Agresividad. ● No cumple con las normas. ● Dificultad en la integración social. ● Poca atención y concentración en el aula. ● Siempre justifica sus comportamientos.

1.5. Factores de riesgo y causas intervinientes.

Los estudiantes en transición a la escuela secundaria son un factor de riesgo por sí mismo de sufrir acoso en las escuelas. Este periodo tiene un mayor riesgo que los estudiantes de cursos superiores. (Langdon y Preble, 2008).

En cuanto al género, la probabilidad de sufrir acoso es igual de probable para ambos sexos, pero existen ciertas diferencias en cuanto a su tipología. El acoso físico es más sufrido en el género masculino a diferencia del género femenino, quienes sufren un mayor acoso psicológico. (Caudle et al, 2013) En cuanto al cyberbullying, las niñas reciben mayor número de mensajes de tipo abusivo que los niños, mientras que los niños participan en mayores agresiones y peleas físicas, según la encuesta "Global School-based Student Health Survey (GSHS)" (OMS, 2018).

Existen numerosos factores de riesgo asociados a una mayor prevalencia del acoso. Esto condiciona un mayor riesgo para las víctimas y, por tanto, debe ser una prioridad para que los profesionales de enfermería intervengan. Entre ellos son conocidos aquellos estudiantes con diferentes rasgos, raza, religión, idioma, cultura, personalidad,

apariciencia física, características familiares, factores ambientales, discapacidad o condición socioeconómica.

Entre ellos, las causas más comunes según un artículo publicado en 2013 “Aprender a ser y aprender a vivir juntos, pilares que necesitan un renacer inminente en nuestras aulas escolares”, se encuentra la homofobia (30%), discriminación por diferente raza (25%), discapacidad (10%) y apariciencia física (10%) (Fino Y Martínez, 2015).

Si nos centramos en la apariciencia física, existe una serie de factores personales que aumentan la probabilidad de sufrir acoso en las víctimas como son el sobrepeso u obesidad, timidez, baja autoestima, baja popularidad, uso de gafas, defectos tales como la delgadez, estatura, poca comunicación con los demás o sobreprotección por parte de las familias entre otros. (Garaigordobil y Oñederra, 2010).

En cuanto a la relación entre homofobia y acoso escolar, los datos muestran que los adolescentes lesbianas, gais y bisexuales tienen una probabilidad tres veces mayor de ser objeto de acoso escolar que los adolescentes heterosexuales, un 56% frente al 28% al igual que los estudiantes transgénero, cuya probabilidad es cinco veces mayor (Hatzenbuehler, 2011).

Con respecto al funcionamiento familiar, las características y enseñanza familiar juegan un papel fundamental como factor de riesgo para el bullying. Desde 1980, Olweus hacía referencia a tres factores predisponentes a desarrollar agresión por parte de los adolescentes, entre ellos la falta de atención y cariño, la excesiva permisividad por parte de los padres y el maltrato tanto físico como psicológico.

En el estudio de Pardo (2017), una crianza autoritaria, sin normas y alto grado de negligencia se relacionan con un mal funcionamiento familiar, lo que conlleva a conductas inapropiadas en las escuelas y problemas en el comportamiento (p.7).

Según un nuevo estudio, aquellos adolescentes pertenecientes a familias desestructuradas sufren un porcentaje mayor de acoso (26,5%) a diferencia de los adolescentes/niños con un buen funcionamiento familiar (6,5%). Además, aquellos menores que crecen en hogares disfuncionales tienden a comportamientos agresivos que repiten de su hogar o conductas y hábitos desorganizados (Córdova, p.21-48).

Por tanto, es imprescindible detectar estos factores mencionados anteriormente, haciendo especial hincapié en aquellos alumnos con factores de riesgo tales como

discapacidades físicas, estructura familiar complicada o diferencias en cuanto a raza, idioma o culturas. Pues detectando precozmente dichos factores podremos intervenir tempranamente y evitar el sufrimiento de estos alumnos a lo largo de su edad escolar.

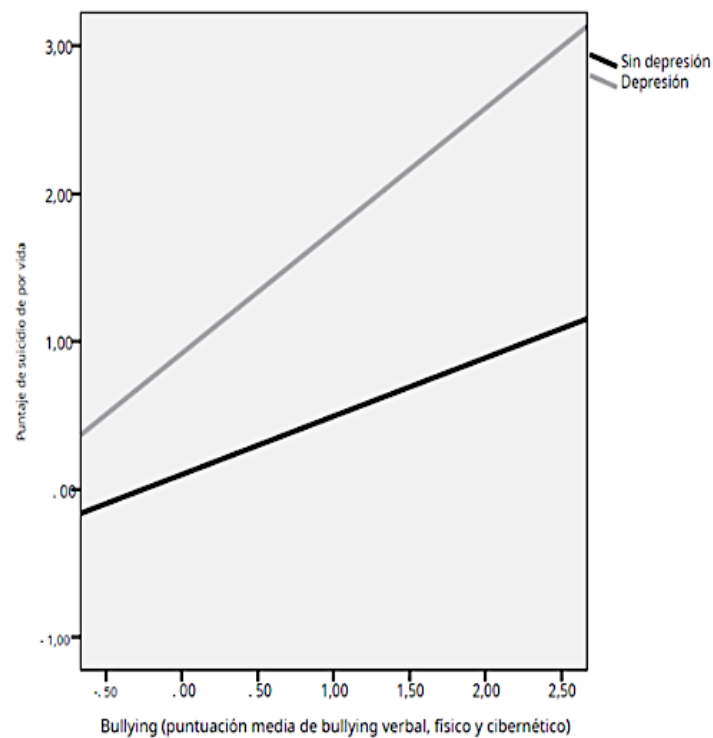
1.6. Consecuencias a corto y largo plazo.

Los adolescentes víctimas de acoso escolar sufren consecuencias a corto y a largo plazo, perjudicando en sus relaciones interpersonales, rendimiento académico, desarrollo psicosocial, estados anímicos o baja autoestima. Esto les lleva a relacionar el entorno escolar como un ambiente negativo para ellos que les genera sufrimiento.

Según datos obtenidos del centro de control y prevención de enfermedades (2014), se ha demostrado que los adolescentes acosados tienen mayores niveles de depresión, ansiedad, abuso de sustancias, lesiones, baja autoestima, absentismo escolar, conductas delictivas, y en los casos más graves, entre el 5 y 10% de los alumnos víctimas de este problema han tenido ideas autolíticas. Además, suelen mostrar sentimientos de infelicidad, miedo a asistir a la escuela, falta de energía, sentimientos de soledad, aislamiento... (Nansel et al, 2017). Como podemos ver, estas acciones van a repercutir gravemente en la salud de la víctima, por ello la importancia de actuar en este ámbito.

En un estudio realizado en 2017 por Williams et al, se obtuvo que aproximadamente el 42% de los participantes habían padecido síntomas depresivos clínicamente significativos de los cuales el 32% habían sido víctimas de acoso en la escuela. Como conclusión de dicho estudio, se obtuvo que los estudiantes que habían sufrido acoso presentaban el doble de probabilidad de sufrir síntomas depresivos a diferencia de aquellos que no lo habían padecido (p. 467–479).

Al relacionar dichos síntomas depresivos entre las jóvenes víctimas de acoso, nace la relación existente con el suicidio. Pues en un estudio realizado en una muestra de atención primaria pediátrica obtuvieron como resultado que la gravedad del riesgo de suicidio estaba íntimamente relacionada con el acoso verbal, físico y cibernético. Es decir que cuanto más acoso se informó por parte de las víctimas, más síntomas de suicidio se obtuvieron. Además, se identificó la depresión como un factor moderador de la relación entre el suicidio y el acoso escolar (Kodish, T et al, 2016).



Kodish, T et al. (2016). *Bullying, depression, and suicide risk in a pediatric primary care sample*. [Fotografía]. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000378>.

No sólo experimentan síntomas psicológicos sino psicosomáticos. Un metaanálisis elaborado por Fekkes M et al, en 2013 demostró que existe el doble de probabilidad de sufrir síntomas y quejas psicosomáticas que los que no sufren dichos eventos. Estos síntomas incluyen dolores de cabeza, trastornos en la alimentación, problemas a la hora de dormir, dolores de barriga y enuresis (p. 1569-74.)

1.7. Estrategias de prevención y recomendaciones para afrontarlo.

A pesar de ser estudiado a lo largo de los años, las estadísticas demuestran cómo aumenta sin conseguir medidas eficaces para prevenirlo. La demostrada relación existente entre problemas de salud mental y síntomas de acoso señala la importancia de actuar a nivel de prevención desde atención primaria (Silverston, 2015).

Diversos estudios muestran los beneficios de una pronta intervención en las muestras pediátricas. En el artículo, "Adolescents Transitioning to High School" manifiestan que la intervención temprana con los adolescentes en transición a la escuela secundaria previene síntomas depresivos e ideas de suicidio (Williams et al, 2017).

Por tanto, la formación de los profesionales de enfermería resulta indispensable para poder hacer frente a esta situación. Pues nos hemos centrado en solucionarlo desde las escuelas sin centrarnos en el papel de la asistencia sanitaria, pues desde este nivel se realiza un seguimiento directo de los adolescentes y niños en las consultas de atención primaria y pueden detectar, observar y realizar un seguimiento de aquellos niños, ya sean víctimas o acosadores, para poder actuar tempranamente.

Hutson et al, en 2019 realizaron un estudio a los miembros de la Asociación Nacional de profesionales de enfermería pediátrica sobre los conocimientos, actitudes e intervenciones del acoso escolar y obtuvieron como resultado que en torno a la mitad de los participantes no evalúan a los pacientes pediátricos en busca del acoso escolar, y la razón más extendida fue la falta de herramientas para ello (e39–e45).

La Academia Estadounidense de Pediatría recomienda comenzar a realizar evaluaciones desde los 6 años. Incluye unas preguntas de cribado sobre la escuela y las relaciones con sus compañeros, por ejemplo, si se lleva bien con sus compañeros de clase, o si alguno se ha burlado de él o le ha molestado. Si la respuesta es que sí, preguntar al niño cómo ha sido, cuándo, si se ha repetido y cuáles son las características del acosador, si es el más popular, el mayor... Ya realizando este primer cribado mediante preguntas al niño, aunque muchos no sean capaces de expresarse, un porcentaje de ellos podrán ser detectados (Carr-Gregg, 2011)

Según el modelo SBIRT (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment), basado en la investigación actual, se establecen tres categorías de nivel bajo, medio y alto y sus niveles de actuación en niños mayores de 12 años (García-Couceiro et al, 2021).

	IMPACTO Y CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD.	INTERVENCIONES.	DERIVACIÓN.
<u>RIESGO BAJO.</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Se incluyen aquellos niños que nunca han sufrido acoso escolar o lo han sufrido en el pasado. - Tienen poca repercusión negativa en la actualidad. - No temen por eventos futuros de acoso ni creen que puedan sufrirlos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cribado anual ante posibles cambios en la etapa escolar. - Orientación y reforzamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - No necesita derivación a otros profesionales. - No es necesario compartir esta información con sus familiares o cuidadores.
<u>RIESGO MODERADO.</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Han sido acosados, pero no de forma frecuente. - No provocan impactos negativos en su salud. - Temen por eventos futuros de acoso, pero no creen que puedan sufrirlos. - No utilizaron ningún tipo de arma en el acoso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recopilar información adicional sobre cómo ha sido, que tipo de acoso y el impacto sobre su salud. - Preguntar al niño si los padres tienen constancia. - Informar a los cuidadores principales del niño. - Trabajar en conjunto con los familiares y niños para solucionar los problemas. - Planes de seguridad e intervención. - Exámenes de salud con el objetivo de detectar depresión, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, estrés, 	<ul style="list-style-type: none"> - Ante la presencia de síntomas, derivar a tratamiento por parte de salud mental. - Citas de seguimiento por parte de enfermería y trabajo coordinado con los distintos profesionales.

		trastornos del sueño, tendencias suicidas. - Realizar evaluación de salud mental mediante cuestionarios validados.	
<u>RIESGO ALTO.</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Acoso frecuente y en numerosas ocasiones. - Provoca impactos negativos en su salud. - Temen por eventos futuros y creen que los sufrirán repetidamente. - El acoso puede involucrar un arma. 	<ul style="list-style-type: none"> -Intervenciones descritas para riesgo moderado incluyendo actos de denuncia y notificación a las autoridades. - Reducir los daños e incidentes realizando un plan conjunto con familiares y entorno escolar aumentando la supervisión del niño. 	<ul style="list-style-type: none"> - Derivación a salud mental. - Programar citas de seguimiento e intervenciones más intensas con enfermería.

1.8. Abordaje del bullying desde Atención primaria: consulta de enfermería.

Al centrarnos en abordar el acoso escolar como problema de salud pública, debemos dirigirnos a la figura enfermera como el profesional de enfermería promotor de la salud. Pues, desde el Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería, en el preámbulo se recogen los cuatro deberes fundamentales de enfermería: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, restauración de la salud y alivio del sufrimiento (CIE, 2021).

En la resolución nº 32/89 por la que se aprueban las normas deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión de enfermería de España con carácter obligatorio, artículo 5 del capítulo II, “Las Enfermeras/os deben proteger al paciente, mientras esté a su cuidado, de posibles tratos humillantes, degradantes, o de cualquier otro tipo de afrentas a su dignidad personal” (Código Deontológico de la Enfermería Española, 1989).

Vemos como es un deber, descrito en el marco normativo, y por tanto, recae en la responsabilidad de enfermería garantizar un adecuado desarrollo físico, psíquico y emocional del niño y adolescente identificando tempranamente los factores de riesgo.

Así lo recomiendan, Cuevas y Muños Hernández (2014), quienes recomiendan capacitar a los profesionales de enfermería para que realicen intervenciones innovadoras con el fin de mejorar el estado de salud de los niños y adolescentes. Para ello propone planes de cuidado de enfermería que incluyan a los familiares y profesores, englobando a la comunidad para hacer frente a este problema de salud (p. 127-133).

Hensley (2013) refleja que los profesionales de enfermería pediátrica deben estar capacitados y formados para afrontar tres niveles de actuación. En primer momento, la detección precoz de las víctimas en las consultas de desarrollo y crecimiento. Una vez detectado, deben realizar un manejo adecuado destacando la importancia de establecer una ruta de atención adecuada (p. 205-213).

La mejor evidencia disponible avala que las intervenciones más efectivas en la reducción del acoso son aquellas que intervienen en la prevención primaria y secundaria (Vessey et al, 2013).

Prevención primaria:

- Conseguir un mayor conocimiento del acoso escolar en el profesional sanitario, a nivel educativo y entorno familiar.
- Proporcionar información específica por grupos de edad.
- Participar y desarrollar actividades de investigación científica con el objetivo de conocer la prevalencia de síntomas físicos y/o psíquicos como consecuencia del acoso recibido en la escuela.
- Preparación a los estudiantes cuando un estudiante con alguna discapacidad física/intelectual pertenezca a su aula.
- Colaborar para la creación de programas anti-bullying de prevención primaria a nivel de atención primaria.
- Elaborar carteles y anuncios sobre qué es el acoso escolar y cómo actuar en zonas como la escuela, salas de espera o centros de salud.

Prevención secundaria:

- Realizar una valoración sistemática a los niños y/o adolescentes en las visitas.
- Identificar en las consultas de pediatría, aquellos signos y síntomas que indican que el niño está siendo víctima de acoso.

- Detectar cambios de comportamiento o formas de actuar que puedan ser indicadores.
- Ofrecer información sobre grupos de apoyo si lo necesitan.
- Trabajar conjuntamente con los diferentes profesionales tales como profesores, psicólogos o médicos.

Prevención terciaria:

- Establecer cuidados de salud mental con el objetivo de disminuir las lesiones asociadas o secuelas psicológicas.
- Reasignación escolar: ayudar al adolescente a retomar su actividad escolar.

Es importante que los profesionales de enfermería sean capaces de afrontar dichas situaciones y desarrollar actividades de prevención, diagnóstico y rehabilitación de las víctimas. Destacamos las consultas de crecimiento y desarrollo del niño como claves para identificar tempranamente signos, síntomas y/o lesiones asociadas a situaciones de acoso escolar. Por ello, necesitamos fortalecer los conocimientos por parte de enfermería en el manejo de problemas de salud mental tales como el acoso.

1.9. Lenguaje de cuidados para la valoración, diagnóstico y tratamiento del acoso escolar.

Dentro de los diagnósticos de enfermería, en la última versión del NANDA y del libro “Nursing Diagnosis Handbook” se incluyen una serie de diagnósticos que deben ser planteados para su manejo desde atención primaria en la población pediátrica.

Entre los más destacados encontramos el diagnóstico Riesgo de violencia dirigida a otros [00138], definido en la última versión como “Susceptible de mostrar conductas en que la persona demuestra que puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para otros” (NANDA, 2021). Entre los factores de riesgo relacionados se encuentra la disfunción cognitiva, lenguaje corporal negativo, control de impulsos ineficaz, fácil acceso a armas y conductas suicidas y entre la población en riesgo, cabe destacar las personas con antecedentes de abuso infantil y personas con antecedentes de presenciar violencia familiar. Dentro de las actividades enfermeras a realizar con nuestros pacientes se encuentra el manejo ambiental y prevención de la violencia, apoyo en la protección contra abusos: niños, disminución de la ansiedad, aumentar los sistemas de apoyo, manejo de la conducta y la importancia de los grupos de apoyo.

Entre las consecuencias del acoso escolar se encuentra el riesgo de ideas suicidas, definido como diagnóstico de enfermería con el código 00289 como el Riesgo de conducta suicida. Este se define como “Susceptible de actos autolesivos asociados a intención de morir.” Factores como la ansiedad, apoyo social inadecuado, aislamiento social, síntomas depresivos y baja autoestima favorecen dichas conductas en la población de riesgo tales como adolescentes y personas que afrontan discriminación. Para ello, se recogen algunas actividades enfermeras tales como reconocer que los problemas de desarrollo de la niñez y la adolescencia pueden aumentar los riesgos de suicidio e involucran problemas diferentes a los de los adultos y evaluar factores de estrés específicos para el cliente pediátrico, incluido el acoso.

Haciendo mención al libro Nursing Diagnosis Handbook, encontramos otro diagnóstico íntimamente relacionado con el acoso escolar, tal como el Riesgo de compromiso de la dignidad humana. Se define como “Susceptible de percepción de pérdida del respeto y el honor, que puede comprometer la salud” (Ackley et al, 2020). Factores como la deshumanización, revelación de información confidencial, exposición corporal y humillación, son presenciados en dicho acto y como actividades enfermeras tenemos que proteger los derechos del paciente, apoyar en la toma de decisiones, apoyar en la protección contra abusos e identificar los riesgos.

1.10. Importancia de las especialidades de enfermería: Enfermería Pediátrica y Enfermería Familiar y Comunitaria.

El 17 de junio de 2010, en la orden SAS/1730 se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica donde se establece así una visión hacia el futuro de nuestra profesión. El programa de formación incluye las competencias que debe adquirir la especialista de enfermería pediátrica para llevar a cabo en la atención sanitaria, siendo muchas de ellas necesarias para lidiar con nuestro problema de estudio.

Dentro de las competencias propias de la Enfermera pediátrica, se establecen unas competencias íntimamente relacionadas con el acoso escolar (BOE, 2010):

- “Llevar a cabo, de manera cooperativa o autónoma, el diseño y realización de programas educativos en materia de salud en escuelas infantiles y otros centros educativos, (alimentación saludable, estilos de vida, promoción de la autoestima, detección de maltrato, acoso escolar, prevención del abuso de sustancias

nocivas para la salud, información y detección de los trastornos del comportamiento alimentario).”

- “Realizar educación sanitaria a los niños y adolescentes sobre las dimensiones físicas y psicosociales del desarrollo sexual e identidad de género, detectar dificultades y problemas de adaptación, e intervenir de manera autónoma y/o derivar a otros profesionales.”
- “Prevenir, detectar y abordar, las situaciones de desprotección o maltrato infantil y carencias afectivas, garantizando los derechos de los niños en defensa de su integridad y dignidad, educando a los padres, niños y a la población, trabajando en equipo con otros profesionales e instituciones para asegurar la protección del menor.”
- “Asesorar y apoyar a la familia ante conductas y/o situaciones de riesgo en el niño y adolescente proporcionándoles pautas de actuación que faciliten un afrontamiento eficaz.”

De la misma manera se encuentran incluido en las competencias de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (BOE, 2010), pues dentro de sus subapartados, “La atención en la adolescencia” se encuentran las capacidades de la enfermera para:

- “Valorar el desarrollo del adolescente en sus aspectos biológico, psicológico y social”.
- “Promover la salud de los adolescentes en sus aspectos, biológico, psicológico y social, tanto individual como grupalmente”.
- “Prevenir la enfermedad de los adolescentes en sus aspectos, biológico, psicológico y social”.
- “Prevenir los accidentes de los adolescentes y sus secuelas”.
- “Prestar cuidados especializados al adolescente con problemas de salud en el ámbito comunitario, junto a otras especialistas y otros profesionales cuando sea preciso”.
- “Fomentar el desarrollo sexual y la identidad de género, detectando posibles dificultades”.
- “Contribuir a que las familias aborden eficazmente la crisis de la adolescencia”.

Por tanto, podemos comprobar cómo es nuestra responsabilidad lidiar y hacer frente al problema desde la consulta de atención primaria, pues se trata de una competencia incluida en la propia especialidad y por tanto, debemos abordar y ser competentes para ello.

2. JUSTIFICACIÓN.

La adolescencia es la etapa de transición entre la niñez y la edad adulta caracterizada por numerosos cambios físicos, emocionales y hormonales que la convierte en una etapa de especial vulnerabilidad para los adolescentes.

La violencia y el acoso escolar es uno de los problemas principales en esta etapa. Se ha convertido en un problema de salud pública que vulnera los derechos fundamentales de los menores, pues atenta contra el desarrollo y bienestar psicosocial. De ahí la importancia del desarrollo de este trabajo de investigación que no solo pone de manifiesto la gravedad del problema sino ofrece recomendaciones para la prevención y detección precoz del acoso escolar con el objetivo de poder erradicar este problema de salud pública que arrastra secuelas si no se trata correctamente.

Pese a que enfermería tiene un contacto directo y privilegiado en el desarrollo del niño y adolescente a través de las consultas pediátricas, es la figura mejor capacitada para la detección, el abordaje y el seguimiento de los pacientes, tanto víctimas como agresores. Así se incluye en el Código Deontológico de la Enfermería Española que figura la labor de la enfermera para garantizar los derechos y proteger al niño de maltrato de cualquier índole. La OMS desde 1996 en la creación del *Informe mundial sobre la violencia y la salud* muestra que se trata de un problema de salud pública prevenible y donde los profesionales de salud pública ejercen un papel fundamental.

Debemos trabajar con diagnósticos de enfermería, destacando el diagnóstico “Riesgo de violencia dirigida a otros” para lograr los resultados esperados y así desarrollar planes de cuidado que traten la violencia infantil, ya que finalmente afectará a la comunidad y por tanto, al sistema sanitario.

Sin embargo, a pesar de las numerosas intervenciones para erradicar este problema incluso interviniendo desde la década de los ochenta en el área de salud pública, las cifras revelan como no se han llevado a cabo medidas eficaces para ello. Además, se suma la incidencia actual del “cyberbullying” debido al desarrollo de las tecnologías y dispositivos electrónicos, que hace que muchas familias tengan dificultades para detectar amenazas virtuales o incluso el convivir y educar a sus hijos para que ante todo, protejan su seguridad.

Debido a lo expuesto, nace el objetivo de este trabajo de investigación. Se pretende averiguar y dar a conocer la contribución que puede desarrollar la enfermería contra el “bullying”, servir como fuente de información para la sociedad y para futuros proyectos de investigación y aportar recursos que permitan reducir los actos de violencia y acoso en las aulas educativas.

3. OBJETIVOS.

- **GENERAL:**
 - Conocer la prevalencia del acoso escolar en preadolescentes y el grado de conocimientos, habilidades y competencias de los profesionales de enfermería pediátrica de Atención Primaria para el abordaje del problema.

- **ESPECÍFICOS:**
 - Analizar las diferentes situaciones de bullying, sus manifestaciones o características y consecuencias asociadas a las víctimas y agresores.
 - Conocer la incidencia de preadolescentes víctimas de acoso escolar en la muestra estudiada.
 - Describir el nivel de conocimientos percibido por las enfermeras sobre el impacto y abordaje del bullying.
 - Determinar la actitud y predisposición de las enfermeras ante el abordaje del acoso desde la consulta.
 - Establecer propuestas de intervención para la detección y prevención temprana del acoso en las consultas pediátricas.
 - Determinar si existe una diferencia significativa en cuanto el género de los preadolescentes encuestados.
 - Comprobar si existe relación entre las relaciones sociales en el ámbito educativo y la presencia de acoso escolar.
 - Concienciar tanto a las enfermeras pediátricas como al resto de la población sobre la importancia y la prevalencia del problema.

4. HIPÓTESIS.

Las enfermeras pediátricas de atención primaria de Tenerife tienen una buena actitud ante el abordaje del acoso escolar desde la consulta, pero encuentran limitaciones para ello tales como la no disposición de herramientas o tiempo para su abordaje.

Los preadolescentes sufren un alto nivel de acoso en las escuelas y un gran porcentaje de ellos no lo comparten o buscan ayuda.

5. METODOLOGÍA.

5.1. Tipo de diseño.

El tipo de diseño de esta propuesta de investigación cuantitativa es de tipo observacional y descriptivo. Desde el punto de vista de su dimensión espacio-temporal es de corte transversal y con finalidad analítica.

El estudio estará formado por tres fases: una fase inicial con los preadolescentes en la que se realizará una valoración inicial a través de un cuaderno de recogida de datos, una segunda fase en la que se abordará mediante encuesta a los profesionales de enfermería pediátrica de distintas zonas de salud de Tenerife y una tercera fase donde se ofrecerá a las enfermeras participantes en el estudio los datos recabados y los análisis y conclusiones extraídas de nuestro proyecto de investigación.

5.2. Sujetos de estudio: población y muestra.

Este proyecto estará dividido en dos partes, por lo que la población estará formada por dos tipos de muestra.

La submuestra 1 estará formada por la población preadolescente de los diferentes centros escolares de Tenerife y la submuestra 2 estará formada por las enfermeras pediátricas de los diferentes centros de Atención Primaria del Área de salud de Tenerife.

➤ Criterios de inclusión.

- **Submuestra 1:** preadolescentes con edad comprendida entre los 9 y 13 años de edad, ambos inclusive, con participación voluntaria.
- **Submuestra 2:** enfermeras pediátricas del área de salud de Tenerife, con participación voluntaria.

➤ Criterios de exclusión.

- **Submuestra 1:**
 - Alumnos que refieran problemas emocionales con dificultad para la cumplimentación del cuestionario por situación reciente de acoso.
 - Cumplimentación incompleta.

- **Submuestra 2:**
 - Enfermeras que no hayan desempeñado su labor asistencial en consulta de enfermería pediátrica en los últimos seis meses.
 - Complimentación incompleta.

La técnica de muestreo para la submuestra 1 se basará en la técnica “en bola de nieve” y muestreo de conveniencia que consiste en que los individuos que he seleccionado basándome en los criterios de inclusión recluten a nuevos participantes que se incluyan dentro de las características deseadas, de tal manera que aumentaremos el número de participantes. Para ellos utilizamos un muestreo lineal, que consiste en crear una red de contactos inicial que deberá sugerir el cuestionario a otro participante. Para ello, utilizaremos dos versiones de cuestionarios, una versión online y otra en formato papel para aquellos participantes que no dispongan de dispositivos electrónicos y estarán disponibles desde el 1 de febrero hasta el 20 de marzo. Se utilizará la misma técnica de muestreo para ambas submuestras, de tal manera que la muestra final estará compuesta por los voluntarios que cumplan los criterios de inclusión y exclusión y que de manera voluntaria decidan participar en el proyecto.

La submuestra 1 del estudio estará formada por 202 preadolescentes de los diferentes centros escolares de Tenerife que han sido participantes como muestra para este estudio, quedando excluidas la participación de 2 cuestionarios por complimentación incompleta y por no pertenecer al rango de edad seleccionado.

Respecto a la submuestra 2, un total de 40 enfermeras pediátricas de los diferentes centros de Atención Primaria del Área de salud de Tenerife serán las participantes que conformarán la muestra final del estudio.

5.3. Procedimiento de recogida de datos del estudio.

Para el proceso de recogida de datos utilizamos dos herramientas que se encuentran recogidas en los anexos 1 y 2, manteniendo el anonimato, confidencialidad y la voluntariedad de cada participante.

- Para la submuestra 1, el *Cuestionario de Intimidación y Maltrato entre Iguales* validado en español y recogido en el Anexo 1. Este cuestionario fue elaborado por Ortega.R y Mora-Merchán JA en 1995 y ha sido utilizado en numerosas investigaciones y proyectos de investigación. Cuenta con 4 preguntas que recogen las variables sociodemográficas del participante, 31 ítems con opción

de respuesta tipo Likert y una pregunta con respuesta abierta. Para la realización del análisis bivalente entre las variables, al no contar con un punto de corte validado del Cuestionario, realizamos un sumatorio total de intimidación y maltrato tomando 15 preguntas, expresadas desde Q1 hasta Q15 con una puntuación desde uno hasta cinco siendo uno la mejor situación posible y cinco la peor situación posible.

- Q1: Situación en casa (desde siempre bien -1-, hasta siempre mal -5-).
- Q2: Relación con los amigos (desde con la mayoría bien -1-, hasta con la mayoría mal -5-).
- Q3: Soledad (desde nunca -1-, hasta muchas veces -5-).
- Q4: Instituto (desde bien -1-, hasta mal -5-).
- Q5: Número de intimidaciones (desde nunca -1-, hasta muchas veces -5-).
- Q6: Relación temporal de intimidaciones (desde nadie -1-, hasta siempre -5-).
- Q7: Alguien más que te intimide (desde No -1-, hasta Sí -5-).
- Q8: Parar la intimidación (desde alguien -1-, hasta nadie -5-).
- Q9: Expresar lo ocurrido (desde nadie me intimida -1-, hasta no hablo con nadie -5-).
- Q10: Capacidad de intimidación (desde Nunca -1-, hasta Sí -5-).
- Q11: Frecuencia de intimidaciones (desde nunca -1-, hasta muchas veces -5-).
- Q12: Participación (desde nunca -1-, hasta muchas veces -5-).
- Q13: Opinión (desde mal -1-, hasta hacen bien -5-).
- Q14: Actuación (desde avisar a alguien -1-, hasta Nada -5-).
- Q15: Solución (desde Sí -1- hasta No -5-).

De tal manera que al realizar el sumatorio obtendremos que un total de 15 puntos que sería la mejor situación y un total de 75 puntos que sería la peor situación de maltrato. Esto nos permitirá el análisis simultáneo de dos variables de la muestra con el propósito de detectar posibles relaciones entre ellos mediante el análisis estadístico correspondiente.

En cuanto a su estructura, incluye un primer apartado donde se explica el objetivo del proyecto y las instrucciones para rellenar el cuestionario, así como una breve explicación destinada a los padres/tutores legales. Nos aporta información situacional del alumno, cómo son sus relaciones sociales, características del agresor y víctima, la frecuencia y tipo de agresiones y cómo solucionar estas situaciones.

- Para la submuestra 2, el instrumento utilizado es una encuesta “ad hoc” de elaboración propia sobre el conocimiento y disposición de las enfermeras para el abordaje del acoso escolar desde las consultas de pediatría elaborada mediante la herramienta “Google Forms”. Está compuesta por 4 preguntas que recogen las variables sociodemográficas del sujeto y 20 ítems con opción de respuesta tipo Likert que nos permiten explorar cinco dimensiones teóricas:
 - Conocimientos acerca de la definición del bullying, ciberbullying y su incidencia actual entre los adolescentes.
 - Tipología y principales características de las víctimas y agresores.
 - Factores de riesgo asociados.
 - Repercusiones y secuelas en la salud de los adolescentes a corto y largo plazo.
 - Disposición de conocimientos y herramientas para su abordaje desde las consultas de enfermería pediátrica.
 - Conocimientos acerca del acoso escolar como competencia en la especialidad de enfermería pediátrica.

Para la realización del análisis bivariante entre las variables, al no contar con un punto de corte validado del cuestionario por ser de elaboración propia, realizamos un sumatorio total del nivel de conocimientos tomando 14 preguntas, expresadas desde Q1 hasta Q14 con una puntuación desde uno hasta cinco siendo uno la peor situación posible y cinco la mejor situación posible.

- Q1: Conocimientos bullying (desde ningún conocimiento -1-, hasta conocimiento extenso -5).
- Q2: Conocimiento del perfil (desde ningún conocimiento -1-, hasta conocimiento extenso -5).
- Q3: Conocimiento factores de riesgo (desde No -1-, hasta Sí -5).
- Q4: Conocimiento repercusiones (desde No -1-, hasta Sí -5).
- Q5: Conocimiento relación entre acoso y depresión y/o suicidio (desde ninguna relación -1-, hasta considerable relación -5).
- Q6: Herramientas disponibles (desde No -1-, hasta Sí -5).
- Q7: Detección signos y síntomas (desde nada capacitada -1-, hasta bastante capacitada -5).
- Q8: Estrategias de prevención (desde ningún conocimiento -1-, hasta conocimiento extenso -5).
- Q9: Intervenciones (desde Nunca -1-, hasta todos los días -5).
- Q10: Prevención (desde Nunca -1-, hasta todos los días -5).
- Q11: Abordaje (desde No -1-, hasta Sí -5).

- Q12: Valoración sistemática (desde Nunca -1-, hasta todos los días -5-).
- Q13: Coordinación (desde Nunca -1-, hasta todos los días -5-).
- Q14: Competencias (desde No -1-, hasta Sí -5-).

De tal manera que al realizar el sumatorio obtendremos que, un total de 14 puntos que sería la peor situación y un total de 70 puntos que sería la mejor situación de conocimientos y habilidades. Esto nos permitirá el análisis simultáneo de dos variables de la muestra con el propósito de detectar posibles relaciones entre ellos mediante el análisis estadístico correspondiente.

La recogida de información mediante estas herramientas nos permitirá obtener los datos necesarios para conseguir nuestro objetivo de la investigación. Por tanto, nos aseguraremos de la cumplimentación de los mismos que se llevará a cabo de manera telemática y en escrito durante los meses de febrero y marzo. Luego procederemos a recabar los datos y su posterior análisis.

5.4. Variables de estudio.

Submuestra 1: Cuestionario de Intimidación y Maltrato entre Iguales.

Variables sociodemográficas.

- Edad: variable cuantitativa, numérica con tipo de respuesta corta.
- Sexo: variable cualitativa nominal con tres opciones de respuesta: femenino, masculino, otro.
- Municipio de residencia: variable cualitativa nominal con tipo de respuesta corta.
- Nombre del colegio donde estudia actualmente: variable cualitativa nominal con tipo de respuesta corta.

Factores relacionados con el domicilio y relaciones familiares.

- Familiares con quién reside: variable cualitativa nominal con 4 tipos de respuesta (con mi padre y mi madre, sólo con uno de ellos, con otros familiares, otros).
- Número de hermanos: variable cuantitativa con 4 tipos de respuesta tipo Likert (ninguno, uno, dos, tres o más).
- Situación emocional en su domicilio: variable cualitativa ordinal con 5 tipos de respuesta tipo Likert (Siempre bien, casi siempre bien, ni bien ni mal, casi siempre mal, siempre mal).

- Situaciones que suceden en su domicilio tales como discusiones, fiestas o peleas: variable cualitativa nominal con 4 tipos de respuesta tipo Likert (Discusiones, excursiones o fiestas, peleas -algunos se pegan-, otros).

-

Factores relacionados con la convivencia en el colegio/instituto y el clima global.

- Relaciones entre los compañeros: variable cualitativa ordinal con 5 tipos de respuesta tipo Likert (Con la mayoría bien, con algunos bien, ni bien ni mal, con algunos mal, con la mayoría mal).
- Número de compañeros/amigos: variable cuantitativa con 3 tipos de respuesta (ninguno, uno, entre dos y cinco, seis o más).
- Sentimiento de soledad en el colegio: variable cualitativa ordinal con 3 tipos de respuesta tipo Likert (nunca, pocas veces, muchas veces).
- Relación con el profesorado: variable cualitativa ordinal con 3 tipos de respuesta tipo Likert (bien, ni bien ni mal, mal).

Factores relacionados con la intimidación o maltrato entre los compañeros.

- Frecuencia de la intimidación y participación propia: variable cualitativa ordinal con 3 tipos de respuesta tipo Likert (nunca, pocas veces, muchas veces).
- Relación temporal de las agresiones: variable cualitativa ordinal con 5 tipos de respuesta tipo Likert (Nadie me ha intimidado nunca, desde hace una semana, desde hace un mes, desde principios de curso, desde siempre).
- Razón de las intimidaciones: variable cualitativa nominal con 8 tipos de respuesta tipo Likert (Nadie me ha intimidado nunca, no lo sé, porque los provoqué, porque soy diferente a ellos, porque soy más débil, por molestarme, por gastarme una broma, otros).
- Espacio donde se producen las agresiones: variable cualitativa nominal con 5 tipos de respuesta tipo Likert (No lo sé, en la clase, en el patio, en la calle, otros).
- Comunicación de los hechos: variable cualitativa nominal con 5 tipos de respuesta tipo Likert (Nadie me intimida, no hablo con nadie, con los profesores, con mi familia, con compañeros).
- Realización de las agresiones: variable cualitativa nominal con 5 tipos de respuesta tipo Likert (Nunca, no lo sé, si me provocan, si mis amigos lo hacen, otros).

- Formas más frecuentes de intimidación: variable cualitativa nominal con 7 respuestas tipo Likert (No lo sé, poner mote o dejar en ridículo, hacer daño físico (pegar, dar patadas, empujar), robo, amenazas; rechazo, aislamiento, no juntarse; otros).
- Posición personal sobre el maltrato hacia otros: variable cualitativa nominal con 4 respuestas tipo Likert (nada paso del tema, me parece mal, es normal que pase entre compañeros, hacen bien).
- Posibles soluciones del problema: variables cualitativas nominales con dos ítems relacionados con 4 respuestas tipo Likert (nada, paso del tema, nada, aunque creo que debería hacer algo, aviso a alguien que pueda parar la situación, intento cortar la situación personalmente) y (No se puede arreglar, no sé, que se haga algo).

Submuestra 2: Conocimiento y disposición de las enfermeras para el abordaje del acoso escolar desde las consultas de pediatría.

Variables sociodemográficas.

- Edad: variable cuantitativa, numérica con tipo de respuesta corta.
- Sexo: variable cualitativa nominal con tres opciones de respuesta: femenino, masculino, otro.
- Nombre del Centro de Salud donde trabaja actualmente: variable cualitativa nominal con tipo de respuesta corta.
- Años de experiencia en la profesión: variable cuantitativa relacionada a experiencias con tipo de respuesta corta.

Conocimientos acerca del bullying y cyberbullying.

- Incidencia actual del problema y perfil de las víctimas y agresores: variable cualitativa ordinal con 5 tipos de respuesta tipo Likert (ningún conocimiento, conocimiento escaso, conocimiento moderado, conocimiento sustancial, conocimiento extenso).
- Factores de riesgo y repercusiones asociadas al problema: variable cualitativa nominal con 3 tipos de respuesta tipo Likert (Si, no, si su respuesta es sí, descríbelos).
- Consecuencias relacionadas: variable cualitativa ordinal con 3 tipos de respuesta tipo Likert (ninguna relación, alguna relación, considerable relación).

Posición personal acerca de la importancia del problema y su abordaje desde atención primaria.

- Importancia del problema: Incluye si considera que es un problema importante que debe abordarse desde atención primaria. Se trata de una variable cualitativa ordinal con 4 tipos de respuesta tipo Likert (No lo considero en absoluto importante, lo considero algo importante, lo considero bastante importante, lo considero fundamental).
- Disposición de herramientas y recursos: Incluye si durante su consulta pediátrica dispone de herramientas para evaluar el acoso en los adolescentes tanto víctimas como agresores. Se trata de una variable cualitativa nominal con 3 tipos de respuesta tipo Likert (Si, no, si su respuesta es sí, descríbelos).
- Detección de signos y síntomas: Incluye si es capaz de detectar signos de violencia, maltrato infantil o abuso escolar durante sus consultas de seguimiento de pediatría. Se trata de una variable cualitativa ordinal con 3 tipos de respuesta tipo Likert (me siento nada capacitada, algo capacitada o bastante capacitada).
- Disposición para abordarlo: Incluye si estuviese dispuesto a realizar un abordaje activo de la captación de casos de acoso escolar en los adolescentes. Se trata de una variable cualitativa nominal con 3 tipos de respuesta tipo Likert (Sí, de hecho ya lo realizo en mi consulta, Sí, si tuviera mas tiempo en mi consulta, No, considero que es un tema del ámbito educativo/trabajador social).
- Limitaciones para su abordaje: Se trata de una variable cualitativa nominal con 4 tipos de respuesta tipo Likert (Falta de herramientas, falta de formación, falta de tiempo, no encuentro limitaciones).

Factores relacionados a la formación y estrategias de prevención del acoso escolar.

- Existencia de formación: Incluye si considera que existe falta de formación para el abordaje desde la consulta de atención primaria y que si realizando campañas de formación a los enfermeros de pediatría, disminuiría los casos de acoso escolar. Se trata de una variable cualitativa ordinal con 5 tipos de respuesta tipo Likert (totalmente de acuerdo, en desacuerdo, ni en desacuerdo ni en acuerdo, parcialmente de acuerdo, totalmente de acuerdo).

- Conocimiento de estrategias de prevención: Incluye si conoce las diferentes estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria del acoso en los adolescentes. Se trata de una variable cualitativa ordinal con 5 tipos de respuesta tipo Likert (ningún conocimiento, conocimiento escaso, conocimiento moderado, conocimiento sustancial, conocimiento extenso).
- Realización de estrategias de prevención, valoración sistemática, intervenciones tempranas al adolescente, así como trabajar de forma coordinada con otros profesionales: Se trata de una variable cualitativa ordinal con 5 tipos de respuesta tipo Likert (nunca, casi nunca, ocasionalmente, casi todos los días, todos los días).

5.5. Análisis de datos

Para el análisis de los datos he diferenciado entre el análisis descriptivo y el análisis bivariante de los datos.

Para el análisis descriptivo de la muestra, en primer lugar, se realiza una descripción de las mismas por categorías. En el caso de las variables cualitativas se realiza utilizando la frecuencia de las categorías, mientras que para el análisis de las variables cuantitativas se utiliza percentiles, media, desviación estándar, y mediana.

El análisis bivariante permite el análisis simultáneo de dos variables de la muestra con el propósito de detectar posibles relaciones entre ellos mediante el análisis estadístico correspondiente. Se realiza mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics.

Encontramos tres tipos principales de relaciones entre variables. La primera de ellas correlaciona variables numéricas tipo escalas mediante los coeficientes de Pearson o Spearman-Brown. La prueba T de Student la utilizo para comprobar las relaciones o diferencias entre variables tipo escala y variables dicotómicas. Y por último la prueba de Chi-Cuadrado, que la utilizo para relacionar dos variables dicotómicas. Todas las pruebas son bilaterales con un nivel de significación alfa 0,05.

5.6 Plan de trabajo y etapas de desarrollo. Cronograma.

	NOV.	DIC.	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA									
IDEA DE INVESTIGACIÓN									
FORMULACIÓN DE OBJETIVOS									
METODOLOGÍA									
RECOGIDA DE DATOS									
FASE DE DEPURACIÓN Y PUESTA A PUNTO									
ANÁLISIS ESTADÍSTICO									
REDACCIÓN DEL INFORME Y DISCUSIÓN									
PUBLICACIÓN DE RESULTADOS									

5.7. Consideraciones éticas.

De acuerdo con la Ley de Protección de Datos personales y garantía de los derechos digitales (BOE, 2018) se protegerá en todo momento los datos personales y la libre circulación de estos.

En ambas modalidades de las encuestas desarrolladas, tanto en su versión digital como en versión papel, se hace especial hincapié en la voluntariedad, anonimato y confidencialidad de los datos, de tal manera que se precisa el consentimiento por parte del encuestado y en el caso de los participantes menores de edad, se informa a los familiares/tutores legales sobre su consentimiento para que el menor participe en la encuesta, respetando el artículo VII de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Pues, en los principios básicos de la declaración de Helsinki sobre los principios éticos para la investigación en el campo de la salud hace mención al consentimiento o permiso del sustituto que vele por el interés del individuo cuando este sea menor. De la misma manera, puesto que se trata de un estudio con una submuestra cuyos participantes son niños, hemos respetado el resto de los principios propuestos por dicha declaración y la Declaración de los derechos del niño (1959), respetando en todo momento al individuo de su derecho de autodeterminación y el derecho en la toma de decisiones, precediendo en todo momento, el bienestar del participante.

6. RESULTADOS.

Este estudio se realizó para conocer la prevalencia del acoso escolar en preadolescentes y conocer los conocimientos de los profesionales de enfermería pediátrica de Atención Primaria sobre la importancia del bullying. Tras la realización de los respectivos cuestionarios para ambas submuestras del estudio, la submuestra 1 quedaría conformada por un número total de 202 encuestados y la submuestra 2 con un total de 40 encuestados de los que procederemos a analizar los resultados.

RESULTADOS DE VARIABLES DESCRIPTIVAS.

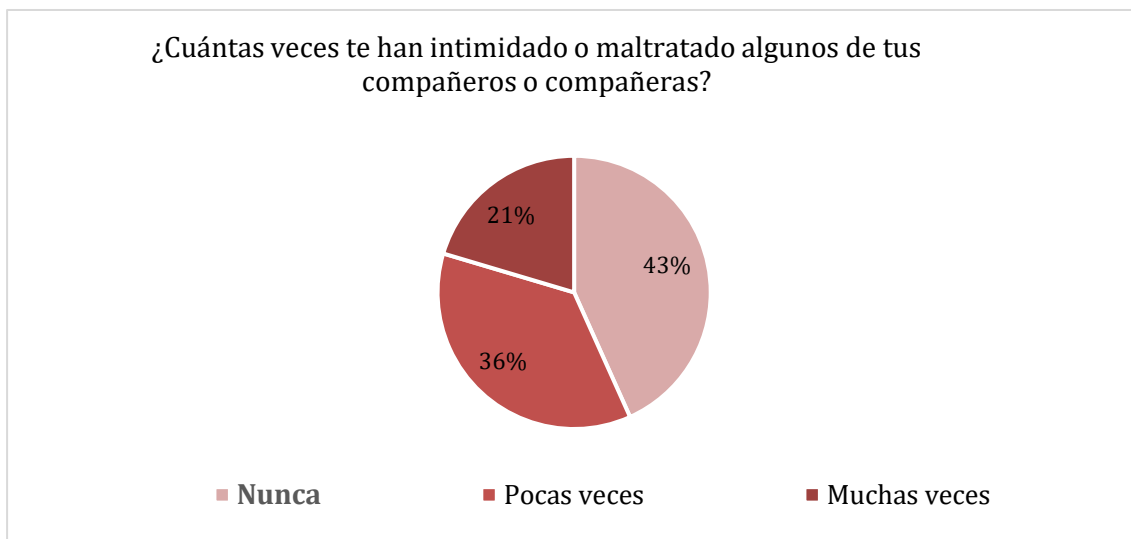
Submuestra 1: Cuestionario de Intimidación y Maltrato entre Iguales.

Del total de los preadolescentes encuestados en los diferentes centros escolares de Tenerife, se determinó que el 65.7% (n=132) de los adolescentes en el estudio tenían entre 12 y 13 años, de los cuales el 45,5% eran hombres y el 54,5% mujeres. La media de edad de participantes se encuentra entre 11,82 con una desviación estándar de 1,36. En relación a la siguiente variable sociodemográfica, a pesar de que el cuestionario es extendido por la totalidad de la Isla de Tenerife, hubo una mayor participación en la población de La Guancha, con un total de 50 respuestas, seguido de San Cristóbal de La Laguna y Santa Cruz de Tenerife, con un total de 26 y 25 respuestas respectivamente.

Frecuencia de la intimidación.

En cuanto a la incidencia del fenómeno, se muestra en el gráfico como el 20,4% (n=41) del alumnado se ha visto involucrado “muchas veces” en situaciones de maltrato, así como un gran porcentaje del alumnado que catalogan como “pocas veces” las situaciones que han sufrido de maltrato.

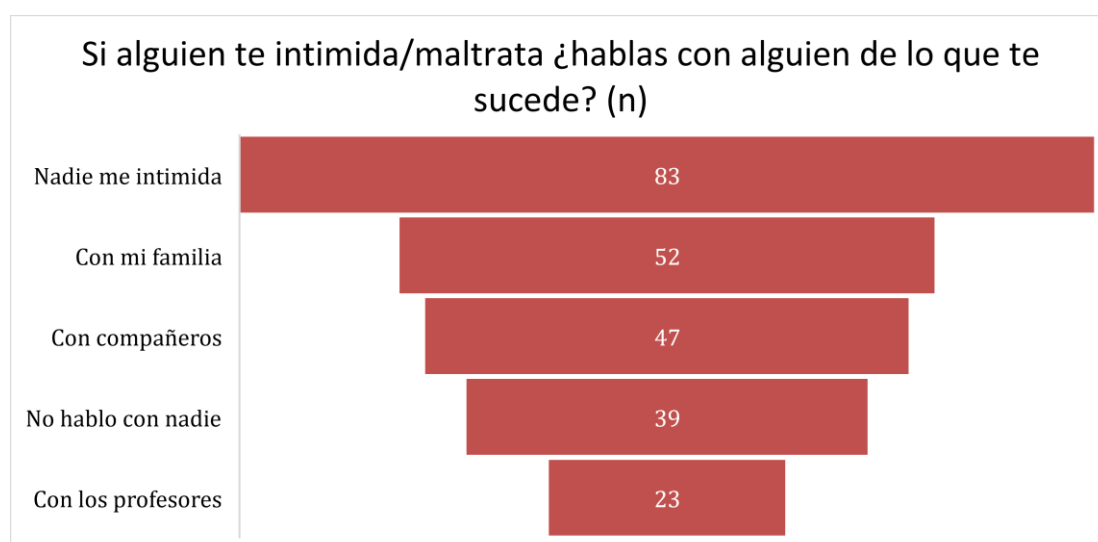
Este porcentaje muestra como un porcentaje alto de la muestra general son víctimas de estas situaciones de manera frecuente, mostrando así la gravedad del problema y la necesidad de búsqueda de soluciones.



Relación temporal de las agresiones e intervención por parte de un adulto.

En el estudio encontramos que, de dichas situaciones, el 18% (n=36) de los alumnos expresa que se producen “desde siempre”, un 17,5% (n=35) “desde principios de curso” y un 7% (n=14) “desde principios de mes”. Es decir, que, de los 202 alumnos encuestados, 87 de ellos expresan sufrir acoso en cualquiera de sus intervalos de tiempo.

Entre las respuestas obtenidas sobre la intervención a la hora de producirse una agresión, no existe una marcada diferencia entre las intervenciones por parte del profesorado (35,2%) con la intervención de otros compañeros (28,1%), lo que pone de manifiesto, junto a otro de los resultados obtenidos, que muchas de las situaciones no son conocidas por parte del profesorado por lo que no pueden intervenir. Pues así lo expresa otro de los resultados en la siguiente tabla:

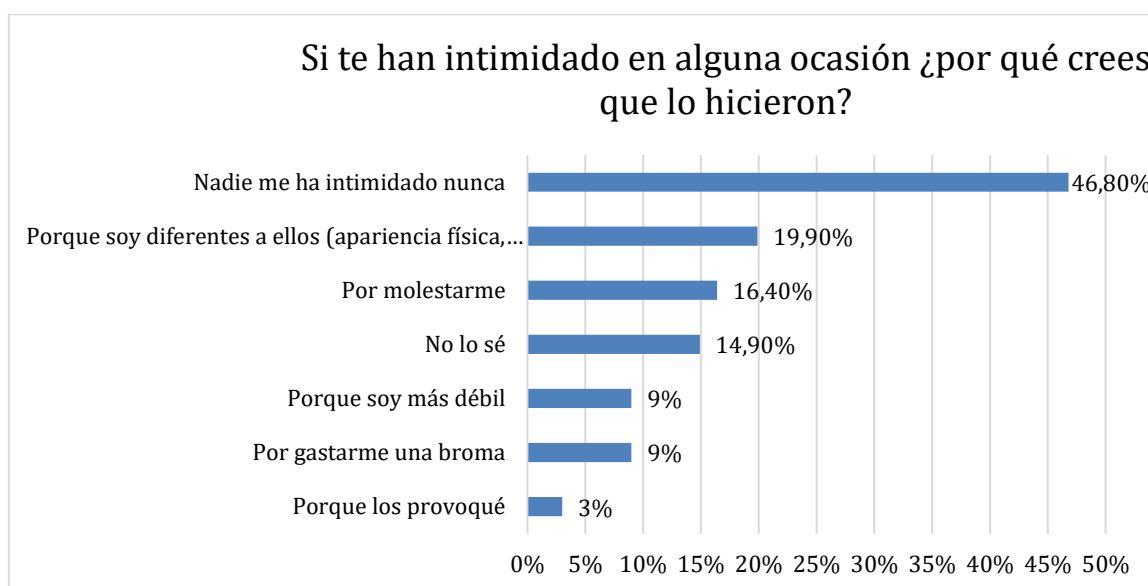


Vemos de manera gráfica en forma de embudo, como los profesores son los menos conocedores de las situaciones y a quienes los alumnos no suelen recurrir para comentarle estas agresiones. Cabe destacar que 2 de cada 10 alumnos no hablan con nadie de la situación, por lo que será muy complicado poder intervenir con ellos.

Además, al realizarles la siguiente pregunta “¿Qué sueles hacer cuando un compañero intimida a otro?” obtuvimos que 4 de cada 10 alumnos avisan a alguien que pueda parar la situación, pero 2 de cada 10 no hacen nada al respecto.

Causas de las intimidaciones desde la perspectiva del testigo.

Al realizarles la siguiente pregunta “Si te han intimidado en alguna ocasión ¿por qué crees que lo hicieron?”, las víctimas indican los siguientes resultados:



Se observa cómo el 19,9% de los encuestados sufre acoso escolar debido a diferencias en cuanto al físico. Pues muchos de ellos comentan que sufren comentarios como “son gordos/as” o que “se vayan a su país”.

Espacio donde se producen las agresiones y alumnos que la producen.

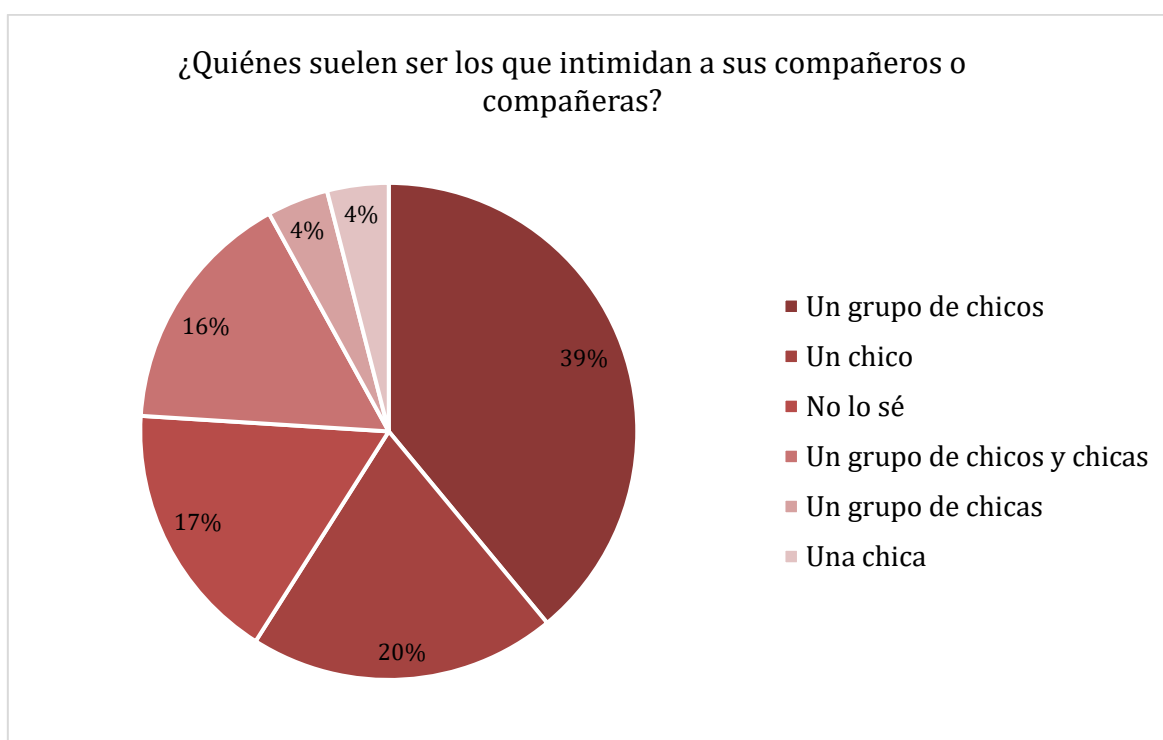
En cuanto al lugar donde se producen las agresiones podemos diferenciar tres grupos de resultados: en primer lugar, los alumnos refieren que la mayoría de las situaciones se producen en el patio, pues fue seleccionado por el 51% de los encuestados.

En segundo lugar, se producen en la clase con un 39,5% de selección y, en tercer lugar, el 19,5 % especifica que se producen en la calle.

Además, en la siguiente tabla se muestra la ubicación de los alumnos agresores contra las víctimas:

Ubicación de los agresores.	% de alumnos.
En la misma clase.	52,3 % (n=104).
En el mismo curso, pero en otra clase.	23,6 % (n=47).
En un curso superior.	17,1 % (n=34).
En un curso inferior.	1 % (n=2).
No lo sé.	20,1 % (n=40).

Además, los resultados revelan que hay más chicos agresores que chicas. Pues según los datos obtenidos se pone de manifiesto que los grupos de chicos son aquellos que más agreden a las víctimas (39%), seguido de un chico individualmente (20%).



Formas más frecuentes de intimidación.

En cuanto a las formas más frecuentes de intimidación los alumnos perciben que las dos formas de maltrato más frecuentes son el maltrato verbal mediante motes o dejar en ridículo (59,8%) y el rechazo, aislamiento o dejar de lado (45,2%).

Realización de las agresiones y posición personal sobre el maltrato hacia otros

Al preguntar a los alumnos sobre su propia participación en dichas situaciones, hemos obtenido que la mayoría de ellos expresan no participar “nunca” (n=156) o “pocas veces” (n=39). Pues solo 2 de los participantes expresan participar muchas veces en las agresiones.

Entre los compañeros que han indicado ser “agresores”, 21 de ellos expresan que lo han realizado por provocación hacia su persona y 8 de ellos por gastar una broma. El resto de las opciones seleccionadas no han obtenido valores significantes, “porque eran más débiles” (1%), “por molestar” (1%) o “por impulso” (0,5%).

La posición personal de los alumnos frente al maltrato es buena, el 93,4% de los alumnos opinan que debemos solucionar el problema y aportan opiniones para ello. De manera genérica, muchos de ellos expresan que las situaciones se producen sin la presencia de un adulto y que es importante que los profesores estén más pendientes de dichas situaciones. Además, muchos de ellos coinciden con la importancia de proteger a las víctimas y buscar ayuda profesional cuando lo estes sufriendo.

Submuestra 2: Conocimiento y disposición de las enfermeras para el abordaje del acoso escolar desde las consultas de pediatría.

En el cuestionario sobre el conocimiento y disposición para el abordaje del acoso escolar desde la consulta de pediatría han participado un total de 40 enfermeros, de los cuales 37 respuestas corresponden al sexo femenino y 3 respuestas al sexo masculino.

En cuanto al rango de edad de los encuestados, la mayoría de ellas (42%) presentan una edad comprendida entre los 46 y 55 años, con una menor participación a medida que disminuyen los rangos de edad. La media de edad de participantes es de 42,68 con una desviación estándar de 10,06.

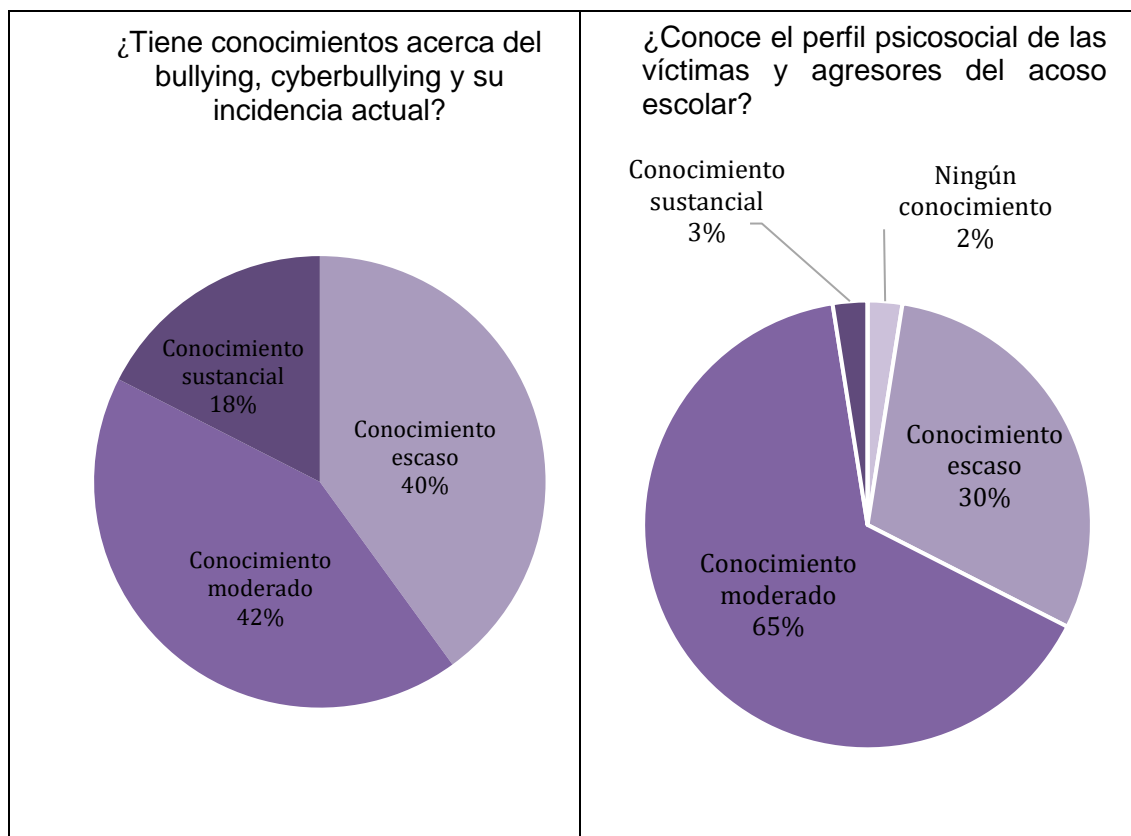
En relación con el centro de salud donde trabajan las enfermeras encuestadas, estos se han extendido en todo el territorio de la isla de Tenerife, incluyendo tanto la parte norte como la parte sur. Por último, en cuanto a los años de experiencia en la profesión, los datos obtenidos han sido variables, desde un año en la profesión hasta 37 años, sin obtener datos relevantes sobre un rango determinado.

Conocimientos acerca del acoso escolar, perfil psicosocial, factores de riesgo, y repercusiones o secuelas.

Al analizar los resultados obtenidos, hemos llegado a la conclusión de que un gran porcentaje de enfermeras presentan un conocimiento escaso o sustancial sobre el

bullying o aspectos tan importantes como sus factores de riesgo o las repercusiones que pueden provocar.

A continuación, se muestra una serie de gráficas categorizados por colores en función de las respuestas, de color más claro a más oscuro según el grado de conocimientos.



En cuanto a los factores de riesgo, podemos concluir que 6 de cada 10 enfermeras conoce los principales factores de riesgo y la mayoría hace mención a ellos, tales como edad, raza, timidez, introversión, sexo, condición física, no pertenecer a un grupo de pares, familia desestructurada...

De la misma manera, 8 de cada 10 enfermeras conoce las repercusiones y secuelas que pueden provocar en las víctimas y describen algunos de ellos tales como depresión, miedo, baja autoestima, aislamiento social, problemas mentales, disminución del nivel académico, riesgo de suicidio o agresiones.

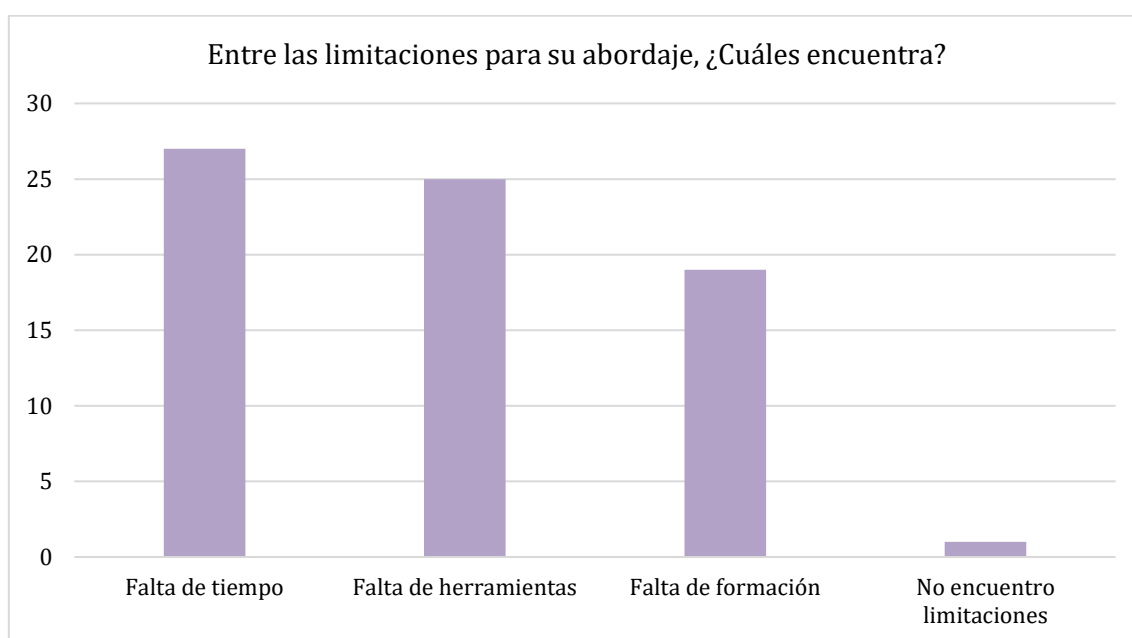
Además, al mencionar la relación entre los adolescentes víctimas de acoso y las tasas de suicidio y depresión, el 80% de las enfermeras consideran que existe una relación bastante considerable y el 20% restante consideran alguna relación.

Importancia del abordaje del problema y disposición de herramientas y formación para ello.

Se ha obtenido como resultados que la mayoría de las enfermeras (75%) considera fundamental abordar el problema, sin embargo, el 80% (N=32) enfermeras, no dispone de herramientas para evaluar el acoso en las víctimas, y de las enfermeras que han seleccionado otra respuesta, se hace mención a la valoración por patrones funcionales, en el patrón 6 “Cognitivo-perceptivo “ o el patrón 7 “ Autopercepción-autoconcepto”, pero ninguna de ellas dispone de una herramienta o cuestionario validado durante su consulta para su detección precoz.

Limitaciones para el abordaje del problema

Del total de la muestra analizada, solo un 2,5 % de las enfermeras (N=1) no encuentra limitaciones para abordar el problema, eso significa que un 97,5% de enfermeras si encuentran limitaciones recogidas en la siguiente tabla:



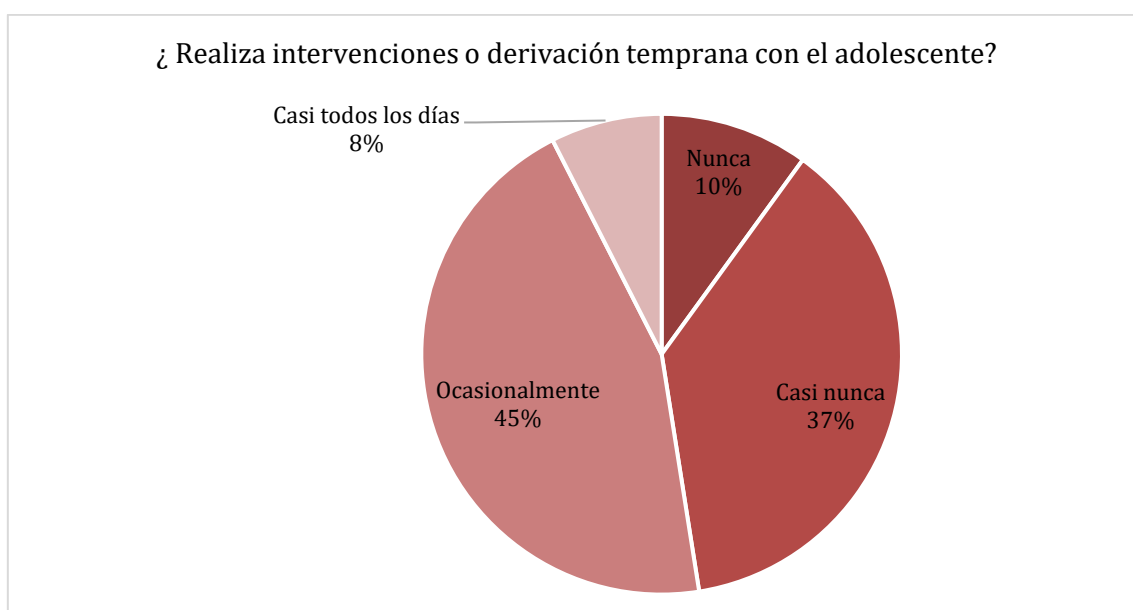
Vemos como no solo la falta de herramientas sino la falta de formación y falta de tiempo juegan un papel importante ante el abordaje. En cuanto al tiempo, en otra de las cuestiones planteadas, casi un 70% de las enfermeras expresa que estaría dispuesta a realizar un abordaje activo de la captación de casos de acoso escolar en los adolescentes si tuviera más tiempo en la consulta. En cuanto a la falta de formación, 32 enfermeras de las 40 encuestadas que supone un 80%, están totalmente de acuerdo en

que existe una falta de formación para el abordaje desde la consulta de atención primaria.

Esto se traduce en que existen carencias formativas, por ejemplo, a la hora de detectar signos de violencia o maltrato en un adolescente víctima, pues así lo reflejan los resultados, un 82,5% de las enfermeras se sienten “algo capacitadas” y un 7,5% “nada capacitadas” y, además, un 20% de ellas (N=8) no los detectan “casi nunca” y un 67,5% (N=27) “de manera ocasional”.

Prevención e intervenciones con el adolescente.

A la hora de la realización o no de estas intervenciones, los resultados ponen de manifiesto como de manera muy ocasional o casi nunca se realizan estrategias de prevención o derivaciones a otros profesionales, por ejemplo, de salud mental.



Para concluir, he de mencionar que casi la totalidad de las enfermeras consideran fundamental realizar trabajos de investigación que permitan poner de manifiesto el acoso escolar y su abordaje desde las consultas de pediatría, ya que como bien conoce la mayoría (73%), se incluye dentro de nuestras competencias profesionales.

Por tanto, como expresan y reflexionan nuestra muestra de enfermeras pediátricas, realizando una intervención temprana y abordando desde la prevención primaria, secundaria y terciaria lograríamos reducir la incidencia del problema y tratar en la medida de lo posible los casos para que no lleguen a repercutir seriamente en las víctimas.

RESULTADOS DE VARIABLES BIVARIANTES.

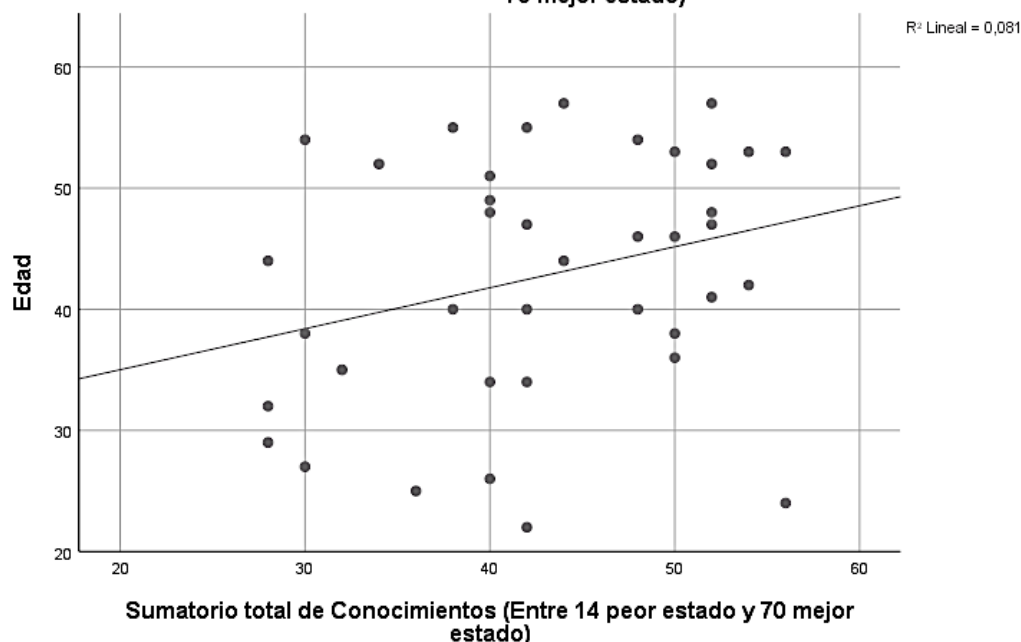
Submuestra 1: Cuestionario de Intimidación y Maltrato entre Iguales.

A continuación, se muestra un resumen de los resultados obtenidos al relacionar variables bivariantes con el objetivo de establecer relaciones o diferencias entre ellas.

Variable: edad.

Con respecto a la edad de los participantes hemos obtenido que la edad revela correlación significativa con el maltrato o intimidación, pues se obtiene una correlación de Pearson de 0,827 y de Spearman de 0,744 si las edades las relacionamos desde los 9 a los 13 años sin agrupar, por lo que al estar próximo a uno se puede afirmar que existe una relación fuerte entre ambas variables ($p=0,015$). Así lo muestra la siguiente gráfica, con una línea recta de pendiente positiva.

Dispersión simple con ajuste de línea de Edad por Sumatorio total de Conocimientos (Entre 14 peor estado y 70 mejor estado)



Variable: sexo.

Otra de las cuestiones de estudio ha sido el sexo de los participantes. Estableciendo la relación entre el sexo femenino ($n=108$) y masculino ($n=91$) con el sumatorio total de intimidación y maltrato. Se obtiene que la media en la variable sumatoria entre chicas es de 32,85 con una desviación estándar de 10,48 frente a la media de puntuación en

chicos, 29,48 con una desviación estándar de 8,70. Por tanto, el género femenino sufre más acoso escolar que el género masculino con significación estadística ($p=0,03$).

Variable: número de amigos.

Otra de las cuestiones desde mi punto de vista importantes a analizar y a tener en cuenta para posteriores estudios es el número de amigos expresado por los participantes y la relación con el acoso escolar, obteniendo resultados significativos para ello.

De tal manera que hemos obtenido que aquellos alumnos que expresan no tener ningún amigo sufren una diferencia de 20 puntos más de media de acoso escolar que aquellos que expresan tener al menos un amigo o más de un amigo ($m=51,25$ y $m=31,06$ respectivamente) con un valor $p<0,001$ en la prueba de T de Student.

Variable: agresores.

Como hemos comentado anteriormente en el análisis descriptivo de las variables, los datos revelan que hay más chicos agresores que chicas. Sin embargo, esto cambia al relacionar el sexo de los agresores con el sexo de las víctimas. De tal manera que encontramos que, dentro del sexo femenino, un 20,3% de las intimidaciones las reciben por parte de una chica o chicas. Esto no ocurre en el sexo masculino, pues solo un 3,3% de las intimidaciones las reciben de las chicas mientras que un 96,7% de parte de los chicos. Esta relación fue establecida mediante la prueba de Chi-cuadrado, obteniendo una significación bilateral de $p=0,003$.

Variable: soledad y número de amigos.

Dentro de la relación entre el sentimiento de soledad y el número de amigos con el sumatorio total de intimidación, hemos realizado una tabla dicotómica para analizar su correlación mediante Chi-Cuadrado. Dentro de la variable "número de amigos", diferenciamos entre los participantes que seleccionaron ningún amigo y aquellos que seleccionaron al menos 1 o más de un amigo. Al relacionarlo con los sentimientos de soledad percibidos, por ejemplo, en el recreo, obtenemos que el 100% de los alumnos que refieren no tener ningún amigo, han sentido soledad "muchas veces". A diferencia de los que han seleccionado al menos un amigo, que han referido sentirse solos "muchas veces" un 38,5%, con una significación estadística en la prueba de Fisher de $p=0,025$.

Además, existe una diferencia significativa en cuanto a expresar lo ocurrido y el género. De tal manera que las chicas tienen una mayor tendencia a “no hablar con nadie” a diferencia de los chicos (23,1% frente al 14,3%) con una significación estadística relevante ($p=0,001$). Con respecto a la edad, no existe diferencia en cuanto a la comunicación de los hechos según crecen los niños/adolescentes.

Variable: situación en casa.

Siempre ha sido conocida la relación entre la unidad familiar y el comportamiento de los niños. Pues aquellas familias con un mal funcionamiento familiar o familias desestructuradas llevan a crianzas sin normas y conductas inapropiadas que favorecen conductas acosadoras (Córdova, p.21-48).

Así lo pone de manifiesto nuestro estudio en los preadolescentes. Aquellos niños que expresan encontrarse “casi siempre mal o mal” en casa, la media es de 49,50 a diferencia de los que manifiestan encontrarse “casi siempre bien o bien” con una media de 26,03, con significación estadística $p<0,001$ según la prueba T de Student.

Submuestra 2: Conocimiento y disposición de las enfermeras para el abordaje del acoso escolar desde las consultas de pediatría.

Variable: edad.

Con respecto a la edad de los participantes hemos obtenido que la edad no revela significación estadística con los conocimientos, pues se obtiene una correlación de Pearson de 0,078 y de Spearman de 0,094, ni siquiera al establecer una relación dicotómica en dos grupos de edades, un primer grupo entre los 22 y los 36 años que equivale a unas menores edades, a diferencia de un segundo grupo de edades mayores entre los 37-57.

Variable: sexo.

Otra de las cuestiones de estudio ha sido el sexo de los participantes enfermeros. Estableciendo la relación entre el sexo femenino ($n=37$) y masculino ($n=3$) con el sumatorio total de conocimientos, habilidades y competencias en el manejo del maltrato y acoso. Se obtiene que la media en la variable sumatoria entre el sexo femenino es de 42,44 con una desviación estándar de 8,75 frente a la media de puntuación en el sexo

masculino, 48,67 con una desviación estándar de 1,16. El género masculino refiere mayor conocimiento, habilidades y capacidades para el abordaje del acoso que el sexo femenino, con significación estadística ($p=0,001$).

7. DISCUSION.

El presente estudio se elabora con la finalidad de conocer la prevalencia del acoso escolar en las aulas educativas y del mismo modo, conocer la disposición y el posible abordaje por las enfermeras de pediatría. Al realizar nuestro estudio, contamos con la colaboración de 202 preadolescentes y 40 enfermeras pediátricas de Atención Primaria de los diferentes centros de Salud de Tenerife, que nos permitieron recabar datos, analizar y relacionar diferentes variables para ponerlas de manifiesto a fin de que se conozcan y se pueda trabajar sobre ellas para erradicar o disminuir este problema que afecta a la salud de nuestra población preadolescente.

Los resultados de nuestra investigación reflejan, en primer lugar, como los casos de acoso escolar se dan con mayor medida en el sexo femenino, es decir, las chicas manifiestan sufrir más acoso escolar que los chicos, y, además, existe una relación entre ambos grupos de sexo, es decir, las chicas consideran que sufren mayor acoso por parte de chicas y, al contrario, los chicos expresan sufrir más acoso por adolescentes de su mismo sexo, es decir por chicos.

Además, hemos comprobado los datos ofrecidos por el Ministerio de Educación, que expresaba que se obtenían cifras más altas de bullying en grupos de edades mayores (MECD, 2017). En nuestra muestra de estudio, hemos comprobado cómo a mayor edad, más intimidación o maltrato.

Al hablar de las relaciones sociales de los niños, sabemos que estas influyen en ser víctima o no de acoso. Así lo pone de manifiesto nuestro estudio, pues aquellos adolescentes que manifiestan tener pocos o ningún amigo, es decir, unas menores relaciones sociales en la escuela sufren mayor acoso que aquellos que expresan tener muchos amigos y buenas relaciones en el colegio. Por tanto, deben ser signos de alarma para las enfermeras pediátricas que así lo han expresado en los resultados obtenidos, características de la personalidad como introversión, irritabilidad, timidez, soledad, cansancio o miedos a ir al colegio puesto que puede que el adolescente este sufriendo acoso escolar. La soledad percibida es un factor clave de estudio puesto que, en el recreo, obtenemos que los alumnos que refieren no tener ningún amigo o al menos uno, han sentido soledad "muchas veces". Otra de las cuestiones analizadas es la comunicación de los hechos. Cabe destacar que 2 de cada 10 alumnos no hablan con nadie de la situación, por lo que será muy complicado poder intervenir con ellos y acorde con el estudio de Avilés Martínez y Monjas Casares (2005), existe una tendencia

significativa en cuanto al género, las chicas tienen una mayor tendencia a “no hablar con nadie”, 23,1% a diferencia de los chicos, un 14,3%.

La relación entre el funcionamiento familiar y los adolescentes víctimas de acoso es conocida desde hace décadas, desde 1980 cuando Olweus expresó que la falta de atención y cariño o la excesiva permisividad eran factores influyentes para que un niño sea capaz de agredir a otro. Esto fue reforzado por estudios posteriores, como el estudio de Córdoba que puso de manifiesto, al igual que nuestro estudio actual que pone de manifiesto que aquellos niños que expresan encontrarse “casi siempre mal o mal” en casa, la media es de 49,50 a diferencia de los que manifiestan encontrarse “casi siempre bien o bien” con una media de 26,03 de acoso escolar.

Por tanto, vemos como es un importante problema de salud pública que quiero poner de manifiesto para que, sobre todo, la enfermera pediátrica conozca estas cifras y concienciamos de la importancia de una valoración sistemática y profunda a los adolescentes que se encuentran en etapas de transición y que son especialmente vulnerables a sufrir estas situaciones. Como comentábamos al principio de nuestro estudio, hemos comprobado nuestra hipótesis inicial. Pues uno de los problemas principales ante el abordaje del problema por parte de enfermería es la falta de herramientas y la falta de tiempo para su abordaje.

Las enfermeras encuestadas consideran que presentan un nivel de conocimientos adecuados con respecto al perfil de las víctimas, las consecuencias del bullying o por ejemplo, sus manifestaciones, y que guardan relación con respecto a la edad y el sexo. Sin embargo, un 97,5% de ellas encuentran limitaciones para su abordaje.

Con respecto al sexo, podemos comprobar que el género masculino refiere mejor conocimiento, habilidades y capacidades para el abordaje del acoso que el sexo femenino.

Estos resultados revelan que el acoso se encuentra en gran medida entre los preadolescentes y que cada vez son más los casos de intimidación y maltrato. Esto puede llegar a causar daños físicos y psicológicos y en casos extremos llegar al suicidio, incluyendo el acoso escolar como uno de los problemas de salud pública que debemos abordar desde nuestras consultas de Enfermería. Por tanto, resulta imprescindible concienciar y educar a estos profesionales sobre la importancia del problema que muchas veces llevará mayores daños, como es el caso del daño psicológico, que otras patologías o enfermedades biológicas del adolescente.

8. CONCLUSIONES

- Existe acoso escolar e intimidación en los preadolescentes de los diferentes centros educativos de Tenerife y su incremento en España en un 11,65% respecto al año 2021 expresa la importancia del problema.
- El acoso escolar provoca consecuencias negativas sobre la salud de las víctimas tales como absentismo escolar, ansiedad, aislamiento social, miedos o incluso llegar a situaciones fatales como el suicidio.
- Las enfermeras de pediatría en Atención Primaria suponen un papel esencial en la prevención del bullying escolar. Las enfermeras expresan tener conocimientos, habilidades y competencias para su abordaje, pero no disponen de herramientas ni tiempo para ello.
- Debe llevarse a cabo una intervención multidisciplinar del problema que permita reducir los casos de acoso escolar mediante el trabajo con otros profesionales de salud tales como psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras escolares.
- Se deben seguir realizando estudios e investigaciones que permitan, por ejemplo, la creación de herramientas y cuestionarios estandarizados de detección del acoso escolar en las consultas de enfermería pediátrica, siendo necesario el desarrollo de guías de práctica clínica profesionales.
- Utilizar el lenguaje de cuidados en la última versión del NANDA y del libro "Nursing Diagnosis Handbook". Pues en ellos se incluyen los diagnósticos que deben manejarse desde atención primaria en la población pediátrica como el "Riesgo de violencia dirigida a otros", "Riesgo de conducta suicida" o "Riesgo de compromiso de la dignidad humana". Utilizaremos los objetivos e intervenciones adecuadas a cada diagnóstico.
- Se debe trabajar sobre la prevención primaria del problema mediante programas de formación antibullying, escucha activa, la empatía o grupos de apoyo para las víctimas. Así conseguiremos que se reduzcan estas conductas negativas en la escuela. Las enfermeras de pediatría deben estar alerta no solo a los signos de alarma que puedan indicar que el niño está siendo víctima de acoso sino ante sujetos que estén participando como agresores, para dentro de una relación de confianza, intentar modificar su conducta, desarrollar habilidades para afrontar los problemas o desarrollar medidas de autocontrol.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Ackley, B. J., Ladwig, G. B., Makic, M. B. F., Martinez-Kratz, M. R., & Zanotti, M. (2020). Nursing Diagnosis Handbook (12.a ed.) [Libro electrónico]. Elsevier Gezondheidszorg. 1372-1382.
- Analitis F, Velderman M and Ravens-Sieberer U. (2009). Being bullied: associated factors in children and adolescents 8 to 18 years old in 11 European countries. Pediatrics. 123; 568–577.
- Asociación Española para la Prevención del Acoso Escolar. (2021, 19 julio). Asociación Española para la Prevención del Acoso Escolar. AEPAE. Disponible en: <https://aepae.es/>.
- Avilés Martínez, J. M y Monjas Casares, I. (2005). Estudio de incidencia de la intimidación y el maltrato entre iguales en la educación secundaria obligatoria mediante el cuestionario CIMEI. Anales de Psicología, 21(1).
- BOE. (2010, 29 junio). BOE-A-2010-10365 Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2010/06/17/sas1730>.
- BOE. (2010, 29 junio). BOE-A-2010-10365 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. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-10364.
- BOE. (2018, 5 diciembre). BOE-A-2018-16673 Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-16673>.
- Carr-Gregg, M., & Manocha, R. (2011). Bullying - effects, prevalence and strategies for detection. Australian family physician, 40(3), 99–102.

- Caudle JN, Runyon MK. (2013). Bullying among today's youth: The important role of the primary care physician. *Osteopathic Family Physician*. 5:140-146.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). The relationship between bullying and suicide: What we know and what it means for schools. CDC: Atlanta, GA, USA. National Center for Injury Prevention and Control.
- Código Deontológico de la Enfermería Española. Resolución Nº 32/89: por la que se aprueban las normas deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión de enfermería de España con carácter obligatorio. 14 de julio de 1989. Capítulo II. Disponible en: <https://www.codem.es/codigo-deontologico>.
- Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería. Internet. Revisado en 2021. Ginebra. Disponible en: http://www.enfermeriacanaria.com/wptfe/wp-content/uploads/ICN_Code-of-Ethics_ESP.pdf
- Córdova, A; Ramón, E; Silvestre, K y Cruz, C. (2012). Bullying y consumo de drogas. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 4 (2), 21-48.
- Corvo, K. y Lara, E. (2010). Towards an integrated theory of relational violence: Is bullying a risk factor for domestic violence? *Aggress Violent Behav*, 15, 182-189. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2009.12.001>
- Fekkes M, Pijpers FI, Fredriks AM, Vogels T, Verloove-Vanhorick SP. (2006). Do bullied children get ill, or do ill children get bullied? A prospective cohort study on the relationship between bullying and health-related symptoms. *Pediatrics*;117(5):1569-74.
- Fino ER, Martínez YA. (2015). Aprender a ser y aprender a vivir juntos, pilares que necesitan un renacer inminente en nuestras aulas escolares. Universidad de Tolima.
- Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF. (2014). Nueva era del Bullying: Ciberacoso | Asociación Española de Pediatría. AEP. Disponible en: <https://www.aeped.es/una-vision-global-violencia-contra-ninos/4>

- Garaigordobil, Maite, & Oñederra, José A. (2010). Inteligencia emocional en las víctimas de acoso escolar y en los agresores. *European Journal of Education and Psychology*, 3(2),243-256. [fecha de Consulta 21 de Diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=129315468008>
- García-Couceiro, N., Salgado, P. G., Harris, S. K., Burkhart, G., Flórez-Menéndez, G., & Boubeta, A. R. (2021). El modelo SBIRT como estrategia de prevención de las adicciones Con y sin sustancia en adolescentes. *Revista Española de Salud Pública*, 95.
- Hatzenbuehler M. L. (2011). The social environment and suicide attempts in lesbian, gay, and bisexual youth. *Pediatrics*. 127(5), 896–903. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2010-3020>
- Hensley V. (2013). Childhood bullying. A review and implications for health care professionals. *Journal Nursing Clinics of North America*. 48(2), 205-213. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2013.01.014>
- Hutson, E., Melnyk, B., Hensley, V., & Sinnott, L. T. (2019). Childhood Bullying: Screening and Intervening Practices of Pediatric Primary Care Providers. *Journal of pediatric health care : official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 33(6), e39–e45. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2019.07.003>
- Instituto Nacional de Estadística (2021). Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=46273&L=0>
- Kann L, McManus T, Harris WA, Shanklin SL, Flint KH, Queen B, Lowry R, Chyen D, Whittle L, Thornton J, Lim C, Bradford D, Yamakawa Y, Leon M, Brener N, Ethier KA. (2018). Youth Risk Behavior Surveillance. 67(8):1-114. DOI: 10.15585/mmwr.ss6708a1.
- Klomek AB, Sourander A, Niemelä S, Kumpulainen K, Piha J, Tamminen T, Almqvist F, Gould MS. (2009). Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and

- completed suicides: a population-based birth cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 48(3): 254-261. DOI: 10.1097/CHI.0b013e318196b91f.
- Kodish, T., Herres, J., Shearer, A., Atte, T., Fein, J., & Diamond, G. (2016). Bullying, depression, and suicide risk in a pediatric primary care sample. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 37(3), 242–246. DOI: <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000378>
- Langdon, SW, Preble, W (2008). La relación entre niveles de percepción de respeto e intimidación en estudiantes de quinto a duodécimo grado. *Adolescencia*. 43, 486–503
- Ministerio de Educación, cultura y deporte. (2021). *Acoso escolar, datos, cifras y estadísticas en la comunidad*. Disponible en: <https://www.epdata.es/datos/acoso-escolar-datos-cifras-estadisticas-comunidad/258/canarias>
- Nansel, T. R., Overpeck, M., Pilla, R. S., Ruan, W. J., Simons-Morton, B., & Scheidt, P. (2001). Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA*, 285(16), 2094–2100. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.285.16.2094>
- North American Nursing Diagnosis Association. NANDA. 2021-2023. Nursing diagnoses: definitions and classification. Disponible en: <https://www-nnnconsult-com>
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school. What we know and what we can do*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *School violence and bullying: Global status and trends, drivers and consequences*. Disponible en: https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=5805
- Pardo, E. C. (2017). *Acoso escolar: características, factores de riesgo y consecuencias*. Dialnet, 3(1), 7. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7240284>
- Pérez-Cuevas, R. & Muñoz-Hernández, O. (2014). Importancia de la salud pública dirigida a la niñez y la adolescencia en México. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 71(2), 127-133. Recuperado en 23 de enero de 2022, de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462014000200010&lng=es&tlng=es.

Ramírez, F. C. (1997). Conductas agresivas en la edad escolar: aproximación teórica y metodológica: propuestas de intervención. 109-130. Dialnet. Disponible en : <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=203592>

Salmeron PA, Christian BJ. (2016). Evaluation of an Educational Program to Improve School Nursing Staff Perceptions of Bullying In Pinellas County, Florida. *Pediatr Nurs.* 42(6) :284-292.

Save the Children (s.f). *Ciberacoso o cyberbullying*. Disponible en : <https://www.savethechildren.es/donde/espana/violencia-contra-la-infancia/ciberacoso-cyberbullying>

Silverstone, P. H., Bercov, M., Suen, V. Y., Allen, A., Cribben, I., Goodrick, J., Henry, S., Pryce, C., Langstraat, P., Rittenbach, K., Chakraborty, S., Engels, R. C., & McCabe, C. (2015). Initial Findings from a Novel School-Based Program, EMPATHY, Which May Help Reduce Depression and Suicidality in Youth. *PloS one*, 10(5). DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125527>

Vessey, J. A. , DiFazio, R. L., & Strout, T. D. (2013). Youth bullying: a review of the science and call to action. *Nursing Outlook.* 61(5), 337–345. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2013.04.011>

Williams, S. G., Langhinrichsen-Rohling, J., Wornell, C., & Finnegan, H. (2017). Adolescents Transitioning to High School: Sex Differences in Bullying Victimization Associated With Depressive Symptoms, Suicide Ideation, and Suicide Attempts. *The Journal of school nursing: the official publication of the National Association of School Nurses.* 33(6), 467–479. DOI: <https://doi.org/10.1177/1059840516686840>

10. ANEXOS.

ANEXO 1: Cuestionario sobre intimidación y maltrato entre iguales.

CUESTIONARIO SOBRE INTIMIDACIÓN Y MALTRATO ENTRE IGUALES

Mi nombre es Nerea Rodríguez Abreu, estudiante de 4º de Enfermería de la Universidad de La Laguna. Me gustaría que participases en mi Trabajo de Fin de grado respondiendo este cuestionario.

Tiene como objetivo conocer la frecuencia de preadolescentes víctimas de acoso escolar en las aulas educativas con el fin de poner de manifiesto la incidencia actual del problema y ofrecer herramientas para abordarlo desde las consultas de pediatría. Así podremos hacer frente a este problema de salud pública que va a provocar consecuencias a corto y a largo plazo sobre el niño/adolescente.

INSTRUCCIONES PARA RESPONDER EL CUESTIONARIO

1. No pongas tu nombre en el cuadernillo, sólo rellena los datos que te piden.
2. Lee las preguntas detenidamente. Revisa todas las opciones y elige la respuesta que prefieras.
3. Elige sólo una respuesta, rodeando con un círculo la letra que tiene la opción a su lado.
4. Si te surge alguna pregunta mientras rellenas el cuestionario levanta la mano y te responderemos.

INFORMACIÓN PARA PADRES/TUTORES LEGALES DEL NIÑO/ADOLESCENTE

El presente cuestionario se elabora con la única finalidad de obtener datos estadísticos para la realización de un trabajo de investigación de Fin de Grado (TFG).

Se trata de una encuesta anónima, voluntaria y confidencial. Será utilizada con el único fin de este proyecto de investigación.

Muchas gracias por su colaboración

CUESTIONARIO SOBRE INTIMIDACIÓN Y MALTRATO ENTRE IGUALES

1. Edad
.....
2. Sexo
 - a. Femenino
 - b. Masculino
 - c. Otro
3. Municipio de residencia
.....
4. Nombre del colegio donde estudias actualmente
.....
5. ¿Con quién vives?
 - a. Con mi padre y mi madre.
 - b. Sólo con uno de ellos.
 - c. Con otros familiares.
 - d. Otros
6. ¿Cuántos hermanos tienes? (sin contarte a tí).
 - a. Ninguno.
 - b. 1.
 - c. 2.
 - d. 3 ó más.
7. ¿Cómo te encuentras en casa?
 - a. Siempre bien.
 - b. Casi siempre bien
 - c. Ni bien ni mal.
 - d. Casi siempre mal
 - e. Siempre mal.
8. Señala cuáles de estas situaciones suceden en tu casa (puedes elegir más de una respuesta).
 - a. Discusiones.
 - b. Excursiones, fiestas.
 - c. Peleas (algunos se pegan).
 - d. Otras
9. ¿Cómo te llevas con la mayoría de compañeros y compañeras?
 - a. Con la mayoría bien.
 - b. Con algunos bien
 - c. Ni bien ni mal.
 - d. Con algunos mal
 - e. Con la mayoría mal, excepto mis mejores amigos
10. ¿Cuántos buenos amigos (amigos y amigas de verdad) tienes en tu instituto/colegio?
 - a. Ninguno.

- b. 1.
 - c. Entre 2 y 5.
 - d. 6 o más.
11. ¿Cuántas veces te has sentido solo o sola en el recreo porque tus amigos no han querido estar contigo?
- a. Nunca.
 - b. Pocas veces.
 - c. Muchas veces.
12. ¿Cómo te tratan tus profesores?
- a. Bien.
 - b. Ni bien ni mal.
 - c. Mal.
13. ¿Cómo te va en el instituto/colegio?
- a. Bien.
 - b. Ni bien ni mal.
 - c. Mal.
14. ¿Cuántas veces te han intimidado o maltratado algunos de tus compañeros o compañeras?
- a. Nunca.
 - b. Pocas veces.
 - c. Muchas veces.
15. Si tus compañeros te han intimidado en alguna ocasión ¿desde cuándo se producen estas situaciones?
- a. Nadie me ha intimidado nunca.
 - b. Desde hace una semana.
 - c. Desde hace un mes.
 - d. Desde principios de curso.
 - e. Desde siempre.
16. ¿Hay alguien más que te intimide con frecuencia?
- a. No.
 - b. Sí
 - c. Tal vez
17. Si te han intimidado en alguna ocasión ¿por qué crees que lo hicieron? (puedes elegir más de una respuesta)
- a. Nadie me ha intimidado nunca.
 - b. No lo sé.
 - c. Porque los provoqué.
 - d. Porque soy diferente a ellos.
 - e. Porque soy más débil.
 - f. Por molestarme.
 - g. Por gastarme una broma.
 - h. Otros.....

18. ¿En qué clase están los chicos y chicas que suelen intimidar a sus compañeros? (puedes elegir más de una respuesta)
- No lo sé.
 - En la misma clase.
 - En el mismo curso, pero en otra clase.
 - En un curso superior.
 - En un curso inferior.
19. ¿Quiénes suelen ser los que intimidan a sus compañeros o compañeras?
- No lo sé.
 - Un chico.
 - Un grupo de chicos.
 - Una chica.
 - Un grupo de chicas.
 - Un grupo de chicos y chicas.
20. ¿En qué lugares se suelen producir estas situaciones de intimidación o maltrato? (puedes elegir más de una respuesta).
- No lo sé.
 - En la clase.
 - En el patio.
 - En la calle.
 - Otros.....
21. ¿Quién suele parar las situaciones de intimidación/maltrato?
- No lo sé.
 - Nadie.
 - Algún profesor.
 - Algún compañero.
22. Si alguien te intimida/maltrata ¿hablas con alguien de lo que te sucede? (puedes elegir más de una respuesta).
- Nadie me intimida.
 - No hablo con nadie.
 - Con los profesores.
 - Con mi familia.
 - Con compañeros.
23. ¿Serías capaz de intimidar a alguno de tus compañeros en alguna ocasión?
- Nunca.
 - No lo sé.
 - Sí, si me provocan.
 - Sí, si mis amigos lo hacen.
 - Otras razones
-
24. Si has intimidado a algunos de tus compañeros ¿te ha dicho alguien algo al respecto? (puedes elegir más de una respuesta).
- No he intimidado a nadie.

- b. Nadie me ha dicho nada.
 - c. Si, a mis profesores les ha parecido mal.
 - d. Si, a mi familia le ha parecido mal.
 - e. Si, a mis compañeros les ha parecido mal.
 - f. Si, mis profesores me dijeron que estaba bien.
 - g. Si, mi familia me dijo que estaba bien.
 - h. Si, mis compañeros me dijeron que estaba bien.
25. Si has participado en situaciones de intimidación hacia tus compañeros ¿Por qué los hiciste?(puedes elegir más de una respuesta).
- a. No he intimidado a nadie.
 - b. No lo sé.
 - c. Porque me provocaron.
 - d. Porque son distintos en algo
 - e. Porque eran más débiles.
 - f. Por molestar.
 - g. Por gastar una broma.
 - h. Otros.....
26. ¿Cuáles son a tu parecer las dos formas más frecuentes de intimidación o maltrato entre compañeros?
- a. No lo sé.
 - b. Poner moteos o dejar en ridículo.
 - c. Hacer daño físico (pegar, dar patadas, empujar).
 - d. Robo.
 - e. Amenazas.
 - f. Rechazo, aislamiento, no juntarse.
 - g. Otros.....
27. ¿Con qué frecuencia se dan intimidaciones en tu centro?
- a. Nunca.
 - b. Pocas veces.
 - c. Muchas veces.
28. ¿Cuántas veces has participado en intimidaciones a tus compañeros?
- a. Nunca.
 - b. Pocas veces.
 - c. Muchas veces.
29. ¿Qué piensas de los chicos y chicas que intimidan a otros compañeros?
- a. Nada, paso del tema.
 - b. Me parece mal.
 - c. Es normal que pase entre compañeros.
 - d. Hacen bien, tendrán sus motivos.
30. ¿Por qué crees que algunos chicos intimidan a otros? (puedes elegir más de una respuesta)
- a. No lo sé.
 - b. Porque se meten con ellos.
 - c. Porque son más fuertes.
 - d. Por gastar una broma.
 - e. Otras razones.....

31. ¿Qué sueles hacer cuando un compañero intimida a otro?
- a. Nada, paso del tema.
 - b. Nada, aunque creo que debería hacer algo.
 - c. Aviso a alguien que pueda parar la situación.
 - d. Intento cortar la situación personalmente.

32. ¿Crees que habría que solucionar este problema?
- a. No sé.
 - b. No.
 - c. Sí.
 - d. No se puede solucionar.

33. ¿Qué tendría que suceder para que se arreglase?
- a. No se puede arreglar.
 - b. No sé.
 - c. Que se haga algo (explica brevemente que):

Los profesores

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Las familias

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Los compañeros

.....

.....

.....

.....

.....

.....

34. Si tienes algo que añadir sobre el tema que no te hayamos preguntado, puedes escribirlo a continuación.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

ANEXO 2: Encuesta “ad hoc” sobre el conocimiento y disposición de las enfermeras para el abordaje del acoso escolar desde las consultas de pediatría

Conocimiento y disposición de las enfermeras para el abordaje del acoso escolar desde las consultas de pediatría

Mi nombre es Nerea Rodríguez Abreu, estudiante de 4º de Enfermería de la Universidad de La Laguna. Me gustaría que participases en mi Trabajo de Fin de grado respondiendo este cuestionario.

Tiene como objetivo evaluar el nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería pediátrica sobre el conocido fenómeno del acoso escolar o "bullying" y sus herramientas para abordarlo desde las consultas de pediatría y así, poner de manifiesto la necesidad de una participación activa por parte de los profesionales para hacer frente a este problema de salud pública.

Se trata de una encuesta anónima, voluntaria y confidencial. Será utilizada con el único fin de este proyecto de investigación.

¡Muchas gracias por su colaboración!

***Obligatorio**

He entendido los objetivos del trabajo y quiero participar de manera voluntaria respondiendo el cuestionario

Sí

Sexo *

Femenino

Masculino

Otro:

Edad *

Nombre del Centro de Salud donde trabajas actualmente

Años de experiencia en la profesión

¿Tiene conocimientos acerca del bullying, cyberbullying y su incidencia actual?

- Ningún conocimiento
- Conocimiento escaso
- Conocimiento moderado
- Conocimiento sustancial
- Conocimiento extenso

¿Conoce el perfil psicosocial de las víctimas y agresores del acoso escolar?

- Ningún conocimiento
- Conocimiento escaso
- Conocimiento moderado
- Conocimiento sustancial
- Conocimiento extenso

¿Sabe cuáles son los principales factores de riesgo que hacen que un adolescente sufra acoso escolar?

- Sí
- No

Si su respuesta es sí, descríbelos:

.....
.....

¿Conoce las repercusiones y secuelas que puede provocar en la salud de las víctimas?

- Sí
- No

Si su respuesta es sí, descríbelas:

.....
.....

¿Considera que existe relación entre los adolescentes víctimas de acoso y la depresión e incluso suicidio?

- Ninguna relación
- Alguna relación
- Considerable relación

¿Considera que es un problema importante que debe abordarse desde atención primaria?

- No lo considero en absoluto importante
- Lo considero algo importante
- Lo considero bastante importante
- Lo considero fundamental

Durante su consulta pediátrica, ¿Dispone de herramientas para evaluar el acoso en los adolescentes tanto víctimas como agresores?

- Sí
- No

Si su respuesta es si, descríbelas:

.....
.....

¿Es capaz de detectar signos de violencia, maltrato infantil o abuso escolar durante sus consultas de seguimiento de pediatría?

- Me siento nada capacitada
- Me siento algo capacitada
- Me siento bastante capacitada

¿Considera que existe falta de formación para el abordaje desde la consulta de atención primaria?

- Estoy totalmente en desacuerdo
- Estoy parcialmente en desacuerdo
- Ni en desacuerdo ni en acuerdo
- Estoy parcialmente de acuerdo
- Estoy totalmente de acuerdo

¿Considera que, realizando campañas de formación a los enfermeros de pediatría, disminuiría los casos de acoso escolar?

- Estoy totalmente en desacuerdo
- Estoy parcialmente en desacuerdo
- Ni en desacuerdo ni en acuerdo
- Estoy parcialmente de acuerdo
- Estoy totalmente de acuerdo

¿Conoce las diferentes estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria del acoso en los adolescentes?

- Ningún conocimiento
- Conocimiento escaso
- Conocimiento moderado

- Conocimiento sustancial
 Conocimiento extenso

¿Realiza intervenciones o derivación temprana con el adolescente?

Ejemplo: derivación a salud mental

- Nunca
 Casi nunca
 Ocasionalmente
 Casi todos los días
 Todos los días

¿Realiza algún tipo de prevención primaria tal como proporcionar información del bullying al adolescente y familiar?

- Nunca
 Casi nunca
 Ocasionalmente
 Casi todos los días
 Todos los días

¿Estaría dispuesto a realizar un abordaje activo de la captación de casos de acoso escolar en los adolescentes?

- Sí, de hecho, ya lo realizo en mi consulta
 Sí, si tuviera más tiempo en mi consulta
 No, considero que es un tema del ámbito educativo/trabajador social

¿Identifica habitualmente en las consultas de pediatría signos y síntomas que puedan indicar que el niño está siendo víctima de acoso?

- Nunca
 Casi nunca
 Ocasionalmente
 Casi todos los días
 Todos los días

¿Realiza una valoración sistemática a los niños y/o adolescentes en las visitas?

- Nunca
 Casi nunca
 Ocasionalmente
 Casi todos los días
 Todos los días

¿Trabaja de forma coordinada con otros profesionales tales como profesores, médicos o trabajadores sociales si detecta el acoso en el adolescente?

- Nunca
 Casi nunca
 Ocasionalmente

- Casi todos los días
 Todos los días

¿Cree que en el área de sus competencias profesionales se incluye las relacionadas con el acoso escolar?

- Si
 No
 Tal vez

Entre las limitaciones para su abordaje, ¿Cuáles encuentra?

Puedes indicar más de una respuesta si lo considera.

- Falta de herramientas para detectarlo
 Falta de formación
 Falta de tiempo para una valoración completa
 No encuentro limitaciones.

¿

Considera útil realizar proyectos de investigación para poner de manifiesto el acoso escolar y la importancia de la enfermera pediátrica?

- Estoy totalmente en desacuerdo
 Estoy parcialmente en desacuerdo
 Ni en desacuerdo ni en acuerdo
 Estoy parcialmente de acuerdo
 Estoy totalmente de acuerdo

Muchas gracias por su colaboración.

Puede realizar algún comentario o aportación si lo desea en el siguiente apartado.

Fuente (elaboración propia)