

UNIVERSIDAD
DE MURCIA

Escuela
de Doctorado

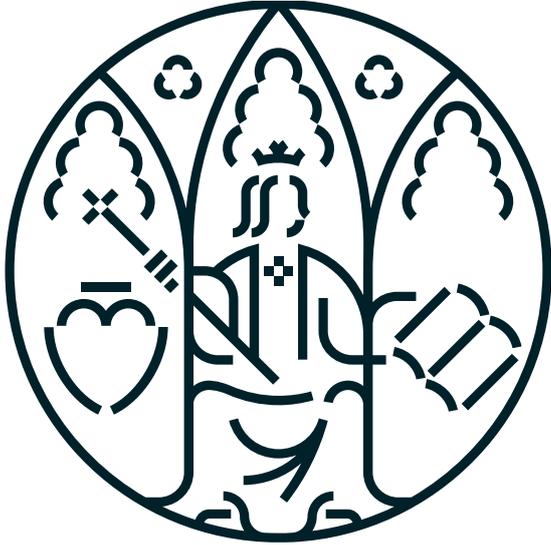
TESIS DOCTORAL

*ACOSO ESCOLAR DESDE EL CONTEXTO DE
ATENCIÓN PRIMARIA: UNA VISIÓN LIDERADA POR
LAS ENFERMERAS.*

AUTOR/A MARÍA DEL CARMEN CELDRÁN NAVARRO

DIRECTOR/ES ISMAEL JIMÉNEZ RUÍZ

2025



UNIVERSIDAD
DE MURCIA

Escuela
de Doctorado

TESIS DOCTORAL

*ACOSO ESCOLAR DESDE EL CONTEXTO DE
ATENCIÓN PRIMARIA: UNA VISIÓN
LIDERADA POR LAS ENFERMERAS.*

AUTOR/A María del Carmen Celdrán Navarro

DIRECTOR/ES Ismael Jiménez Ruíz

2025



DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DE LA TESIS PRESENTADA EN MODALIDAD DE COMPENDIO O ARTÍCULOS PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR/A

Aprobado por la Comisión General de Doctorado el 19 de octubre de 2022.

Yo, D. María del Carmen Celdrán Navarro, habiendo cursado el Programa de Doctorado Ciencias de la Salud de la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad de Murcia (EIDUM), como autor/a de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor/a titulada:

Acoso escolar desde el contexto de atención primaria: una visión liderada por las enfermeras

y dirigida por:

D.: Ismael Jiménez Ruíz

D.:

D.:

DECLARO QUE:

La tesis es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente, en particular, la Ley de Propiedad Intelectual (R.D. legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), en particular, las disposiciones referidas al derecho de cita, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Además, al haber sido autorizada como prevé el artículo 29.8 del reglamento, cuenta con:

- *La aceptación por escrito de los coautores de las publicaciones de que el doctorando las presente como parte de la tesis.*
- *En su caso, la renuncia por escrito de los coautores no doctores de dichos trabajos a presentarlos como parte de otras tesis doctorales en la Universidad de Murcia o en cualquier otra universidad.*

Del mismo modo, asumo ante la Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de la autoría o falta de originalidad del contenido de la tesis presentada, en caso de plagio, de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente.

Murcia, a 31 de enero de 2025

(firma)

María del Carmen Celdrán Navarro

Información básica sobre protección de sus datos personales aportados:	
Responsable	Universidad de Murcia. Avenida teniente Flomesta, 5. Edificio de la Convalecencia. 30003; Murcia. Delegado de Protección de Datos: dpd@um.es
Legitimación	La Universidad de Murcia se encuentra legitimada para el tratamiento de sus datos por ser necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. art. 6.1.c) del Reglamento General de Protección de Datos
Finalidad	Gestionar su declaración de autoría y originalidad
Destinatarios	No se prevén comunicaciones de datos
Derechos	Los interesados pueden ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación del tratamiento, olvido y portabilidad a través del procedimiento establecido a tal efecto en el Registro Electrónico o mediante la presentación de la correspondiente solicitud en las Oficinas de Asistencia en Materia de Registro de la Universidad de Murcia

Esta DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD debe ser insertada en la quinta hoja, después de la portada de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor/a.

Agradecimientos

Esta tesis doctoral es fruto del impulso conjunto que producen en mí las personas que me rodean, por ello quiero expresarles mi agradecimiento.

A mi hijo, Vasco, mi motor en la vida y por supuesto del desarrollo de esta tesis. Gracias por tu mirada, tu sonrisa, por ir a buscarme y levantarme del escritorio con un abrazo. Cada página de este documento está impregnada de la fortaleza y privilegio que siento al ser tu madre.

A mi marido, gracias por ser soporte, por cuidar a nuestro hijo cuando yo no he estado, por acunarlo, y calmarlo en mis ausencias, por darme esa paz. Por esperarme, por saber respetar mis avances, por cuidarnos. Por ser seña de valentía en la vida, de no redición, de tenacidad.

A mi familia, por ser referentes en esfuerzo y superación.

En concreto a mi madre, que me ha impregnado de su mantra “*entre la noche y el día no hay una pared*”. A mi padre, que, sin posibilidad de haber estudiado, pero como mucho trabajo a su espada, al inicio de mi diplomatura de enfermería, me hizo ver a través de una frase, algo que a mí me costó años poder detectar en mí misma. Me dijo: “*¿Vas a ser una simple enfermera?*”. Y aunque a mí no me lo parezca, puesto que ninguna de nosotras, enfermeras somos simples, perdonad su expresión. Supongo que ahora, después de dos másteres, una especialidad vía EIR y una tesis, puedo comprender el verdadero mensaje que me dabas, y responderte haciéndote esta pregunta, *¿Qué tal ahora, papá?* A mi hermana, porque esta conexión con el mundo de la educación y docencia, y mi enfoque en el cuidado en las aulas, estoy segura de que viene de ella. A mis sobrinos y sobrina, que me enseñaron lo que es querer y proteger a un niño, incluso antes de ser enfermera y madre.

A las enfermeras, a todas con las que me he encontrado y siguen en mi camino. Tanto a las que lo han hecho difícil como fácil. A las que habéis sido modelo a seguir y con las que tengo el gusto de seguir compartiendo mucho aprendizaje. Pero, sobre todo, a las que ya han pasado por el proceso de una tesis y habéis demostrado que sí se puede, a vosotras, gracias por abrir caminos, gracias sobre todo a las que en primera persona me habéis animado a continuar. Ánimo a las que estáis ahora en ello, especialmente a James R. Moore, gracias siempre por tu disposición, colaboración y ayuda.

Entre todas ellas, gracias a mi tutora, la doctora Ana Myriam Seva Llor, por acogerme en este proceso.

Y por supuesto, finalizar este agradecimiento en mayúsculas, gracias a mi director de tesis, el doctor Ismael Jiménez Ruíz, porque has hecho que me enamore de la investigación en cuidados, porque desde el inicio me has prestado tu confianza, ánimos, acompañamiento, paciencia y comprensión. Esta tesis, todo lo que ha implicado y la persona y enfermera en la que me he transformado, no habrían sido posibles sin ti

Resumen

Esta tesis doctoral tiene como objetivo principal analizar la situación de los cuidados del acoso escolar, centrada en la visión de las enfermeras en el contexto de atención primaria de salud. Además, busca validar transculturalmente una herramienta que permita identificar las actitudes, conocimientos y autoconfianza de los profesionales de atención primaria ante el acoso escolar, así como evaluar dichas variables en este colectivo.

Metodología

Materializada en dos fases. En la primera, se realizó la validación transcultural del cuestionario Healthcare Provider's Practices, Attitudes, Self-Confidence, and Knowledge Regarding Bullying (HCP-PACK), empleando un proceso de traducción y retrotraducción, análisis de fiabilidad y validez. Participó en ello un comité de 9 expertas. La validez se analizó mediante el índice de validez de contenido (CVI). Esto derivó en la eliminación de la dimensión "práctica clínica" y reformulación de ítems, "Auto3" de la dimensión autoconfianza, y C4, C5 y C9 para conocimientos. Generada la versión 3, fue reevaluada, obteniéndose un CVI adecuado, ($CVI \geq 0,78$). Se realizó un análisis descriptivo de los ítems (media, desviación estándar, asimetría y curtosis) y un análisis factorial confirmatorio (AFC) utilizando los métodos WLSMV y RMSEA. La fiabilidad se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach (α).

En la segunda fase, se empleó un diseño mixto con enfoque convergente paralelo, sin dominio entre las fases. La recopilación de datos cuantitativos y cualitativos se llevó a cabo de forma concurrente, y la convergencia de los resultados de ambas fases se realizó durante la interpretación de los hallazgos. El instrumento utilizado fue la versión validada del Healthcare Provider's Practices, Attitudes, Self-Confidence, and Knowledge Regarding Bullying (HCP-PACKe). Para la fase cuantitativa, la muestra incluyó a 274 profesionales, siendo enfermeras comunitarias, pediátricas y escolares, médicos de familia, pediatras y residentes de ambas disciplinas. De estos, 94 respondieron a las preguntas abiertas, constituyendo la fase cualitativa del estudio. El análisis de los datos cuantitativos se realizó un estudio descriptivo transversal; mientras que los datos cualitativos fueron analizados mediante un análisis temático.

Resultados

De la validación del cuestionario se obtuvo una herramienta efectiva para evaluar los conocimientos, actitudes y autoconfianza de los profesionales de atención primaria respecto al acoso escolar. Los índices de discriminación, mediante correlación ítem-total corregida, fueron $>0,30$ para todos los ítems. El modelo presentó un ajuste adecuado ($\chi^2 = 1028.439$, CFI = 0.950, RMSEA = 0.076), con cargas factoriales de 0.153 a 0.94. La consistencia interna fue alta para autoconfianza ($\alpha = 0.940$) y conocimiento ($\alpha = 0.895$), moderada para actitud ($\alpha = 0.735$).

El análisis descriptivo mostró puntuaciones medias-altas en todos los ítems, resaltado altos conocimientos y actitudes proactivas. En contrapunto una falta de confianza entre los profesionales sanitarios respecto a su papel en la detección y abordaje. Se evidenció que los profesionales que realizan cribado de acoso escolar presentan mayor autoconfianza ($p < 0.001$) y conocimientos ($p = 0.002$). Se hallaron barreras como falta de formación, recursos y protocolos. Predominaron dentro de las intervenciones, las derivaciones a salud mental, el asesoramiento familiar y, la coordinación interdisciplinaria mediante las enfermeras escolares.

Conclusiones

Los equipos de atención primaria, especialmente las enfermeras, son fundamentales en los cuidados integrales frente al acoso escolar debido a su cercanía con la comunidad y capacidad para liderar intervenciones multidisciplinarias. Se destaca la necesidad de implementar programas de formación específica, integrar a los profesionales de salud en protocolos institucionales de manejo del acoso y desarrollar políticas de intervención que promuevan la colaboración efectiva entre los sectores educativo y sanitario. Estas medidas deben incorporar una perspectiva biopsicosocial para garantizar entornos escolares más seguros y saludables, favoreciendo el bienestar de la infancia y la adolescencia.

Abstract

This doctoral thesis primarily aims to analyse the state of care related to school bullying from the perspective of nurses within the primary healthcare setting. Furthermore, it seeks to cross-culturally validate a tool designed to assess the attitudes, knowledge, and self-confidence of primary care professionals regarding school bullying, as well as to evaluate these variables within this professional group.

Methodology

The study was conducted in two phases. In the first phase, the *Healthcare Provider's Practices, Attitudes, Self-Confidence, and Knowledge Regarding Bullying* (HCP-PACK) questionnaire was cross-culturally validated through a rigorous process involving translation, back-translation, reliability, and validity analyses. A panel of nine experts participated in this process, and content validity was assessed using the Content Validity Index (CVI). This evaluation led to the removal of the "clinical practice" dimension and the reformulation of several items, including "Auto3" in the self-confidence dimension and C4, C5, and C9 in the knowledge dimension. Following these adjustments, version 3 of the tool was reassessed, achieving satisfactory validity (CVI ≥ 0.78). A descriptive analysis of the items (mean, standard deviation, skewness, and kurtosis) was conducted, alongside confirmatory factor analysis (CFA) using WLSMV and RMSEA methods. Reliability was measured using Cronbach's alpha coefficient (α).

In the second phase, a mixed-methods design with a parallel convergent approach was adopted, ensuring equal emphasis on both quantitative and qualitative components. Data collection was conducted concurrently, and the results were integrated during the interpretation phase. The validated HCP-PACK questionnaire served as the primary instrument. The quantitative sample included 274 primary care professionals, comprising community, paediatric, and school nurses; family physicians; paediatricians; and residents in these disciplines. Of these, 94 participants also provided responses to open-ended questions, forming the qualitative dataset. Quantitative data were analysed using a descriptive cross-sectional study, while qualitative data underwent thematic analysis.

Outcomes

The validation process resulted in an effective tool for assessing primary care

professionals' knowledge, attitudes, and self-confidence regarding school bullying. Item discrimination indices, evaluated through corrected item-total correlations, exceeded 0.30 for all items. The model demonstrated good fit indices ($\chi^2 = 1028.439$, CFI = 0.950, RMSEA = 0.076), with factor loadings ranging from 0.153 to 0.94. Internal consistency was high for the self-confidence ($\alpha = 0.940$) and knowledge ($\alpha = 0.895$) dimensions, and moderate for attitudes ($\alpha = 0.735$).

Descriptive analyses revealed medium-to-high scores across all items, indicating strong knowledge and proactive attitudes. However, a notable lack of confidence was identified among healthcare professionals in detecting and addressing school bullying. Professionals who engaged in bullying screening reported significantly higher self-confidence ($p < 0.001$) and knowledge ($p = 0.002$). Barriers highlighted included inadequate training, limited resources, and a lack of clear protocols. Common interventions included referrals to mental health services, family counselling, and interdisciplinary coordination led by school nurses.

Conclusions

Primary healthcare teams, particularly nurses, play a crucial role in addressing school bullying due to their close ties to the community and capacity to lead multidisciplinary interventions. This study highlights the urgent need to implement specialised training programmes, integrate healthcare professionals into institutional bullying management protocols, and establish policies fostering collaboration between the education and healthcare sectors. Adopting a biopsychosocial perspective is essential for creating safer school environments and promoting the well-being of children and adolescents.

Índice

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO	3
1.1. Acoso Escolar: Definición.	3
1.2. Tipos de acoso escolar	4
1.3. Roles en la dinámica de acoso y ciberacoso escolar. Características de los involucrados.	8
1.3.1. Víctimas	9
1.3.2. Agresores.....	10
1.3.3. Observadores.....	11
1.3.4. Influencia del género en la dinámica del acoso y ciberacoso escolar.	12
1.4. Magnitud del fenómeno en los centros educativos.	13
1.4.1. El acoso escolar en la Región de Murcia	14
1.4.2. Magnitud del ciberacoso en los centros educativos	15
1.5. Repercusión para la salud de víctimas, agresores y observadores a corto y largo plazo. 16	
1.5.1. Repercusiones en la salud física y manifestaciones psicósomáticas.....	17
1.5.2. Repercusiones sobre la salud mental.....	18
1.5.3. Repercusiones socioeconómicas	19
1.6. Los profesionales sanitarios ante el acoso escolar.	20
1.6.1. Evolución de la implicación de los profesionales de salud ante el acoso escolar.	20
1.6.2. Referencias al abordaje en salud ante el acoso en legislación española y protocolos regionales ante el acoso escolar.....	23
1.7. Inicios y evolución de las enfermeras escolares. Los primeros cuidados ante el acoso escolar.	26
1.7.1. Breve recorrido histórico de Salud y las Enfermeras Escolares en España y la Región de Murcia.....	31
1.7.2. Intervenciones de enfermería ante el acoso escolar en la actualidad y en el contexto de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.....	38
1.8 La atención primaria de salud.	54
1.8.1 Los equipos de atención primaria, roles y competencias profesionales ante el acoso escolar.	56
CAPÍTULO 2. OBJETIVOS	65
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA	69
3.1. Fase 1. Validación transcultural del cuestionario Healthcare Provider’s Practices, Attitudes, Self-Confidence, and Knowledge Regarding Bullying (HCP-PACK)(84)	69
3.1.1. Descripción del instrumento.....	69
3.1.2. Traducción, retrotraducción y adaptación semántica y cultural.	70

3.1.3. Validez de contenido	71
3.1.4. Procedimiento: difusión y distribución del cuestionario	75
3.1.5. Análisis de los datos y ajuste de modelo.....	75
3.2. Fase 2: Estudio con método mixto: Attitudes, Self-Confidence, and Knowledge of Primary Care Professionals towards School Bullying.(201)	77
3.2.1. Diseño del estudio.....	77
3.2.2. Participantes y Muestra	77
3.2.3. Instrumento y variables a estudio.	78
3.2.4. Proceso de recolección de datos.	79
3.2.5. Análisis de datos.....	79
3.2.6. Consideraciones éticas.	80
CAPÍTULO 4. RESULTADOS.....	82
4.1.1. Características de la muestra.....	82
4.1.2. Resultados del proceso de adaptación y validación del cuestionario	83
4.1.3. Cuestionario adaptado y validado.....	87
4.2. Fase 2. Resultados del estudio mixto sobre actitudes, autoconfianza y conocimientos de profesionales sanitarios sobre el acoso escolar.	96
4.2.1. Actitudes, autoconfianza y conocimientos de profesionales sanitarios sobre el acoso escolar.	96
4.2.2. Perspectivas profesionales sobre la evaluación del acoso escolar: motivaciones y barreras percibidas.....	99
4.2.3. Disponibilidad de recursos específicos en cuanto al abordaje del acoso escolar. 102	
4.2.4. Abordaje clínico y estrategias preventivas frente al acoso escolar.....	102
CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN	107
5.1. Limitaciones y fortalezas.....	114
5.2. Futuras líneas de investigación e intervención	115
CAPÍTULO 6. ESTUDIOS PUBLICADOS.....	119
6.1. Título 1	119
6.2. Título 2	121
CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES	125
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	129

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO

“Quisiera desaparecer: simplemente dejar de existir... Ya en alguna ocasión antes, se ha preguntado qué le pasaría si muriese, ¿Sería como dormir? ¿Una eterna inconsciencia, sin pensamientos ni sueños? No lo sabe, pero cree estar bastante seguro de que no sería mucho peor que el infierno en el que se ha convertido su vida”.

El niño que no quiso llorar. José Antonio Jiménez Barbero

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO

1.1. Acoso Escolar: Definición.

El acoso escolar, también conocido como bullying, se define como un comportamiento agresivo y repetitivo que ocurre en el ámbito escolar, donde una persona o grupo de personas causan daño sobre otra de forma intencional. Este puede tener efectos negativos significativos en la víctima, agresor y espectadores. (1–3)

Sus características conforman una tríada: intencionalidad por parte del agresor, repetitividad de la conducta violenta a lo largo del tiempo, y el desequilibrio de poder físico, psicológico o social entre agresor y víctima, resultando esta última en una posición de vulnerabilidad ante el primero.(1–3) Además de estos aspectos principales, existen otros dos que contribuyen a su persistencia y dificultan su detección, la búsqueda de estatus social por parte del agresor, que se logra a expensas del detrimento del bienestar de la víctima; (1) y la "Ley del Silencio". (4–6)

La "ley del silencio" en el contexto del acoso escolar opera desde una triple perspectiva, en la que los individuos influidos por esta dinámica mantienen un código de silencio sobre los comportamientos intimidatorios.(5–7) Está profundamente conectado con las relaciones de poder, el miedo, la cultura, la normalización, y el estigma social.(7,8) Para su entendimiento, es importante desgajar los tres puntos de vista en los que se asienta: En primer lugar, este silencio se ve alimentado por normas socioculturales que minimizan la gravedad del impacto del acoso, asumiéndolo como normal y cotidiano. (7,8) Esto crea barreras para la comunicación abierta y la resolución efectiva de los incidentes entre los implicados y las figuras adultas de referencia, instituciones y autoridad, dando lugar a la falta de confianza y apoyo. (4,7) En segundo término, esta falta de protección por parte de los adultos referentes que se impone en el entorno, inculca entre los observadores una preocupación por su propia seguridad o posición social. (7–9) Tal y como expone Ríos-Macias en su investigación el miedo de los observadores a estar en el punto de mira de los agresores, a ser tildados de “chivatos” o incluso a convertirse en nuevas víctimas, hace que estos se mantengan al margen.(6) Esto nos lleva a la tercera parte de esta tríada: la renuncia a hablar de las víctimas. Sin una red de apoyo, ni por parte de sus pares ni de los adultos presentes en el contexto, las víctimas se ven incapaces de denunciar, ya que temen agravar las represalias. (4,8,9)

Por ende, la "ley del silencio" en el contexto del acoso escolar representa el acuerdo tácito o la cultura del silencio que puede perpetuar y exacerbar los casos de acoso dentro de los entornos educativos.(8) Abordar esta característica de manera holística es primordial para crear entornos con flujos de comunicación efectivos, mostrando la importancia de denunciar incidentes y fomentando una cultura de empatía y respeto. Esto permitirá eliminar la impunidad de los agresores impuesta a través de lo cotidiano, rompiendo, evitando y detectando con mayor precocidad el acoso, y reduciendo así los casos. (5–7,9)

1.2. Tipos de acoso escolar.

El acoso escolar se perpetra tomando diversas formas que se engloban en dos grandes categorías siendo directo e indirecto. Esta clasificación llevada a mayor detalle nos muestra que dentro de estos dos grandes grupos, existe una enumeración de las distintas expresiones que este fenómeno puede adoptar.(3,10,11) Conocer esta distinción por parte del profesorado y alumnado, así como por los padres/madres y personal sanitario, es crucial para la detección eficaz y precoz, destacando el papel de los espectadores, ya que también suelen afectarse por este escenario, aun sin llegar a ser las personas objeto de recibir la agresión. Este hallazgo temprano puede llevar a un abordaje anticipado, indispensable para evitar consecuencias para la salud de los implicados. (9,12)

Intimidación directa. Implica las acciones en las que el víctima y agresor suelen interactúan cara a cara, como la agresión física, limitación o restricción del movimiento, y la agresión verbal. Este tipo tiende a ser el más notorio y común, pero no por ello, tiene por qué ser el que más deteriore el bienestar de las víctimas. (3,10,11,13)

- **Agresión física.** Conlleva cualquier forma de ataque que se inflige para perjuicio físico a otro. Esta incluye comportamientos que causan daño directo a la víctima, utilizando la fuerza para la intimidación, control o humillación. Las acciones pueden variar en intensidad y gravedad, pero todas tienen el objeto de causar dolor, sufrimiento o malestar en la víctima. Se pueden enmarcar en esta categoría las agresiones físicas tales como: los puñetazos, golpes, patadas, empujones, pellizcos y zarandeos. (2,12,13)
- **Obstrucción del movimiento.** Destinada a limitar o bloquear la capacidad de movilidad de la víctima. Algunos ejemplos incluyen: Bloqueo del paso o colocarse en su camino de manera intimidante, así como, el encierro en espacios

reducidos como un baño o un armario, sin su consentimiento, lo que puede generar sentimientos de claustrofobia, ansiedad y vulnerabilidad.(12,13)

Estas acciones, aunque de origen meramente físico, no solo afectan a esta esfera, sino que también pueden provocar un fuerte impacto emocional y psicológico. (11,13)

- **La agresión verbal**, se caracteriza por el uso del lenguaje hablado o escrito, incluyendo palabras, tono de voz y/o gestos, con el propósito de intimidar, humillar, descalificar o causar daño psicológico a la víctima. Este tipo de acoso puede manifestarse de diversas maneras, tales como insultos, amenazas, apodosos ofensivos, críticas hirientes, descalificaciones, comentarios despectivos, burlas, chistes malintencionados, ridiculizaciones, menosprecios o afirmaciones denigrantes. Cada una de estas expresiones tiene el potencial de menoscabar la autoestima y el bienestar emocional de la persona afectada, consolidándose como una forma significativa de violencia psicológica en el ámbito escolar.(2,11,13)

Intimidación indirecta. Por otro lado, el acoso indirecto, también conocido como social o relacional, es más sutil y suele ser más difícil de detectar y frenar. Su objetivo principal es aislar a la víctima socialmente y hacerla sentir excluida y menospreciada dentro de su grupo de pares a través de manipulación, bloqueo y exclusión social. Se caracteriza por comportamientos encubiertos destinados a dañar a la reputación, autoimagen y relaciones interpersonales sin una confrontación directa, se incluye en esta, la manipulación, bloqueo y exclusión social deliberada. Dentro de esta tipología también podríamos incluir el acoso escolar de tipo económico. (10,14–17)

- La **manipulación de las relaciones** influyendo de manera malintencionada en las interacciones y amistades de la víctima, socavando su reputación social, mediante mentiras, chantajes, coacciones o crear conflictos falsos con sus amigos haciendo que pierda su red de apoyo y vínculos, aumentando su soledad y vulnerabilidad. Como ejemplo podemos ver comportamientos encaminados a la difusión de mentiras, chantaje emocional, fomento de la desconfianza, desprestigio ante pares y autoridades, distorsión de la realidad en envuelve a la víctima a través del uso selectivo de la información. (11,14,17)
- El **bloqueo social** se expresa a través de la dificultad para la participación de la víctima en actividades sociales, afectando la capacidad de la víctima para

interactuar y conectarse con sus compañeros. Puede ser más tangible que la manipulación. Dentro de este, se pueden enmarcar el imposibilitar la entrada a espacios, o el comunicacional mediante la interrupción constante o impidiendo el acceso a canales de comunicación.(10,14,15,17)

- La **exclusión social deliberada**, es la forma más notoria, aislando a la víctima de sus compañeros y actividades sociales, haciéndola sentir marginada, minando su sentimiento de presencia y autoestima, manifestándose a través de: omitir a la víctima de invitaciones a eventos sociales, ignorar la presencia de la víctima, y formar grupos cerrados que dificulten la integración de esta.(10,14,15,15)
- **Acoso económico**. Se manifiesta a través de diversas conductas dañinas y destructivas que afectan directamente la economía del estudiante y entorno escolar, se enmarca en la tipología de acoso indirecto, porque en la mayoría de las ocasiones no implica daño físico directo, aunque se puede usar la fuerza y ataques directos para realizarlo. Este se suele basar en la rotura, robo, deterioro u ocultación de pertenencias personales de la víctima o del centro educativo. (14,15) Además, se puede resaltar dentro de esta categoría, la **extorsión económica**, aspecto más directo de acoso económico, donde se obliga a un estudiante a entregar dinero o bienes, bajo amenazas o coacción, o a cambio de mantener su seguridad o aprovechándose de su vulnerabilidad. (14–16)

Ciberacoso. Se define como el uso de la comunicación electrónica para intimidar, acosar o dañar a pares. Este se vale de los nuevos avances en las tecnologías de la relación información y comunicación (TRICs) y plataformas online. (18,19) Acoge las características del acoso escolar tradicional, pero se hace más prevalente y extensivo, debido a las cualidades que le aportan las redes sociales, como son la mayor facultad de difusión, por la imparable capacidad de las redes sociales que funcionan las 24 horas y 365 días y el anonimato e impunidad que aportan. Para que tome la distinción de “escolar” el germen debe de surgir del entorno educativo; esta forma de intimidación parte de problemas que surgen en los centros educativos, pero, que traspasan las barreras de estos, adentrándose y valiéndose de las nuevas tecnologías como herramienta que lo agrava y hace más extensivo y difícil de detener. (18–25) Existen diversas formas de expresión de este, estas adquieren términos anglosajones, entre las más llamativas:(19–21)

- El **grooming** es una práctica en la que un adulto se hace amigo de un menor online, para ganarse su confianza, a través de mensajes, regalos, promesas; hasta llegar a canales más privados donde pide fotos y videos personales, con el fin último de llevar a cabo abuso sexual.(20,26)
- El **phishing** es una técnica utilizada para, mediante el engaño, hacer que revelen información personal o confidencial, como contraseñas, números de tarjetas de crédito. Este se puede dar a través de llamadas, mensajes o sitios web fraudulentos. (20,26)
- El **cyberstalking** conlleva el uso de la tecnología para acosar, vigilar o amenazar repetidamente. Usando típicamente las acciones de monitoreo de actividades de la víctima, mensajes persistentes amenazantes e insultantes. (20)
- El **sexting** es una forma de extorsión en la que se amenaza con distribuir imágenes o vídeos sexuales; exigiendo dinero, más fotos o vídeos o favores sexuales; a menos que esta cumpla con sus demandas. (20,26)
- El **outing** acto deliberado de avergonzar o humillar públicamente a alguien al publicar información sensible, privada o embarazosa en relación con su orientación o preferencias sexuales.(27)
- El **doxing** es la práctica de investigar y publicar información privada o personal en línea sin su consentimiento con el objeto de acosar, como la dirección de su domicilio o centro de estudios. (28)
- El **catfishing** implica crear una identidad o perfil falso, generalmente para iniciar relaciones románticas ficticias. (20,26)
- El **trolling** es la práctica de publicar mensajes provocativos, ofensivos, sensibles o hirientes o fuera de tema en una comunidad; para provocar o molestar a los participantes, dando lugar a discusiones y conflictos intencionalmente. (19,29)
- El **flaming** es el acto de enviar mensajes hostiles y agresivos en línea con la intención de iniciar peleas o conflictos. (28,29)
- El **cheating** en el contexto de los videojuegos online, implica no seguir las reglas, a través del uso de hackeos o bots. (29)
- Los **“Challenges”** o retos en línea. Estos desafíos, que a menudo parecen inofensivos o divertidos, pueden convertirse en una forma de ciberacoso cuando se utilizan para presionar, manipular o humillar a la víctima. Los retos pueden implicar realizar actividades peligrosas o degradantes, y negarse a participar

puede conllevar bloqueo o exclusión social, aumentando así la presión hacia la víctima.(30–32)

Acoso sexual. En el contexto de la intimidación escolar entre pares, se presenta como una manifestación particularmente dañina, con un vínculo significativo entre ambos fenómenos. Esta relación sugiere que el acoso sexual no es un fenómeno aislado, sino que, de manera transversal, coexiste y se entrelaza con otras formas de violencia y hostigamiento dentro de los entornos escolares. (33–35) Este puede adoptar diversas formas, que incluyen agresión sexual verbal y acoso sexual físico directo. (33,34) Los contactos físicos inapropiados, tales como toqueteos no deseados y abrazos, besos u otros actos forzados, violan la integridad física y emocional de la víctima, generando un sentido de invasión y vulnerabilidad. Además, el acoso sexual, a través de la coacción puede involucrar propuestas indecentes, como solicitudes de favores o la participación en actividades sexuales. Asimismo, a través de las redes se puede inducir a compartir material sexual como fotos o vídeo. La verbalización de comentarios sexuales pueden incluir observaciones obscenas sobre el cuerpo o la sexualidad de la víctima, así como bromas o chistes sexuales inapropiadas, tanto de manera personal como virtual (33–35)

1.3. Roles en la dinámica de acoso y ciberacoso escolar. Características de los involucrados.

La intimidación escolar es una dinámica compleja que involucra a varios actores con roles específicos dentro de esta interacción: víctimas, agresores y observadores (ver figura 1). Cada uno de estos grupos tiene sus particularidades y puede subdividirse en diferentes tipos según actúen, contribuyendo a la perpetuación o mitigación del problema. Estos roles están marcados por características del esquema de dominio-sumisión y la ley del silencio.(36–38) Es necesario antes de mostrar a los involucrados, definir dos conceptos:

- **Perpetración de acoso escolar:** Acto de llevar a cabo comportamientos intencionados y repetidos de intimidación, física, psicológica, o social hacia otros en el entorno escolar o fuera de este, pero, siendo el centro educativo el germen.(39,40)
- **Victimización de acoso escolar:** Experiencia de ser objeto de hostigamiento por parte de otros en el contexto escolar, o siendo la interacción social o convivencia en este el origen, si sucede fuera.(39,40)

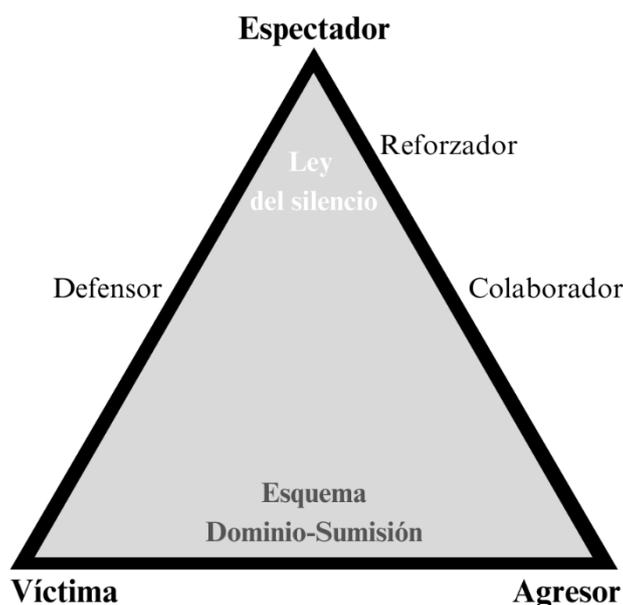


Figura 1. Roles en la dinámica bullying. Elaboración propia.

1.3.1. Víctimas

Dentro de los involucrados, se encuentran aquellos a quienes van dirigidas las agresiones, las cuales se manifiestan de manera reiterada y prolongada en el tiempo. Las características comunes de las víctimas pueden variar, pero generalmente responden a la siguiente tipología: apariencia física o psicológica más débil y/o que difiere de la norma del grupo, incluyendo obesidad, delgadez extrema, pertenencia a una minoría racial o étnica, discapacidades motoras, síndromes, trastornos del espectro autista, trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Además, suelen presentar una actitud sumisa y evitativa, lo que los conduce a la soledad, convirtiéndolos en objetivos fáciles para los acosadores. Por último, es posible que dispongan de menos recursos a nivel físico, psicológico y/o sociofamiliar. Se ha observado un mayor riesgo de ser víctima de intimidación escolar, si se presencia violencia en otros contextos como el hogar.(36–38,41)

Tipos de víctimas:

- **Víctimas pasivas:** Son aquellas que no responden a la agresión, suelen ser más introvertidas y tienen baja autoestima.(41,42)
- **Víctimas provocadoras:** Estas víctimas, aunque son agredidas, tienden a tener actitudes que, sin justificar la violencia, provocan o irritan a otros, lo que puede desencadenar el acoso. En ocasiones suelen presentar algún problema de comportamiento o adaptación relacionado.(36,41,42)
- **Cibervíctimas:** son aquellas personas que sufren las acciones hostiles. La naturaleza persistente y omnipresente de estas, debido a la accesibilidad continua y dificultad de frenar la difusión y eliminar completamente el contenido dañino, por las características facilitadas por las TRICS, puede agravar esta intimidación, haciendo que las víctimas se sientan atrapadas y sin escapatoria, en todo lugar y momento.(43–46)

1.3.2. Agresores

Son aquellos que perpetran actos de acoso hacia otros. Las características típicas de los agresores pueden incluir un aspecto física o psicológicamente más fuerte o imponente, que induce miedo, permitiéndoles ejercer su necesidad de dominación y control a través de la imposición de su voluntad. Suelen ser más impulsivos y agresivos. Carentes de empatía y del concepto de la repercusión real de sus acciones; manipuladores, crean alrededor de ellos un círculo social de protección. Aparentemente poseedores de gran autoconfianza, siendo esta una fachada de la realidad, para ocultar sus inseguridades. En ocasiones suelen estar relacionados con conductas antisociales o de desafío a las normas, como robos o consumo de sustancias de abuso. (36–38,41,42)

Tipos de agresores:

- **Agresores dominantes:** Son aquellos que buscan controlar y ejercer poder sobre sus víctimas. Suelen ser físicamente más fuertes y mostrar seguridad.(36)
- **Agresores ansiosos:** Aunque participan en el acoso, lo hacen más por la presión del grupo y la necesidad de ser aceptados que por su propia iniciativa.(36)
- **Agresores-víctimas:** También conocidos como "*bully-victims*", estos individuos cumplen un doble rol, son víctimas y además agreden a quienes perciben como más débiles. (41)

- **Ciberagresores:** son los individuos que perpetran los actos de ciberacoso valiéndose de internet como medio de agresión, motivados por la ausencia de repercusión inmediata a sus acciones y el anonimato, que representa la falta de seguridad que los caracteriza; la venganza, la consecución o demostración de poder y o popularidad a través “likes” u otras reacciones a sus publicaciones o intervenciones en redes sociales. En este caso, también se da el doble rol, donde hay agresores que a su vez son hostigados en las redes.(43,46)

1.3.3. Observadores

Son aquellos estudiantes que presencian los actos de acoso escolar sin participar activamente en ellos. Estos, se suelen caracterizar por el miedo a involucramiento, la indiferencia o desensibilización a las agresiones y sufrimiento de las víctimas, por la exposición continua al acoso. Por todo ello, no quedan indemnes, aunque su papel no sea el de protagonistas.(47–49)

Tipos de observadores:

- **Asistentes u observadores pasivos:** Presencian el acoso sin intervenir. Su inacción puede deberse a miedo a ser la próxima víctima, indiferencia, o desconocimiento de cómo actuar.(47–49)
- **Reforzadores, cómplices u observadores activos:** Brindan apoyo directo o indirecto al perpetrador mediante risas o sonrisas, reforzando así el acoso.(47–49)
- **Defensores:** Toman medidas para intentar detener el acoso, ya sea confrontando al agresor o buscando ayuda de adultos o figuras de autoridad.(47–49)
- **Espectadores:** Evitan involucrarse, desapareciendo de la escena lo antes posible y manteniéndose al margen de la situación de acoso. (47–49)
- **Ciberespectadores:** son los individuos que presencian actos de ciberacoso sin ser directamente agresores ni víctimas. En los últimos años, el rol de los espectadores se ha determinado como crucial para el funcionamiento de este fenómeno, ya que pueden influir de manera multifacética y significativamente. Por un lado, los observadores defensores toman medidas activas para apoyar a la víctima y detener el ciberacoso, interviniendo directamente, denunciando el comportamiento a las autoridades pertinentes o brindando apoyo emocional a la víctima. Estos espectadores pueden contrarrestar el ciberacoso y mitigar sus efectos negativos.

En algunos casos, los espectadores pueden unirse al agresor, intensificando el ciberacoso, a través de difundir el contenido abusivo, respaldando públicamente al agresor o agregando más comentarios hostiles. Por último, los espectadores pasivos son aquellos que están presentes, sin actuar, su inacción puede ser interpretada como una forma de aprobación tácita, lo que refuerza el comportamiento del agresor. Su falta de intervención contribuye a la percepción de que este es una conducta aceptable o inevitable, dando lugar a la normalización del ciberacoso.(44–46)

1.3.4. Influencia del género en la dinámica del acoso y ciberacoso escolar.

Las diferencias de género en el acoso escolar han sido ampliamente investigadas, los estudios revelan varios aspectos de cómo las conductas de acoso difieren entre niños y niñas. Los niños están porcentualmente más involucrados en el acoso en comparación con las niñas(43,50–53). En cambio, si se realiza un análisis discriminando el acoso tradicional en directo e indirecto, es cuando se puede observar las diferencias en victimización y perpetración.(43,52,54) Esta tendencia es particularmente notable durante la transición a la escuela secundaria, donde los niños y las niñas se ven afectados de manera diferente en términos de su participación en el acoso escolar. (50,51,53,55) Las investigaciones indican que los estudiantes varones son más propensos a participar en formas de agresión abiertamente físicas recibidas de varones, mientras que las estudiantes son más propensas a experimentar formas no físicas de acoso, perpetradas por sus compañeras. (43,50,51,53,54,56)

Esto puede estar mediado por el género, ya que, se alinea con las exigencias normativas, sociales y adhesión a los estereotipos de género; que influyen en los roles tanto de los acosadores como de las víctimas.(43,51,52,54,56,57)

En este sentido, puede deberse a que las niñas suelen estar más inclinadas a usar estrategias relacionales como método de intimidación; este hecho puede estar mediado por su mayor preocupación por los problemas interpersonales y de imagen corporal, y añadido a esto su maduración verbal más temprana, lo que facilita el uso de la agresión indirecta, destruyendo el apoyo social de las víctimas, observándose mayores tasas de suicidio en las niñas que los niños. (51,56–58) Estas tienden a informar más a familiares

y/o profesores sobre el acoso, ya que si asumen la necesidad de protección y el papel de víctima.(59)

Por otro lado, los niños, por imposición, tienden a demostrar su masculinidad a través de la valentía, la osadía y el poder. (54,57,58) Estos, refieren encontrar menos rechazo social entre sus compañeros, pero a la vez, son los propios chicos los que más intimidan a través de agresiones directas a sus pares del mismo sexo.(56,57,59) Por ende, los niños se sienten obligados a resolver de manera autónoma a través de su valía esta problemática, ya que no asumen el rol de víctima, informando a las personas de referencia con menor frecuencia.(59)

El género también tiene influencia en la forma de actuar en cuanto al ciberacoso. Ser hombre, participar como agresor del acoso escolar tradicional y experimentar victimización del acoso escolar aumenta significativamente la probabilidad de perpetuar estos roles a través de internet.(43,45,60,61) En contrapunto, se ha encontrado, que las chicas, hacen con mayor frecuencia un uso problemático de las redes sociales. Este uso se define como uso compulsivo, excesivo, y/o problemático, que puede estar ligado a experiencias de victimización o como forma de afrontamiento. En este sentido, encuentran en las redes sociales una vía de escape para evadirse de estados de ánimo no deseados y del malestar asociado con experiencias interpersonales dolorosas y estresantes. (43,45) Según datos del último informe de Save the Childrens, 2019, este tipo de violencia afecta más a chicas 46,7 % frente al 33.1% de los chicos encuestados. Además, en términos de reputación social, evitan responder con agresividad o confrontación ante situaciones de agresión, demostrando una mayor inclinación hacia la prosocialidad y la empatía, lo que se refleja en su tendencia a buscar consejo y apoyo entre pares de manera colaborativa.(43,45)

1.4.Magnitud del fenómeno en los centros educativos.

El acoso escolar y ciberacoso suponen un problema a nivel global. Su prevalencia varía según los métodos aplicados para su análisis, la localización geográfica y contexto. La bibliografía más reciente nos revela que entre un cuarto y un tercio del estudiantado, en torno al 24% - 32%, alrededor de todo el mundo, ha sido víctima de acoso escolar tradicional en los últimos doce meses. (54,63–66) Según datos del último estudio PISA 2022 en el conjunto de países que conforman la Organización para la Cooperación y el

Desarrollo Económicos (OCDE) se registran datos con una media del 8.3%. Los porcentajes oscilan en un gran rango, desde el 7% al 74%, dentro del conjunto. En España, según los estudios más recientes, se encuentran las cifras de la victimización por acoso escolar en aproximadamente un 6.2%. (63,65,67) Esta cifra se halla entre las más bajas en el conjunto de los países que conforman la OCDE.(65,66,68–70)

La mayoría de las investigaciones están de acuerdo en centrar sus datos en poblaciones con rangos de edad que van de los 10 a 15 años, lo que indica que la mayor prevalencia de acoso escolar es sobre los 12 años, tanto a nivel mundial como en el contexto más cercano. Datos que concuerdan con la investigación de Pina et al., 2022 llevada a cabo con alumnado de en la Región de Murcia. Esto pone de manifiesto la importancia de la detección e intervención precoz durante este periodo crítico del desarrollo. (56,66,68)

El fenómeno del acoso escolar no se limita a regiones concretas, sino que se produce tanto en zonas urbanas como en rurales con baja densidad de población, lo que pone de manifiesto la generalidad del fenómeno.(71) Si analizamos individualmente las distintas comunidades autónomas, observamos que el rango de victimización se encuentra encabezando la lista con un 12.1% en Melilla (23,66,72) y en último lugar La Rioja con 4.1%.(66,73)

1.4.1. El acoso escolar en la Región de Murcia

En la Región de Murcia se registran datos porcentualmente similares a la media española, con cifras entre el 5.1% y 11.7%, y con unas tasas de perpetración del 3.8% (66,74) Según datos del último informe publicado, por el Observatorio para la Convivencia Escolar de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, referente al curso escolar 2021-2022, se registraron 500 expedientes de presunción de acoso escolar; de los cuales solo 52 (10,4%), han concluido que existía una situación real de intimidación en las aulas. Estas cifras sobre el total de alumnos matriculados 281.647, supondría el 0,018%. De estos 45 (86,54%) pertenecen a la etapa de la educación secundaria obligatoria; 5 (9,61%) a educación primaria; 1 (1,92%) a formación profesional; y 1 (1,92%) a bachillerato. Estimación nada realista en comparativa con los porcentajes detectados a través de la evidencia.(56) En cuanto a las tipologías de acoso escolar que se registran son: 20 (38,46%) casos de intimidación verbal, 15 (28,85%) verbal-física; 9 (17,31%) en redes sociales; 7 (13,46%) de física; finalmente 1 (1,92%) caso de exclusión social. Si hacemos un análisis evolutivo, de estos informes, no podemos evidenciar diferencias significativas

entre el curso 2018-2019 y 2021-2022 (no se toma como referencia el 2019-2020 por no ser normativo debido a la pandemia derivada de la COVID).(75)

En contraste, en el informe último informe de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) de 2018, que incluyó a 1.817 estudiantes de la Región de Murcia de entre 11 y 18 años, arroja datos preocupantes sobre el acoso escolar en diferentes modalidades durante el último año. En cuanto a intimidación física, un 8,3 % de los estudiantes declaró haber tenido que acudir al médico o a la enfermería por lesiones; un 5,3 % estuvo involucrado en peleas físicas, y un 8,7 % admitió haber actuado como perpetrador de agresiones físicas hacia un compañero al menos dos veces al mes en los últimos dos meses. Además, un 5,4 % reportó haber recibido golpes, patadas, empujones, zarandeos o haber sido encerrado. En el ámbito del acoso verbal, un 16,8 % de los estudiantes afirmó haberlo sufrido al menos dos veces al año; un 3,2 %, más de dos veces al mes; un 1,6 %, al menos una vez por semana; y un 2,6 %, varias veces a la semana. Respecto a la exclusión social, expresada como "*me han apartado de su grupo de amigos/as o me han ignorado por completo*", el 13,8 % reportó haberlo experimentado al menos una vez al año, el 3,1 % varias veces al mes, y el 2,6 % varias veces por semana. También se identificaron casos de manipulación social, definidos como "*han contado mentiras o inventados cotilleos sobre mí para que los demás me rechazaran*", con un 19,6 % de los estudiantes reportando al menos dos episodios en el año, y un 4,1 % afirmando que ocurría de manera recurrente más de una vez al mes. Finalmente, el acoso de contenido sexual estuvo presente, con un 2,6 % de estudiantes indicando que habían recibido bromas, comentarios o gestos de índole sexual varias veces por semana. (74)

1.4.2. Magnitud del ciberacoso en los centros educativos

En referencia al ciberacoso, las cifras medias globales sitúan a la victimización en torno a un 17%, con porcentajes que se encuentran en un rango entre el 4.7% y el 63%. En cuanto a la ciberagresión, se describen porcentajes entre el 1-40%. (76–80)

En España, entre un 3,3 – 4.6% de los escolares se vieron implicados en ciberacoso como agresores, mientras que entre un 6.7 – 15.7% desempeñó el papel de víctimas (22,23,61,69,81,82). Los datos pueden ser muy dispares ya que según la localización, y tipo de ciberagresión se han hallado tasas de cibervictimización que podrían llegar al 78%, y agresión que alcanzan hasta el 56%.(82–84) Además, dos estudios independientes realizados en el norte de España reportaron porcentajes cibervictimización y

ciberperpetración que involucraban en ambos casos a aproximadamente uno de cada cuatro estudiantes.(80,85)

Si mostramos los datos desgregados por etapa educativa, es impactante advertir como el ciberbullying comienza a muy temprana edad. En educación primaria, se dan cifras de hasta el 30% de victimización, identificándose el 15% como acosadores. En educación secundaria, los porcentajes fueron de hasta el 20% para las víctimas, el 6% para los perpetradores, y 17% para los acosadores/víctimas. Esto sugiere que niños y niñas poseen acceso libre a los sistemas de intercomunicación en red, de manera prematura. (22,61,69,82,83,85)

Según el estudio González-Calatayud et al. de 2021, el 72,1% del alumnado de la Región de Murcia estaba involucrado en alguno de los roles de evaluados. Específicamente, el 62,3% había observado estas conductas en línea; el 49,3% cumplían el papel de cibervíctimas; y el 23,3% confesó haber sido ciberagresores. En 2023, Contreras-Piqueras et al. presentaron datos según los cuales los porcentajes promedio de participación en situaciones de acoso escolar se distribuyen de la siguiente manera: un 15,62 % corresponde a perpetradores, un 16,38 % a víctimas, un 32 % a quienes desempeñan el doble rol de víctima y acosador, y un 17 % a observadores. (69,86)

1.5.Repercusión para la salud de víctimas, agresores y observadores a corto y largo plazo.

El acoso escolar es un fenómeno complejo que no solo tiene consecuencias para las víctimas, sino en el que también se ven afectados los agresores e incluso los observadores.(87,88) Las repercusiones pueden variar según la intensidad, la duración y el contexto en el que se produce la intimidación, pero generalmente se dividen en físicas, psicológicas, psicosomáticas, sociales y económicas.(87,88) Estas pueden expresarse en el momento mismo o reciente en el que se está produciendo la agresión, las llamadas a corto plazo; pero el deterioro en todas las esferas afectadas puede dar lugar a daños que perduran en el tiempo, derivando así en consecuencias a largo plazo.(89,90)

1.5.1. Repercusiones en la salud física y manifestaciones psicósomáticas

Las **repercusiones en la salud física** del acoso escolar se refieren a los efectos adversos tangibles a nivel corporal que sufren aquellos que son partícipes de agresiones en el entorno educativo. (87,88,91,92) Comúnmente, se manifiestan de manera inmediata y aguda, a través de lesiones visibles resultantes de la violencia directa (golpes, hematomas, cortes, contusiones, fracturas, heridas y otros traumatismos). En su mayoría se recuperan en poco tiempo, pero si son graves, pueden dejar deformidades, discapacidades o cicatrices de por vida.(87,91,92)

Así mismo, las **manifestaciones psicósomáticas**, exteriorizan los efectos de la exposición dilatada en el tiempo a cualquier índole de acoso. Se caracterizan por no seguir el curso normal de la enfermedad, no se puede filiar como síntoma/signo de una patología y no responden al tratamiento habitual. Se exteriorizan como cefaleas, problemas gastrointestinales (como dolor abdominal, náuseas o desarrollo del síndrome de colon irritable); manifestaciones respiratorias, como disnea o hiperventilación; fatiga crónica y trastornos del sueño, tales como insomnio, pesadillas y terrores nocturnos.(87,91,92)

Añadido, la constante y prolongada exposición a la intimidación tiende a debilitar el sistema inmunológico, haciendo que las víctimas tengan más predisposición a enfermedades agudas y condiciones crónicas de salud a en un futuro, como la hipertensión, diabetes y otras complicaciones metabólicas y cardiovasculares.(87,91,92)

Una reciente publicación refiere que la victimización entre pares puede alterar el funcionamiento fisiológico, especialmente en el relacionado con el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, crucial para la modulación del estrés. Esto se manifiesta en la regulación de uno de sus marcadores biológicos, el cortisol, que puede presentar patrones tanto elevados como atenuados en las víctimas.(90,91,93) También se hace referencia las secuelas biológicas de la victimización, como la inflamación y otros biomarcadores genéticos que pueden aumentar el riesgo a largo plazo de enfermedades cardiovasculares, pudiendo estar relacionadas con cambios en la Proteína C-reactiva, cuya elevación que se ha vinculado a una mayor predisposición a trastornos cardiocirculatorios en la edad adulta. A su vez, se ha observado un cambio en la longitud de los telómeros que conlleva una mayor vulnerabilidad ante la diabetes y envejecimiento prematuro (90,91)

En conjunto, estas repercusiones no solo deterioran el bienestar físico inmediato de las víctimas, sino también su salud general y calidad de vida en el futuro quedando de manera permanente.(87,94,95)

1.5.2. Repercusiones sobre la salud mental

Las consecuencias en la **salud mental**, son el resultado psicológico negativo que presentan las personas involucradas en situaciones de acoso procedentes del ámbito escolar.(73,89,96) Estas repercusiones se manifiestan tanto a corto como a largo plazo y abarcan un gran abanico de afecciones que deterioran profundamente el bienestar.(89,97)

A corto plazo, se experimentan ansiedad y estrés, expresados en forma de sentimientos de miedo constante y preocupación, que pueden generar una respuesta emocional que atormenta no solo durante el acto de perpetración, si no, ante la expectativa de ser acosado/a.(89,96) Los involucrados también suelen desarrollar baja autoestima, lo que se traduce en sentimientos de inferioridad y una marcada falta de confianza en sí mismos, lo que merma su capacidad de interacción social y participación en actividades grupales.(89,92) Se ha encontrado esta sintomatología presente no solo en víctimas, sino, en agresores y observadores.(73,89)

Una característica que se puede ver en detrimento sobre todo en quienes intimidan, pero también en los espectadores, es la empatía, derivada del reforzamiento negativo, conferido por la impunidad, repetitividad y normalización de las conductas intimidatorias. Esta falta de corrección puede resultar en problemas de control de la ira y trastorno de la conducta y de personalidad antisocial, en los agresores y; confusión moral, impotencia y culpabilidad por parte de los observadores.(92) La reiteración y prolongación de estas condiciones, puede dar lugar como respuesta a la depresión, haciéndose evidente a través de tristeza, desesperanza y pérdida de interés en la asistencia a clase u otras actividades que previamente eran agradables. Añadidos, surgen sentimientos de miedo y paranoia debido al temor e incertidumbre de recibir un nuevo a ataque. (92,96)

A largo plazo, pueden evolucionar a afecciones de la salud mental mucho más severas y cronificadas, dando lugar a trastornos de ansiedad limitantes, traducidos en fobias sociales o pánico, abuso de sustancias, que pueden paralizar la vida diaria de los afectados.(90) De igual manera, es frecuente que se desarrollen trastornos depresivos mayores, algo observado en víctimas como repercusión especialmente grave, es el trastorno de estrés postraumático, que conlleva la evitación de situaciones relacionadas

con el acoso acrecentando la posibilidad del absentismo y fracaso escolar. (96,97) En casos extremos, estos problemas psicológicos pueden culminar en suicidio o ideación suicida, donde las víctimas albergan pensamientos o ven salida a su desesperación y sufrimiento. (73,90)

1.5.3. Repercusiones socioeconómicas

La intimidación también produce secuelas socioeconómicas, estas se refieren a los efectos negativos que este fenómeno tiene sobre relaciones interpersonales y recursos financieros de las víctimas, agresores y observadores. (92,97)

Socialmente, a corto plazo, las víctimas suelen experimentar aislamiento, evitando la interacción con compañeros y la realización de actividades colectivas, traduciéndose en dificultades escolares, como el bajo rendimiento académico y la falta de participación en clase.(92,97) Esto se complica más debido a que, además, existe un bloqueo en la comunicación que impide la expresión de pensamientos y emociones. Esta incomunicación puede volverse permanente, impidiendo la formación de nuevas y/o duraderas relaciones interpersonales y amistades.(96) En el entorno familiar, estas personas pueden experimentar conflictos y distanciamiento emocional.(90) Se ha observado que tanto víctimas o como agresores, tienden a perpetuar sus roles en relaciones futuras, dando lugar a violencia en la pareja y/o *moobing*. Así como, problemas legales por conductas delictivas. (89,97)

La pobre situación académica, procedente de una falta concentración y bajo rendimiento escolar; puede dar lugar a pérdida de ventajas educativas como becas o beneficios académicos.(73,89,90,92,94,97) Este escenario se extiende al ámbito laboral, donde tanto víctimas como agresores, enfrentan a problemas derivados de su falta de habilidades sociales y confianza, lo que a menudo se refleja en un desempeño insatisfactorio, siendo una traba para mantener un empleo estable.(97) Además, si ha habido fracaso académico, el acceso al mercado profesional puede ser a puestos con menor remuneración; hecho que empeora y cronifica aún más si cabe la baja autoestima. (92,97) En conjunto, estas repercusiones socavan la capacidad para desarrollarse de manera saludable y autónoma, limitando sus oportunidades de éxito en la vida personal y profesional.(92,97)

Los profesionales sanitarios ante el acoso escolar.

1.5.4. Evolución de la implicación de los profesionales de salud ante el acoso escolar.

La evolución de las intervenciones de los profesionales de la salud ante el acoso escolar ha sido notable a lo largo de los últimos cincuenta años, reflejando una creciente preocupación en las investigaciones por la importancia del impacto que el *bullying* puede tener en la salud biopsicosocial de los/as involucrados.(98,99)

Las primeras acciones de las que se tiene constancia surgen de la mano de Dan Olweus, psicólogo noruego y pionero en el estudio y abordaje de este fenómeno, que inició sus indagaciones en la década de los 70.(98,99) Estas, crearon conciencia inicial de la existencia de un problema social, a través de su definición y conceptualización, que originalmente quedó limitado al entorno educativo.(2,98,99) El enfoque principal fue identificar las características de agresores y víctimas, sin poner importancia aun a la intervención desde la perspectiva de salud.(98,99)

Fue en los años 80 cuando a raíz del trabajo de Olweus, se produce el punto de inflexión en la puesta en marcha de intervenciones que siguen su modelo. Las primeras iniciativas de abordaje surgen en las escuelas escandinavas, es entonces cuando empiezan a publicar los primeros resultados de investigación.(2,98,99) El enfoque seguía siendo predominantemente educativo, centrado en los agresores y víctimas, cuyo objeto era la sensibilización de los estudiantes sobre los efectos del acoso y el fomento del respeto en el ambiente escolar. Hasta entonces la participación de los profesionales sanitarios se limitaba a casos muy extremos de afectación de la salud. (2,100,101)

Es en la década de los 90 cuando se pone el valor el impacto psicológico sobre todo centrado en las víctimas.(102) Es cuando se empiezan a tratar a través de intervenciones como consejería y terapia cognitivo-conductual.(2,101) Este hecho hace que los psicólogos adquieran un papel cada vez más activo, centrando su foco en la capacitación de los docentes.(3,103) Unido a esto, se les empieza a tener en consideración en algunos países que desarrollaron políticas educativas que requerían la intervención de personal de salud escolar en casos de intimidación, sobre todo en Estados Unidos donde se establecen los servicio de salud integrados en las escuelas.(2,89,104) Este hecho pone la semilla al inicio de una conexión entre el contexto educativo y de salud, un claro ejemplo de ello son las Escuelas Promotoras de Salud, surgidas en 1995, iniciativa promulgada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para

la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).(105,106) Su implementación implicó una estrategia multifacética que integra la promoción de la salud en el tejido del entorno escolar. (105–107) Esto incluye garantizar el acceso a la educación para salud de calidad, fomentar un entorno que propicie los comportamientos saludables y el bienestar mental, y establecer conexiones sólidas con el ámbito sanitario, las familias y la comunidad local para iniciativas colaborativas de promoción de la salud.(105,107) Al adoptar un enfoque escolar integral, las escuelas promotoras de la salud tienen como objetivo no solo mejorar la salud física de los estudiantes, sino también promover la alfabetización social y emocional, las relaciones positivas y las comunidades inclusivas que contribuyan al bienestar. (2,106,107)

Adentrándonos en el siglo XXI, se empieza a dar un enfoque integral e integrado a través de la colaboración multidisciplinaria de educación, salud, servicios sociales y fuerzas de seguridad y ley.(102,104,107,108) Esta unión dio lugar al desarrollo de programas en los que estaban involucrados, psicólogos, psiquiatras, pediatras, enfermeras y trabajadores sociales, que prestaban apoyo sobre todo a las víctimas de acoso escolar.(89,107–110) La alianza de estos perfiles da lugar a una investigación más detallada que incluye conocimientos; conciencia, actitudes; y acciones ante este fenómeno.(84,98,108,110) Es a partir del año 2000 cuando se observa una verdadera participación proactiva de los profesionales de salud sobre todo de ámbito de la pediatría, de atención primaria, y de la salud mental. (107,108,111,112)

En los últimos diez años, la tendencia se ha encaminado hacia intervenciones basadas en la evidencia, donde se ha podido observar un mayor número de investigaciones que de manera más longitudinal, intentan vislumbrar la efectividad de estas acciones para reducir el acoso escolar y sus efectos, incluyendo como nueva variante o escenario al ciberacoso.(98,99,101,102,107) Dentro estas, destacan las campañas de concienciación que ponen en valor el papel de los profesionales de la salud para la detección precoz y abordaje; la inclusión de la familia, a través de la enseñanza y apoyo a los padres y madres para el manejo de estas situaciones y reconocer los cambios clave en los niños y niñas para su identificación.(98,102,109,113) Añadidas también, el uso de herramienta tecnológicas para la comunicación anónima de los casos y crear recursos para el amparo de los afectados. (98,104)

Las acciones más recientes van orientadas al bienestar integral, a través de a la prevención primaria, por medio de programas de desarrollo de habilidades socioemocionales,

promoción de la resiliencia y abordaje integral de la salud mental.(2,107) La nueva tendencia en investigación explora el impacto del acoso escolar en el desarrollo neurológico, dando lugar a intervenciones más efectivas.(98) Por último, se están llevando a cabo políticas de salud pública con apoyadas por organizaciones nacionales e internacionales que buscan la participación activa e intervención dirigida que incluye a toda comunidad, estas se ven reflejadas en la celebración de foros de divulgación monográficos (98,101,113)

En España, los avances ante el acoso escolar se iniciaron de manera leve más tardía que en las regiones pioneras, esto sucedió en los primeros años de la década de los 90.(63,99) Según refleja el trabajo de Velasco et al. 2016., estos estudios iban dirigidos a conocer las características y prevalencia del fenómeno. La autoría de estas publicaciones coincide con otros contextos, siendo predominantemente profesionales de ámbito escolar y la psicología.(9,98) En nuestro país, durante la última década, siguiendo la tendencia global, se ha experimentado un aumento significativo de los estudios, dirigidos estos a explorar áreas muy diversas de la intimidación en las aulas.(9,99) Entre las más estudiadas está la relación entre el intimidación y las habilidades sociales en adolescentes;(9,114,115) y el efecto mediador del ajuste psicológico.(116,117) Además, se ha profundizado en contextos específicos que incluyen la victimización de los estudiantes con discapacidad,(63,118) las diferencias por género y edad,(43,55,56,67) la asociación con las conductas autolesivas, la ideación y tentativa suicida. (119,120) Así mismo, la preocupación de los investigadores ha buscado intervenciones y programas efectivos contra el acoso en España. (111,121,122)

1.5.5. Referencias al abordaje en salud ante el acoso en legislación española y protocolos regionales ante el acoso escolar.

La evolución en la concienciación y el progreso en las investigaciones, así como en la redacción de protocolos, han estado estrechamente vinculados a la promulgación de leyes en el Estado español. Estas normativas, en su origen, han sido impulsadas por textos internacionales como la Declaración de los Derechos del Niño de 1959 y la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, además de estar fundamentadas en derechos constitucionales básicos. Entre estos destacan los artículos 15, 27 y 39 de la Constitución Española, que garantizan respectivamente el derecho a la vida, a la integridad física y moral, y prohíben la tortura y los tratos inhumanos o degradantes; el derecho a una educación orientada al pleno desarrollo de la personalidad en un entorno de respeto y convivencia; y la protección integral de la infancia. A nivel estatal, se evidenció un incremento exponencial en la producción de protocolos y documentos a partir del trágico caso de Jokin en 2004, que marcó un antes y un después en la sensibilización y respuesta institucional frente a situaciones críticas que afectan a la infancia.(63,123)

Haciendo una breve revisión, encontramos en inicio la Ley 1/1996 de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor, que mencionaba por primera vez la responsabilidad de las instituciones, incluyendo a las escuelas, de velar por la protección de los niños. En 2015, por medio de la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, se introdujeron mejoras, ya que plantea de manera específica la convivencia y respeto en los centros educativos, la creación de protocolos específicos, la formación del personal docente para el abordaje de la intimidación entre iguales, la protección. Además, como reglamentación más reciente, la Ley 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia; que delimita los distintos tipos de violencia entre las cuales, el acoso escolar y ciberacoso. A través de ella, se promueve la prevención de la violencia y la creación de entornos seguros mediante programas educativos y campañas de sensibilización, estableciendo también medidas para la detección precoz de casos de violencia con la formación de profesionales en educación, sanidad y servicios sociales. Se refuerzan las medidas de protección y asistencia a las víctimas, garantizando su recuperación física y emocional, y se fomenta la coordinación entre los estamentos educación, salud, jurídicos y cuerpos de seguridad, para una respuesta integral y coordinada. Además, se asegura el derecho de los menores a ser escuchados y participar en decisiones que les afecten, y se incluyen disposiciones

específicas para prevenir y abordar el acoso escolar y el ciberacoso, promoviendo un entorno escolar seguro.(126)

Por parte de las leyes específicas de educación, la actual Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, (LOMLOE), en su artículo 4 indica que se debe procurar el desarrollo personal del alumnado y concretamente en el Artículo 66.5 versa “*Las Administraciones educativas regularán los protocolos de actuación frente a indicios de acoso escolar, ciberacoso, acoso sexual, violencia de género y cualquier otra manifestación de violencia...*” (127)

Diversos autores han concluido que, aunque existe legislación y apoyo institucional estatal, para impulsar cambios en el abordaje del acoso escolar, hay una sola estrategia, observándose distintos enfoques según la comunidad autónoma.(9,99,128)

El primer indicio de protocolizar las actuaciones ante la intimidación en las aulas de en la Región de Murcia, surge como en otras comunidades autónomas a raíz del incidente del “*caso Jokin*” de 2004, que dio lugar a que Jokin, un adolescente de 14 años se quitara la vida, dejando constancia de su largo sufrimiento, devenido del acoso escolar, así como su incapacidad para afrontarlo, en su diario y foros de internet. (63,129) Todo ello, a través de, la Resolución de 4 de abril de 2006, de la dirección general de ordenación académica, por la que se dictan instrucciones en relación con situaciones de acoso escolar en los centros docentes sostenidos con fondos públicos que imparten enseñanzas escolares. Con una descripción muy somera de la violencia o acoso escolar, poniendo toda la carga en los docentes tanto para la detección, seguimiento y resolución del caso, con una actitud punitiva para el agresor e incluso, usando el término paliar, que no recuperar para las víctimas, dejando además a cada centro la libertad de instauran las medidas a su propia realidad.(63,130) Este hecho podía derivar en manejo incompleto o inadecuado como queda reflejado en el trabajo de Cerezo en 2019, que describió los roles profesionales expuestos en los protocolos de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, que tras casi 10 años de su primeras propuestas, aún deberían ser redefinidos, ya que en ocasiones se carga de responsabilidad a los equipos directivos y de orientación de los centros educativos. Además, destaca, que las medidas a adoptar siguen siendo en su mayoría punitivas, sin tener aún una guía o referencia de cómo y quieren actuar para la restitución de estos niños y niñas tras el incidente.(128)

En concreto Cerezo, se refiere al Protocolo de Apoyo inmediato y coordinado a Víctimas Escolares (Protocolo AVE), versión 1 de 16 de febrero de 2015, donde se expresa la coordinación con los servicios sanitarios en busca de la atención al acoso escolar de una manera aún muy inmadura.(131) Esta refleja más la asistencia a nivel de intervención del caso, sin poner en valor el nivel preventivo, ya que se insta a consultar con los servicios de emergencias ambulatorios u hospitalarios en el caso de agresiones que pongan en riesgo la vida. Si bien, dicta que la conexión entre instituciones asigne las tareas específicas a cada interviniente, para evitar duplicidad o sobre intervención; también se habla de actuaciones conjuntas con profesionales sanitarios, (sin definir cuales), tal y como establece el texto “*profesionales que atiendan el caso desde los Servicios de Salud Mental u otros*”, enfocada a la reinserción al ámbito educativo, y manteniendo la comunicación a lo largo de todo el proceso, adaptando las actuaciones según las indicaciones de las otras instituciones.(131)

Posteriormente, la resolución de 13 de noviembre de 2017, de la Dirección General de Atención a la Diversidad y Calidad Educativa, por la que se dictan instrucciones para la mejora de la convivencia escolar en los centros educativos no universitarios sostenidos con fondos públicos de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Hace varias referencias al estamento salud como coordinación o recurso, ante un caso de acoso escolar, concretamente, en su punto 9, “*Con la víctima: ... El profesorado, coordinado por el tutor, procurará ampliar y fortalecer su círculo de relaciones, siempre con la adecuada discreción. En caso de afectación psicológica se recomendará la intervención de las unidades de salud de los profesionales sanitarios*”. “*Con los agresores: además de las medidas correctoras que pudieran corresponderles, se favorecerá su integración en el aula. En caso necesario se podrá recomendar a la familia que sea atendido por apoyos externos (especialistas sanitarios, servicios sociales, etc.)*”.(132) Además, en el epígrafe que hace referencia a las conductas autolesivas o tentativas de suicidio, también se pone como referencia los pediatras o médicos de atención y primaria y a los médicos de salud mental.(132) Esto sigue poniendo de manifiesto la ausencia de concepto de recurso preventivos o de detección precoz desde el contexto sanitario, coincidiendo con lo expuesto por Cerezo, para descargar a los docentes y orientadores, este rol debería ser compartido por ambas instituciones (educación y salud), para que como se expone en la mencionada resolución, poder dar una atención individualizada a los afectados por la intimidación en las aulas. (128,132)

Por último, demostrando un gran avance en la atención integrada ante la violencia en el contexto educativo, surge en 2023 desde el esfuerzo conjunto de las conserjerías de educación y salud, La Guía de Cuidado y Promoción del Bienestar Emocional en Centros Educativos de la Región de Murcia. En este texto, se trata en las esferas biopsicosocial a alumnado, profesorado y familia, se tiene en cuenta la gestión emocional, se aportan decálogos y pautas de actuación, incluso propuesta de actividades o herramientas para conseguir los objetivos propuestos. Un dato de especial reseña, es que este se nombra por primera vez a los servicios de atención primaria como red de trabajo coordinada, e incluye en concreto a la enfermera escolar para la comunicación directa y permanente tanto en actuaciones preventivas como en la detección de un riesgo para el menor.(133)

1.6.Inicios y evolución de las enfermeras escolares. Los primeros cuidados ante el acoso escolar.

En este apartado, se expondrá la evolución y surgimiento de las enfermeras escolares, unido a los cuidados en las escuelas que se encuadran con el acoso escolar, desde los inicios de esta rama de disciplina enfermera, hasta finales del siglo XX.

A finales del siglo XIX, Malcolm Morris, en el Congreso Internacional de Higiene y Demografía, refiere que un equipo de enfermeras específicamente formadas debería prestar cuidados regularmente en las escuelas primarias públicas con el objetivo de inspeccionar a los niños. Habló principalmente de que el objetivo debería ir encaminado a reducir la propagación de enfermedades infectocontagiosas.(134) No fue hasta 1897 que Honnor Morten, enfermera graduada en el Hospital de Londres, entra a formar parte del Consejo Escolar de Londres. A raíz de ello y, en conjunto con su presidente Lord Breay, se funda "*The London School Nurses' Society*".(135) El carácter voluntario y autofinanciado de la sociedad, que dependía principalmente de las suscripciones, hizo que fuera fácil obtener el permiso oficial para que la enfermera entrara a formar parte de las escuelas. (134,135)

En el primer informe de esta sociedad, se refleja que una enfermera puede visitar hasta 4 colegios en un día, tratando casos de lo que se presupone sería conjuntivitis, tratar los primeros síntomas de fiebre y heridas en los pies. Además, se prestan nociones de higiene, que evitan la propagación de las enfermedades en las escuelas; se hacen seguimiento de los casos en los domicilios de los niños y se derivan al médico escolar los casos

necesarios. “*No hay forma más segura de garantizar la salud de la gente que detener las pequeñas enfermedades al principio*”(134,135)

Este movimiento londinense, fue inspiración para Lilian Wald, enfermera humanitaria y activista de Nueva York, que funda y dirige la escuela de Henry Street Settlement. En ella se constituyó un grupo de enfermeras que proporcionaban cuidados domiciliarios integrales. En 1902, se instruye en esta institución la enfermera comunitaria Lina Rogers Struthers, que ha sido considerada primera enfermera escolar de la historia. Wald, a través de la observación del éxito de la intervención de enfermería en los hogares, se planteó mejorar la problemática de las escuelas y se propuso mejorar la salud del alumnado. Este hecho se materializó de manera empírica, se asignó a Lina Rogers, junto una ayudante, para el cuidado de más de diez mil niños y niñas, que pertenecían a cuatro centros educativos, durante treinta días, identificando a los que tenían enfermedades infectocontagiosas y discapacidades, adaptando la situación para que pudieran acudir a las aulas. Esta intervención fue más allá del diagnóstico y tratamiento que llevaban a cabo previamente los médicos; ya que, por su experiencia y formación, Rogers acudía a los domicilios para impartir educación para la salud en medidas de higiene y prevención indispensables para evitar los contagios. Tras seis meses de su puesta en marcha, se midieron sus resultados, obteniendo grandes logros con una reducción del 50% en el absentismo escolar. (136–140)

Esta fue la semilla de las enfermeras en los centros educativos neoyorkinos, ya que, debido a los logros de Rogers, la junta escolar decidió contratar a 27 enfermeras más. Que en poco más de 10 años, 1914, se convirtieron en casi 400 en toda Nueva York. La evolución en la evidencia y competencias de las enfermeras escolares fue publicada por primera vez, por Lina Rogers en 1917, en su libro “*The School Nurse: A Survey of the Duties and Responsibilities of the Nurse in Maintenance of Health and Physical Perfection and the Prevention of Disease Among School Children*” que sirvió como referencia para la enfermeras a nivel internacional (136–138)

De manera paralela a este acontecimiento, surge la figura de la enfermera escolar en otras regiones, así lo exponen Klepp y Anderssen, en su trabajo de 1990, cuando en 1910, en Suecia se contrata a la primera enfermera en una escuela.(141) Además estos investigadores refieren que tanto las enfermeras como los médicos escolares, en su mayoría, comparten rol a tiempo parcial con el ámbito de la atención primaria. Añaden que las competencias del personal de salud escolar fueron evolucionando desde su

implantación, pasando de acciones más curativas a preventivas, influenciados por la conferencia de Alma-Ata, de 1978 y su lema “Salud para todos en el año 2000”, y los alentadores estudios iniciados en Estados Unidos. *“El objetivo de la atención de salud escolar es seguir el desarrollo de los alumnos para preservar y mejorar su salud mental y física e inculcarles hábitos de vida saludables. La atención de salud escolar debe ser principalmente de naturaleza preventiva”*. (141) Dentro de estos cuidados, ya nombraban que, con la intervención de los profesionales de salud escolar, se producían cambios de hábitos de salud a corto plazo, reducción del tabaquismo y consumo de alcohol, alimentación y actividad física más saludables, y una menor prevalencia de los comportamientos de intimidación.(141)

En uno de los primeros artículos sobre enfermería escolar editado por una enfermera, fue el de Mary Ella Chayer, en 1936, define a este perfil profesional como el rol más complejo dentro de la salud pública, por la gran cantidad de competencias que requiere, ya que, tiene funciones que se encuadran legalmente en la institución sanitaria, pero también en educación. Entre las que describe, es la gestión de exámenes adecuados a la edad y maduración, que se podrían asemejar a los programas de atención al niño sano de hoy en día; coordinando con los padres para tener su presencia y consentimiento y con el médico para completar con exámenes a los escolares. Por otro lado, no solo se tiene en cuenta la salud física si no como refiere Chayer también el comportamiento, salud emocional y social: *“pruebas y mediciones preliminares, como la altura, el peso y la agudeza visual y auditiva; que toda la información importante sobre cada niño, como la regularidad de la asistencia, el rendimiento escolar, el comportamiento emocional y social y otros elementos”*.(142)

La literatura con autoría por parte de enfermeras vio una gran expansión en la década de los 70 donde se intentaba describir un perfil más estructurado de la enfermera escolar.(139) Un ejemplo de ello es el artículo de Wold y Dagg en 1975, donde se observa un gran nivel científico para la época. Estas autoras construyeron el marco conceptual que rodea a la enfermera escolar, siendo el punto central donde convergen, salud pública, adaptación, relaciones de ayuda, herramientas y un proceso sistemático basado en el proceso de atención de enfermería y método científico.(139,143) Los textos hacen referencia a las múltiples esferas en las que tenía cabida la intervención de las enfermeras escolares para mejora del bienestar de niños y niñas, como son la atención primaria y comunitaria; la vacunación; los primeros auxilios; la educación para la salud en hábitos e

higiene; los servicios de asesoramiento y salud mental; y la preocupación por la delincuencia social y el papel de las enfermeras.(139,143)

Fue también época de la consolidación de asociaciones de enfermería escolar, a mediados del siglo XX, la Asociación Nacional de Educación de Estados Unidos fundó el Departamento de Enfermeras Escolares (sigla en inglés DSN), cuyo propósito principal era unificar las competencias y definir un perfil para las enfermeras escolares. Este sufrió un rápido crecimiento, estableciendo diversas sedes estatales, derivando de ello en una mejora en sus políticas e influencia. Esta evolución propició su independencia de la Asociación Nacional de Educación en 1979, instituyéndose la Asociación Nacional de Enfermería Escolar (siglas en inglés, NASN), convirtiéndose en la primera y más numerosa, en cuanto a este colectivo de Estados Unidos.(139,140,143) Una de sus miembros, Susan J. Wold en 1981, formuló el primer marco teórico específico para las enfermeras escolares en América. Wold, destacó por sus conocimientos en atención comunitaria dirigida al cuidado de los estudiantes. Basó su trabajo en los conceptos de salud pública, conciencia ética, espiritualidad e individualismo, desde las tres perspectivas de la intervención comunitaria, el individuo, la familia y la comunidad, todo ello quedó reflejado en su libro: “*School nursing: A framework for practice*”. En línea con los cuidados al acoso escolar, en este texto se aborda la importancia de prevenir los problemas derivados de la salud mental y emocional relacionados con el contexto social y familiar.(139,140,143)

Poco años después, en 1984 Phoebe Liebow, enfermera escolar y docente de la escuela de enfermería, expone en su artículo que las competencias de las enfermeras escolares no se limitan a hacer pequeñas curas, vacunar y dar medicación para mejorar la fiebre; si no, que también atienden a los problemas de salud emocional del estudiantado. Entre ellos refiere problemas de autolesión y tentativas de suicidio, trastornos de conducta alimenticia e intimidación por pares.(144)

McAnanly 1986, enfermera y maestra, redacta un artículo, donde describe las distintas fobias que impiden asistir al colegio a niños y niñas, entre las que nombra el acoso en el vecindario o en el propio centro educativo y expone por primera vez una clara intervención ante ello. Se centra en la desensibilización sistemática como solución, con una guía para padres y profesorado de cómo llevarlo a cabo.(145)

En el fórum que se celebró en 1992, en conmemoración de los 100 años de la enfermería escolar a cargo del Royal College of Nursing, el presidente de la Campaña Antibullying (sus siglas en inglés ABC), Will Grealish, dijo que *“la enfermera escolar puede desempeñar un papel vital para poner fin al ciclo de miedo que rodea al acoso escolar”*, añadió que representa el vínculo entre el colegio y la familia, y es la figura más adecuada para que las víctimas comunique el caso, ya que esto no sucede con los maestros por el código de silencio no delatar, para no ser acusado de “chivato”. Además, en esta misma conferencia, la terapeuta familiar Glenys Lowth, dijo que las enfermeras, pueden trabajar en conjunto con otros profesionales para empoderar a los padres y no solo cambiar a los niños problemáticos, si no hacer una intervención integral. Añadió también la capacidad de las enfermeras para integrar a los niños y niñas con condiciones de salud crónicas como la diabetes, que los hacen ausentarse de las aulas. (146,147)

Este mismo año, la enfermera escolar Hellen Ross, publica su investigación en la que basada en el proyecto Kidscape, Ross destaca la importancia de implementar políticas escolares integrales y de evaluar el acoso a través de cuestionarios confidenciales.(148) Además, sugiere estrategias como contratos de conducta y tribunales escolares compuestos por personal de la escuela y alumnado; así como apoyo psicológico a víctimas y educación sobre habilidades asertivas y gestión del comportamiento a los acosadores. Refiere que, toda la comunidad escolar debería formarse en esta metodología, tanto docentes, como personal auxiliar, las enfermeras escolares, alumnado y padres.(148)

Por otro lado, Borup en 1998, analiza las distintas razones por las cuales los alumnos y alumnas en la adolescencia consultan con la enfermera escolar, entre ellas, la alimentación saludable, sexualidad y anticoncepción, hábitos tóxicos y, problemas con las relaciones sociales, reseñando el afrontamiento del acoso escolar.(149)

Un año más tarde, Karstadt y Wood, 1999, exponen las múltiples opciones que tienen las enfermeras escolares para abordar la problemática del acoso escolar. Es muy llamativo, como por primera vez las autoras, en las puertas del siglo XXI, tras el bagaje de más de 100 años que acumula la enfermería escolar, relatan el freno que se le impone a estas, relacionado con la falta de credibilidad de maestros y padres en cuanto a que el acoso escolar sea una competencia de las enfermeras en las escuelas. (150)

1.6.1. Breve recorrido histórico de la Salud en las Aulas y las Enfermeras Escolares en España y la Región de Murcia.

Los primeros pasos en cuanto a la salud en las aulas en España, a pesar del contexto internacional, estuvieron desvinculados de las enfermeras. Es a finales del siglo XIX y principios del XX cuando se crearon de varias instituciones en busca de la salud escolar. En 1878 con el primer Servicio de Higiene Escolar para los Jardines de la Infancia de Madrid por parte del considerado primer médico de inspección escolar de España Ramón García Baeza. En 1882, la Sociedad Española de Higiene fue cofundada y presidida por el médico Francisco Méndez Álvaro con el objetivo de promover la higiene a través de la enseñanza, la investigación y la elaboración de estadísticas demográfico-sanitarias.(151–153) Esto derivó en que, en 1884, el Servicio de Higiene Escolar de Madrid se amplió a todas las escuelas municipales y, en 1886, Pedro de Alcántara García publicó el "Tratado de Higiene Escolar", donde hacía referencia no solo a la salud física, sino, a su correlación con la salud: *“mediante los cuidados prescritos en las páginas que anteceden se disminuye el número de delincuentes en las escuelas, pues que mediante ellos se evitan motivos y ocasiones para que los alumnos cometan faltas; de todo esto, decimos, resulta que la Higiene del escolar no es sólo una Higiene física, como a primera vista parece, sino que hay que considerarla al mismo tiempo como Higiene moral del educando”*.(154) En 1901, la enseñanza de "Ejercicios corporales" y "Nociones de higiene y fisiología humana" se hizo obligatoria en las escuelas primarias, y a través de la Instrucción General de Sanidad de 1904, se establecieron las normas para la inspección sanitaria en colegios.(151,153) Añadido a esto, un año después se publicaron las Instrucciones técnico-higiénicas para la construcción de escuelas, dictadas por el médico y ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes, Carlos María Cortezo, que sintetizó los razonamientos expertos de pedagogos e higienistas en relación con la Escuela Primaria, y edificación de nuevos centros escolares, estableció las condiciones adecuadas para la localización, disposición y superficie; además de las características ambientales de ventilación, iluminación, climatización y mobiliario escolar. Finalmente, en 1911 se creó de manera oficial la Inspección Médica-Escolar, que se descentralizó por comunidades autónomas en 1913, mejorando así la eficacia de las inspecciones escolares en todo el país.(153) Las funciones u objetivos que perseguía la inspección médica eran: que las instalaciones fueran adecuadas, con los suministros de servicios básicos (agua, calefacción, luz, alcantarillado); la adecuación del trabajo escolar con descansos

adecuados y mobiliario ergonómico. Además, se buscaba implementar criterios para impartir educación física y detectar necesidades específicas para redirigir a los alumnos a centros especializados. Epidemiológicamente, se pretendía erradicar o minimizar la propagación de enfermedades infecciosas comunes en la época, mejorar la salud de los niños y sus familias mediante hábitos alimenticios e higiénicos, y reducir el absentismo escolar. Políticamente, se perseguía la "*regeneración de la raza*", mejorando la salud infantil para asegurar futuras generaciones fuertes y capaces de servir a la patria.(151–153)

La primera referencia a un rol semejable al de la enfermera escolar se encuentra en la creación del en el Real Decreto de 23 de abril de 1915 que establece el Reglamento orgánico del Cuerpo de Inspectores Médico-escolares.(153,155,156) A través de su capítulo XII se instauran los auxiliares sanitarios de ayuda al inspector médico-escolar, también llamado, Cuerpo femenino de auxiliares sanitarios o Auxiliares Visitadoras. Se exponía en sus artículos del 62 al 65 los conocimientos, destrezas y funciones que deberían cumplir, entre las cuales estaban, la visita de las escuelas, redacción de registros e historias clínicas, así como de los datos que procedan, tales como medidas antropométricas, ayudar a las técnicas de exploración vistiéndolo y desvistiendo al alumnado; baños de sol; o aseos en duchas, dispensación de medicación, labores estadísticas, educación para la salud a las familias en higiene y medidas de prevención para las enfermedades infectocontagiosas.(153,156) A pesar de las funciones establecidas, no fue hasta dos décadas más tarde cuando se tiene constancia de que se contaban con tan solo seis auxiliares prestando servicios en Madrid (ver figura 2). (157)

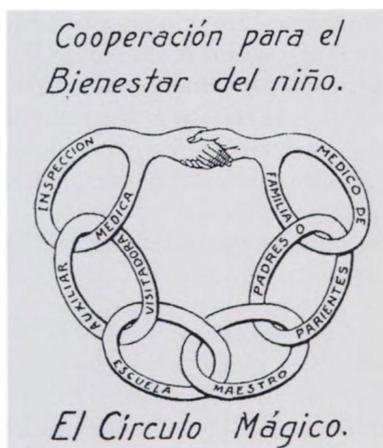


Figura 2. El círculo mágico. Fuente: Carlos Sáinz de los Terreros y Gómez. Higiene escolar; biología del alumno dentro y fuera de la escuela. Guía práctica para médicos y educadores, 1933. (157)

Por otro lado, en el artículo 2 de la Orden de 30 de marzo de 1933 de creación de dispensarios provinciales de higiene infantil en las capitales de provincia, y misión que se les asigna, versa que estos establecimientos tendrán un triple cometido, la consulta de higiene prenatal, otra de lactantes y una tercera de higiene escolar. El equipo de salud que componía esta consulta era un médico puericultor especializado y una enfermera visitadora, cuya función era realizar una valoración sociosanitaria previa a la consulta acudiendo al domicilio y evaluando a la familia en conjunto en su contexto, para dar cuenta al médico de ello, y con la mayor previsión de las necesidades, sacar provecho de la consulta, posterior a esta, la enfermera se encargaría de la educación a la familia y la vigilancia del cumplimiento de las medidas médicas impuestas. (158,159)

También, la Ley de 12 de julio de 1941, exponía en su artículo 28: “*Se declara obligatoria la enseñanza en Higiene infantil en las escuelas normales de ambos sexos y en las escuelas primarias, según normas que se fijarán conjuntamente por las Direcciones Generales de Primera Enseñanza y Sanidad*”. Esta educación para la salud estaba a cargo del profesorado, médicos, practicantes y matronas. (158)

Afin a estos avances en salud en el ámbito educativo, encontramos que alrededor de los años 60, (no se han hallado fuentes que den la fecha exacta), se incorporó de manera presencial y dedicación exclusiva, la primera enfermera en un centro escolar, concretamente en el Instituto Nacional de Reeducación de Inválidos de Madrid (en la actualidad Colegio Público de educación especial María Soriano) (ver figura 3).(155) Dos décadas más tarde y con la aprobación de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración

Social de Minusválidos, esta figura se hizo extensiva a lo largo de la década de los 80 a más escuelas de educación especial ya que con ella se promovía el derecho a la integrarse en el sistema educación general, al alumnado con necesidades específicas.(155,160)



Figura 3. Imagen de un médico y una enfermera en el Instituto Nacional de Reeducción de Inválidos de Madrid. Fuente: Ministerio de Educación Nacional. Instituto nacional de reeducación de inválidos. Rehabilitación y formación docente-profesional en la adolescencia. Curso escolar 1959-60. (161)

Este hecho llevó a la necesidad de incluir a partir de 2001 a profesionales de enfermería, en los centros educativos sin necesidad que estuvieran catalogados como de educación especial, de la Comunidad de Madrid.(155)

A pesar del progreso a nivel internacional, y los continuos avances, la enfermera escolar en España, a día de hoy, es un perfil en cuya definición y estandarización queda mucho por trabajar. No fue hasta 2009 cuando la Asociación Madrileña de Enfermería Escolar en Centros Educativos (AMECE), conocida actualmente como Asociación Nacional e Internacional de Enfermería Escolar, la define como: *“el profesional que, dentro del ámbito del centro y de acuerdo con el Proyecto Educativo del Centro (PEC), le incumbe la responsabilidad de proporcionar de forma individualizada, o en su caso, de forma coordinada dentro del equipo escolar, los cuidados propios de su competencia al alumno/a de modo directo, integral o individualizado. En el ámbito educativo, además, han de prestar un servicio que permita aumentar la capacidad del individuo y de la colectividad escolar, para prevenir, detectar y solucionar sus problemas de salud”*.(155)

La investigación de Martínez-Santos et al, 2019, nos da una visión a través de opiniones expertas, de cuáles deberían ser las cualidades formativas y en cuanto a su función asistencial, se puede sintetizar en un 94% de consenso debería poseer una especialización en atención primaria o comunitaria, en la misma medida formación en atención de urgencias, en orden descendente de coincidencia, certificado de aptitud pedagógica o máster en educación, conocimientos de pediatría, y por último, en salud mental. Este estudio, expresa los contenidos mínimos que debe desarrollar la enfermera escolar organizados en orden de prioridad. En primer lugar, con un 100% de consenso, destaca la promoción de hábitos de vida saludables desde la infancia, mediante educación para adaptada a cada grupo de edad, seguido de ello, la capacitación al profesorado en patologías presentes en el alumnado del centro y situaciones de urgencia (93,8%), dentro de las cuales, también se encontraría la prevención de accidentes y riesgos comunes en la infancia y adolescencia, como quemaduras, caídas o intoxicaciones (81,3%). La atención a la salud mental ocupa un lugar prioritario, con especial énfasis en la prevención, identificación precoz y atención a problemas relacionados con violencia, acoso escolar o adicciones con y sin sustancia (87,5%). También se subraya la importancia de la participación activa en la programación educativa, influyendo en el proyecto educativo de centro (81,3%) y la provisión de asistencia inmediata a estudiantes con condiciones crónicas como diabetes, alergias graves o epilepsia (68,8%). Por todo ello, la enfermera escolar debería ser la encargada de expresar esta información a través de la edición e implementación de un plan de atención sanitaria escolar, que organice y compendie en subapartados todas sus competencias básicas a llevar a cabo (87,5%). (162)

Las investigaciones más recientes, tanto a nivel nacional, como la realizada por Gómez Romero et al., en 2024 en Valencia, como a nivel internacional, de este mismo año, liderada por Tanner et al. desde el amparo de la NASN, han contribuido a desarrollar una definición más actualizada y evolucionada de las competencias de las enfermeras escolares. Estas aportaciones reflejan nuevas perspectivas basadas en los cambios del panorama educativo y sanitario. Influidas por ellas, definen a las enfermeras escolares como agentes esenciales de salud integral y en la implementación de estrategias innovadoras y fundamentadas en evidencia científica, que buscan a través de la mejora continua, optimizar los resultados en aprendizaje y salud del estudiantado (163,164) Además, esta definición las posiciona indiscutiblemente, por necesidad, de manera presencial en el ámbito educativo, cuyo papel abarca en este contexto, la promoción de la

salud integral de los estudiantes, la prevención de enfermedades y la detección temprana de problemas de salud.(163,164) Entre sus competencias se incluyen el diseño e implementación de programas de hábitos saludables, la provisión de atención basada en estándares clínicos y legales, y el fomento de un entorno escolar seguro y saludable.(163,164) Actuando como líderes y gestoras de los cuidados, estableciendo vínculos entre estudiantes, familias, personal escolar y recursos sanitarios, mientras orientan iniciativas relacionadas con la salud incluyendo siempre de manera transversal la metodología de intervención comunitaria, reforzando su papel como agentes clave en la intersección de los sistemas educativos y de salud (164) Las enfermeras escolares, y la implementación efectiva de sus competencias permite que la comunidad educativa desarrolle un estado óptimo de salud, seguridad.(163,164)

En cuanto a la implantación y evolución de las enfermeras en la **Región de Murcia**, se han encontrado dificultades en el acceso a documentos que lo justifiquen y refieran. Por tanto, este texto se fundamenta en una combinación de datos recabados en textos oficiales y en el testimonio de Doña Olga Ros Bas, actual responsable de enfermería del Equipo de Atención Primaria (EAP) Cartagena Isaac Peral, quien en aquel momento desempeñaba el cargo de responsable de enfermería del EAP Mazarrón. Su experiencia y participación activa en la implementación de este proyecto han proporcionado información valiosa para comprender los avances y desafíos en la consolidación de la figura de la enfermera escolar en la región.

El desarrollo de la enfermería escolar en la Región de Murcia fue un reto que parte de un proceso participativo en el que la población demandó la incorporación de esta figura al ámbito educativo. En octubre de 2016, se presentó una moción en la Asamblea Regional para su implementación, lo que resultó en la aprobación de una partida presupuestaria de 3,5 millones de euros en 2017.(165,166) A finales de ese mismo año, el 30 de diciembre de 2016, los Presupuestos de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia 2017 incluyeron una partida específica para la contratación de las primeras enfermeras escolares en 80 centros educativos de la región.(167) Este logro fue fruto de un intenso trabajo de sensibilización liderado por la entonces Directora Regional de Enfermería, Doña Aurora Tomás Lizcano, mayor precursora de esta iniciativa, junto con las responsables de enfermería de las zonas básicas de salud de Jumilla, Beniaján, San Javier y Mazarrón y el impulso del Colegio Oficial de Enfermería de la Región de Murcia, en colaboración con la Sociedad Científica Española de Enfermería Escolar,

materializándose finalmente en 2018.(167) En sus inicios, estuvo marcado por importantes dificultades, como la falta de continuidad en los contratos de los profesionales, lo que recayó en el esfuerzo de los equipos de atención primaria y las responsables de enfermería. Las primeras reuniones para estructurar el proyecto tuvieron lugar en Servicios Centrales del Servicio Murciano de Salud y en diversos centros de salud, con la participación del Servicio Murciano de Salud (SMS) y la Consejería de Educación. (168)

En 2019, el proyecto cobró un nuevo impulso con la incorporación de un mayor número de enfermeras comunitarias escolares y su integración en los equipos de atención primaria. Estas profesionales desempeñan un papel esencial como gestoras y enlace entre los centros educativos y los servicios sanitarios, promoviendo la salud y previniendo enfermedades a través de actividades tanto formativas como asistenciales. Las enfermeras escolares asumen diversas responsabilidades en los colegios e institutos de su zona básica de salud, abordando necesidades que van desde la formación, hasta la atención de urgencias sanitarias. A pesar de las expectativas de algunos sectores de la comunidad educativa, que abogaban por contar con enfermeras asistenciales en cada centro educativo, el Programa de Atención Comunitaria Escolar en Salud (PACES), recientemente reeditado en abril de 2024 con el respaldo del Subdirector General de Cuidados y Cronicidad, Don Juan Manuel Lucas Gómez, y su enfermera técnica, Doña Ana Fátima Navarro Oliver, se ha centrado en la formación práctica y el apoyo científico-técnico para docentes, estudiantes y padres, a través de la gestión comunitaria. Un hito clave de este programa fue la creación de un Subprograma de Alerta Escolar, en colaboración con las Consejerías de Educación y Sanidad, que permitió la implementación de protocolos de emergencia en el entorno escolar, con la enfermera escolar como figura central en la formación y coordinación de los equipos. En el marco de este proceso, que se encuentra en pleno auge, las enfermeras comunitarias escolares continúan promoviendo nuevas iniciativas, cuya evolución es exponencial. Algunas de estas quedan reflejadas en el siguiente apartado.(168)

1.6.2. Intervenciones de enfermería ante el acoso escolar en la actualidad y en el contexto de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Las enfermeras, como profesionales de la salud con competencias específicas en el ámbito comunitario y escolar, desempeñan en el escenario actual, un rol crucial en el abordaje de este fenómeno, mediante la prevención, detección e intervención. Su capacidad para integrar un enfoque holístico y centrado en las necesidades de la persona las posiciona como actores estratégicos en la construcción de un entorno educativo seguro, ya que conocen e intervienen en las tres esferas de la atención comunitaria, el individuo, la familia y la comunidad.(111,169)

A nivel internacional, se han desarrollado diversas estrategias que aprovechan estas habilidades para implementar programas dirigidos a la comunidad educativa, promoviendo valores como la empatía, el respeto y la inclusión.(170,171) Estas acciones no solo contribuyen a la prevención del acoso, sino que también facilitan la identificación temprana de casos y el manejo adecuado de los mismos.(172–174)

Además, la colaboración interdisciplinaria e intersectorial con otros profesionales, como psicólogos, trabajadores sociales y personal docente, fortalece la capacidad de las enfermeras para intervenir de manera efectiva en situaciones de acoso escolar.(111,175,176) Este enfoque coordinado permite abordar no solo las necesidades inmediatas de las víctimas, sino también trabajar en la recuperación a largo plazo, asegurando un impacto positivo en su bienestar emocional y social. Las intervenciones diseñadas e implementadas por enfermeras están respaldadas por evidencia científica, a continuación, nos referiremos a las más relevantes y recientes, organizadas en tres niveles preventivos: primaria, secundaria y terciaria.(111,177,178)

1.6.2.1. Prevención primaria: sensibilización y educación

La prevención primaria tiene como objetivo principal evitar la aparición del acoso escolar, actuando de manera anticipada sobre los factores de riesgo y fortaleciendo los elementos protectores en el entorno educativo.(111,169,179) Para ello es necesario un enfoque integral que incluya a todos los miembros de la comunidad educativa (alumnado, madres y/o padres, docentes y otro personal escolar), cuya meta es aumentar el conocimiento y la concienciación de grupo. (171,173,174) Las intervenciones clave incluyen:

- **Programas y proyectos escolares de educación para la salud.** Las enfermeras desempeñan un papel fundamental en la promoción de un ambiente escolar saludable a través de programas y proyectos educativos dirigidos a estudiantes, padres y docentes, así como a otros profesionales que trabajen en el contexto. Estas iniciativas tienen como objetivo principal sensibilizar a la comunidad educativa sobre el acoso escolar y sus consecuencias, fomentando una comprensión integral de la problemática y promoviendo estrategias preventivas eficaces. (101,111,171,180) Entre las actividades desarrolladas, destacan los talleres interactivos y las sesiones educativas, en los que las enfermeras lideran dinámicas grupales y presentan ejemplos prácticos. Estas actividades están diseñadas para aumentar la conciencia y el conocimiento sobre las repercusiones del acoso escolar, tanto a nivel individual como colectivo(169,179,180)

Además, los programas escolares basados en la concienciación y educación incorporan contenidos específicos sobre el bullying en el currículo escolar o proyecto educativo de centro. Estas iniciativas incluyen sesiones de mindfulness y psicoeducación, que ayudan a estudiantes y docentes a desarrollar habilidades de autorregulación emocional y empatía. Asimismo, estas intervenciones están diseñadas con metodologías que adoptan un enfoque integral para involucrar activamente a quienes van dirigidas, en actividades colaborativas orientadas a fomentar un ambiente escolar positivo y libre de acoso. (107,111,171) Se implementan además estrategias específicas destinadas a reducir la discriminación hacia grupos vulnerables, como los estudiantes LGBTQ+. Estas intervenciones se integran dentro del objetivo holista de prevención, de promoción del respeto y la igualdad. A través de estas intervenciones, las enfermeras refuerzan su papel como agentes de cambio, contribuyendo a la creación de un ambiente inclusivo y seguro, donde se fomenta la convivencia basada en la diversidad y el respeto mutuo. Este hecho no solo atiende a las necesidades específicas de los colectivos más afectados por el acoso, sino que también fortalece la cohesión social y las capacidades emocionales del conjunto de la comunidad educativa, consolidando un entorno que acepte lo heterogéneo, libre de violencia y discriminación. Ejemplo de ello, es la herramienta *SALUDTRANS*, descrita en el siguiente apartado. (58,176,181)

- **Herramientas audiovisuales, digitales y redes sociales.** El uso de herramientas digitales, como plataformas en línea y aplicaciones móviles, se ha convertido en una estrategia eficaz para permitir a los estudiantes informar de casos de acoso de manera confidencial y recibir apoyo inmediato. Estas tecnologías se integran como parte de programas diseñados para fortalecer la detección temprana y el acompañamiento psicológico, promoviendo un enfoque más accesible y seguro para abordar la intimidación en las aulas. (111,180,182) Así mismo, propuestas específicas, de reciente implantación como el programa “*Navega Segur@ en Internet*”, de 2022 están orientadas a prevenir el ciberacoso y fomentar un uso seguro y responsable de las tecnologías de la relación información y comunicación (TRICs). Esta iniciativa tiene como principales objetivos la sensibilización a estudiantes, padres y docentes en cuanto a los riesgos asociados al uso inadecuado de internet, constatadas en anteriores apartados de este texto; como el ciberacoso, el sexting y el grooming. Además, promueve hábitos saludables en el entorno digital y fortalece la capacidad para identificar y gestionar situaciones de riesgo. La intervención se implementa mediante talleres educativos interactivos, liderados por enfermeras, en los que se utilizan materiales didácticos como guías, videos y presentaciones multimedia, donde se promueve la participación activa a través del análisis de casos prácticos y dinámicas grupales. Simultáneamente, las enfermeras llevan a cabo un abordaje integral de la prevención, abarcando aspectos de salud física, emocional y social relacionados con el uso de las TRICs. A través de ello, se aspira a incrementar del conocimiento sobre riesgos digitales, la disminución de conductas relacionadas con el ciberacoso y la promoción de un entorno escolar más seguro y respetuoso, tanto en el ámbito físico como en el digital. (183) De igual forma, la herramienta digital *SALUDTRANS*, diseñada en 2020 está desarrollada por un grupo multidisciplinar de enfermeras, psicólogos, docentes, trabajadores sociales y especialistas en diseño digital, tiene el propósito de ofrecer acompañamiento integral a personas transgénero y sus familias, promoviendo la educación en salud, el bienestar emocional y el fortalecimiento del apoyo social. Esta intervención tiene un enfoque inclusivo que aborda las necesidades específicas del este colectivo, que a menudo enfrenta situaciones de discriminación y acoso, tanto en el ámbito escolar

como en otros entornos sociales y digitales con mayor prevalencia.(58,176,181) El instrumento incluye módulos interactivos que no solo proporcionan información sanitaria fiable sobre procesos de transición y salud mental, sino que también promueven estrategias para identificar y prevenir el acoso y la violencia relacionados con la identidad de género. Todo ello, con orientación educativa dirigida a sensibilizar y capacitar a profesionales sanitarios y educativos, fomentando un entorno inclusivo y libre de discriminación. Este componente educativo es clave para prevenir el acoso escolar, al promover en las comunidades educativas valores de respeto, empatía y equidad. Al facilitar recursos y redes de apoyo para estudiantes vulnerables, esta herramienta digital fortalece la capacidad de los individuos y sus familias para afrontar el *bullying* y fomentar un entorno seguro.(181)

Asimismo, las intervenciones basadas en medios audiovisuales, como la proyección de cortometrajes y películas educativas, fomentan la empatía y reducen las actitudes discriminatorias entre los estudiantes. Estas actividades se complementan con debates guiados, para facilitar la reflexión crítica sobre el contenido visualizado y promover discusiones abiertas sobre las implicaciones sociales y emocionales del acoso escolar. (101,111,113) Una de las acciones destacadas en el ámbito del acoso escolar hacia estudiantes LGBTQ es el programa "*Out in Schools*", proyecto fundado en Vancouver por la iniciativa sin ánimo de lucro *Out On Screen Film & Video Society*, conocida simplemente como *Out On Screen*. Burk, Park y Saewyc, 2018, enfermeras especializadas en salud adolescente, se basaron en este programa, que utilizó cortometrajes educativos como herramienta pedagógica para sensibilizar a los estudiantes sobre las dinámicas de discriminación relacionadas con la orientación sexual e identidad de género. A través de proyecciones seguidas de debates guiados, las enfermeras fomentan la reflexión crítica, la empatía y el respeto entre los participantes. La intervención, dirigida a adolescentes de 13 a 18 años, busca reducir la homofobia, la bifobia y la transfobia, promoviendo un entorno escolar más inclusivo y solidario, libre de violencia hacia estos colectivos. Los resultados mostraron que a través del análisis de los datos de la Encuesta de Salud de los Adolescentes de Columbia Británica (con sus siglas en inglés BCAHS) una disminución significativa en las tasas de acoso escolar y tendencias suicidas entre los estudiantes LGBTQ, junto con

una mejora en su bienestar emocional y una percepción ampliada de apoyo dentro del entorno escolar.(184)

Este tipo de intervenciones asistidas por video han demostrado ser efectivas no solo para la población infantojuvenil, sino también como una herramienta prometedora en la capacitación de actores clave en la prevención del acoso escolar. Hussein, enfermera especializada en salud familiar y comunitaria, en 2020 impartió 6 sesiones de 30 a 45 minutos, en las que se incluían vídeos formativos de 5 a 10 minutos de duración, abordando los conceptos definitorios, causas, tipología y características del acoso escolar, así como estrategias específicas de prevención y manejo. Dirigidos a un grupo de 100 docentes de primaria, con el objetivo de mejorar su conocimiento y prácticas preventivas relacionadas con el acoso escolar. Para consolidar el aprendizaje de los cortometrajes, se acompañaron de explicaciones adicionales presentadas a través de diapositivas en PowerPoint y la distribución de folletos informativos. Además, se realizaron discusiones grupales y reflexiones sobre casos reales de acoso sucedidos en el contexto de estudio, que permitieron a los docentes aplicar los conceptos aprendidos. Se evaluó a través de un cuestionario auto-administrado, el nivel de conocimiento y las prácticas preventivas de los docentes antes y después del programa. Los resultados revelaron un incremento significativo en el conocimiento de los participantes sobre el acoso escolar, así como en la capacidad para identificar situaciones de acoso, comprender sus dinámicas y aplicar estrategias efectivas para abordarlo. Así mismo, las prácticas preventivas mejoraron significativamente, a través del establecimiento de normas claras contra el acoso.(185)

- **Intervenciones a través de juegos, expresión creativa y el teatro.** Estas intervenciones integran actividades lúdicas, artísticas y físicas que promueven la empatía, la comunicación, las habilidades sociales, la cohesión grupal y el respeto mutuo, involucrando a todos los actores de la dinámica de intimidación, tanto a las víctimas como a los perpetradores y observadores a través de mecánicas de juego que incitan a la reflexión y al cambio de comportamiento.(111,178,186,187) Los juegos colaborativos, que se definen como actividades estructuradas y guiadas en por profesionales que promueven la cooperación, el trabajo en equipo y la resolución pacífica de conflictos, un ejemplo de ello es la intervención llevada a cabo por Brandão Neto et al.,en

2020, basada en los Círculos de Cultura de Paulo Freire. Esta metodología hace una importante contribución a las profesiones de enfermería en sus tres esferas, asistencial, docente e investigadora. La clave de ello radica en la capacidad de promover la reflexión crítica, el diálogo y la acción transformadora dentro de los contextos educativos y asistenciales a través de la horizontalidad de diálogo entre profesionales y usuarios. Este hecho, transforma las relaciones de poder verticales que se dan en el aula entre profesorado y estudiantado.(188) La metodología propuesta en el trabajo de Brandão, utilizó pasatiempos cooperativos, actividades que trabajan la imaginación y dramatizaciones para abordar las dinámicas del *bullying* en una escuela pública de un entorno periférico de Brasil. Los alumnos seleccionados diseñaron representaciones teatrales y juegos para explorar las perspectivas de víctimas, agresores y observadores, fomentando la empatía y la comunicación asertiva. Un componente esencial de la intervención fue la confección de materiales educativos a través de la expresión creativa, como murales y carteles con mensajes de sensibilización, que no solo reforzaron la reflexión crítica sobre el acoso, sino que también transformaron los espacios escolares en entornos visualmente inclusivos y solidarios. Los juegos participativos sirvieron como herramienta clave para reforzar la cohesión grupal y empoderar a los estudiantes, quienes asumieron un rol activo como agentes de cambio. Las enfermeras coordinaron las sesiones, guiando tanto las dinámicas como las discusiones, al tiempo que integraban conceptos de salud mental y emocional.(186) Los programas de teatro educativo utilizan dramatizaciones y representaciones como medio para reflexionar sobre las emociones y las interacciones sociales. Un ejemplo se recoge en el artículo de Alencastro L.C.S. et al. (2020) que se basa en la metodología del "*Teatro del Oprimido*", técnica desarrollada por Augusto Boal, entre los años 60 y 70 del pasado siglo. (189) Esta intervención utiliza la participación activa como herramienta para sensibilizar sobre el *bullying*. Los participantes no solo hacen de meros espectadores, si no que tienen la oportunidad de representar escenas relacionadas con situaciones de acoso escolar; o detener la acción y modificar las conductas que se expresan en ellas, asumiendo un rol activo como "protagonistas" en la búsqueda de soluciones constructivas. De esta manera, se exploran las perspectivas de la víctima, el agresor y los observadores. Las

enfermeras escolares actúan como facilitadoras, creando un entorno seguro para la participación y guiando las actividades hacia una reflexión profunda sobre las emociones, las decisiones tomadas y las dinámicas de poder presentes en los casos de *bullying*. Además, de manera transversal se integran elementos de salud mental y emocional para ayudar al estudiantado a comprender las consecuencias del acoso en estas esferas del bienestar y a la puesta en marcha de estrategias efectivas para su afrontamiento. Al finalizar las dramatizaciones, se realizan debates críticos, que inciden en el desarrollo de la empatía, el respeto mutuo y la cohesión grupal, promoviendo habilidades como la comunicación asertiva y la resolución de conflictos. Esta metodología participativa permite que se asuma un rol activo en su transformación, fortalecimiento ante los conflictos de manera constructiva.(187)

1.7.2.2. Prevención secundaria: detección temprana y manejo inmediato

La detección e intervención precoz son claves en la prevención secundaria. El llevar a cabo acciones específicas dirigidas a mitigar las consecuencias del acoso y promover mecanismos de afrontamiento efectivos, intenta reducir las consecuencias antes de que generen un impacto significativo, derivado de una exposición prolongada, en la salud física, emocional o social de los involucrados. En esta tipología de acción, el objetivo no es tanto evitar la ocurrencia del acoso (como en la prevención primaria), sino, apoyar a las víctimas y trabajar con los agresores y testigos, así como a profesionales de la docencia y familias, para evitar una escalada del problema que se encuentra en su fase más temprana.(4,11,25,111) En este apartado, se describen diferentes estrategias, agrupadas según su naturaleza y enfoque:

- **Intervenciones basadas en los medios de comunicación.** Abreu et al., 2020 desarrollaron en Brasil dentro del programa radiofónico “*Em sintonia com a saúde (S@S)*”, un espacio para el abordaje del ciberacoso. Destaca en su metodología el uso de una web radio como herramienta innovadora para la educación en salud, orientada a la prevención de los temas más candentes de salud entre jóvenes en edad escolar. Basándose en los principios de los círculos de cultura de Paulo Freire, esta estrategia fomenta el aprendizaje crítico y participativo, permitiendo que los estudiantes reflexionen sobre el impacto del ciberacoso, desarrollen habilidades de afrontamiento y

promuevan el respeto en los entornos digitales. La emisión incluyó una entrevista con una enfermera especializada en ciberacoso. De manera síncrona se utilizaron canales de comunicación a través de redes sociales, el foro web de la emisora, WhatsApp y Facebook para promover la discusión y el aprendizaje en torno al objetivo a tratar. Los principales conceptos abordados fueron la definición del ciberacoso, sus consecuencias en la salud de los involucrados, estrategias de afrontamiento en el entorno escolar y el conocimiento de la legislación antiacoso. Los resultados demostraron que la web radio es un medio efectivo, accesible y sugestivo para sensibilizar a los jóvenes sobre los riesgos del ciberacoso, fortalecer su capacidad de respuesta y generar un cambio en su percepción y comportamiento, posicionando a la enfermería como un actor clave en la prevención de problemáticas de salud colectiva, a través de este medio de difusión de la información. Con metodología similar, Martins-Torres et al. , en 2019, pusieron en marcha un programa de radio capitaneado por enfermeras que difundía hábitos saludables a la población escolar adolescente, reforzando el potencial de este medio como una herramienta de educación en salud. Ambos estudios evidencian cómo la radio, bajo la guía de profesionales de enfermería, no solo sensibiliza sobre temas relevantes, sino que también fomenta un aprendizaje crítico y participativo, consolidando su eficacia en la promoción de salud y el empoderamiento de los jóvenes para enfrentar problemáticas contemporáneas. (170,190)

- **Intervenciones basadas en recursos de apoyo en el ámbito escolar.** En Noruega, Kvarme et al. en 2020 implementaron una intervención piloto denominada "*School Health*", dirigida a niños víctimas de acoso escolar. El procedimiento comenzó con la administración de un cuestionario a través de intranet dirigido a una consulta con la enfermera escolar. La cumplimentación permitió identificar a los estudiantes afectados por el acoso. Posteriormente, se seleccionaron entre ellos participantes para entrevistas individuales y grupos focales guiados, con el objetivo de profundizar en sus experiencias y necesidades. Los resultados subrayaron la dificultad que enfrentan los niños al hablar sobre el acoso, la importancia de la enfermera escolar como aliada clave y el papel de los recursos sociales, como los amigos, en el afrontamiento del acoso.(169)

En la Región de Murcia, se ha implementado la iniciativa denominada "*Consulta Joven*", en el marco del Programa de Atención Comunitaria Escolar para la Salud (PACES), como parte del esfuerzo para promover la salud integral de los adolescentes y facilitar su acceso a servicios sanitarios.(168,191) Este servicio es gestionado por enfermeras escolares, y está diseñado para atender consultas de adolescentes, brindándoles asesoramiento e información sobre una amplia variedad de cuestiones de salud. El programa fue lanzado en septiembre de 2022, en el Área III de Salud del Servicio Murciano de Salud, bajo la dirección de tres enfermeras escolares de diferentes zonas básicas de salud. Su implementación tiene lugar en centros educativos, proporcionando un espacio accesible, cercano y confidencial, especialmente diseñado para abordar temas relacionados con la salud física, mental y social. Entre los asuntos tratados destacan la sexualidad, las adicciones, la salud mental, las relaciones interpersonales y el acoso escolar. Para garantizar su funcionamiento, las enfermeras escolares deben contar con formación previa específica. La consulta garantiza la confidencialidad y protección de la identidad de los estudiantes. En casos en los que se detecten problemas graves que comprometan su salud física o mental, el adolescente será informado de la necesidad de comunicar la situación a la dirección del centro educativo, quien podrá, de ser necesario, coordinar su derivación a los servicios sociales o legales pertinentes. Para cumplir con esta premisa, el programa incluye un sistema de consultas electrónicas mediante un correo corporativo y enlaces QR, que permiten a los estudiantes enviar preguntas de forma anónima. Las consultas se registran de manera codificada utilizando el Número Regional Estudiantil (NRE), lo que asegura el anonimato inicial, pero permite, en casos de alarma, identificar al estudiante para intervenir adecuadamente. Es por ello que, los estudiantes solo pueden hacer consultas a través de la cuenta de correo electrónico corporativo que les aporta de manera individual el centro educativo. Toda la información recabada se almacena en una nube virtual, lo que facilita el análisis de los temas más prevalentes, pudiendo discriminar por grado educativo, sexo y género, contribuyendo al diseño de intervenciones más específicas y efectivas en el entorno educativo, tanto a nivel individual como grupal. (191) Ambas intervenciones comparten similitudes en su enfoque preventivo y de apoyo a

estudiantes en situaciones de vulnerabilidad, destacando el rol fundamental de la enfermera escolar en la detección y manejo de problemas como el acoso escolar. La implementación de estas consultas facilita un espacio seguro para que los jóvenes expresen sus inquietudes y reciban orientación profesional, contribuyendo a la promoción de la salud y al bienestar en el entorno educativo. Además, integran una metodología anónima a través de formularios de autocumplimentación que permiten, de manera asíncrona, la comunicación de problemas. Este enfoque garantiza la confidencialidad, fomenta la confianza de los estudiantes y facilita la identificación temprana de situaciones que puedan requerir intervención profesional, asegurando una respuesta oportuna y adecuada a las necesidades individuales.(168,169,191)

- **Modelos educativos de entrenamiento de habilidades para el afrontamiento.** Para capacitar a los adolescentes en el afrontamiento del acoso escolar, se han desarrollado programas educativos innovadores que combinan enfoques estructurados y la participación activa de profesionales de la salud. Un ejemplo destacado es el implementado por, Evgin y Bayat, 2020, en Turquía, basado en el Sistema Conductual de Johnson. (192) Este modelo siguió tres fases principales. En primer lugar, se llevó a cabo una evaluación inicial del alcance del problema, las necesidades específicas de los estudiantes y se seleccionaron a los participantes para la intervención. La segunda fase incluyó nueve sesiones de drama creativo, que consistieron en actividades de dramatización interactivas realizadas en sesiones de 50 minutos. Estas actividades fomentaron el reconocimiento emocional, el desarrollo de empatía hacia las víctimas y la adquisición de estrategias de resolución de conflictos. Se llevaron a cabo simulaciones y ejercicios prácticos que facilitaron un aprendizaje experiencial y promovieron comportamientos positivos. En la fase final, se evaluó la efectividad del programa utilizando escalas estandarizadas, que demostraron una disminución significativa en la prevalencia del acoso a corto y mediano plazo. Las enfermeras desempeñaron un papel clave en todo el proceso, encabezando las actividades, proporcionando apoyo emocional y derivando a los estudiantes con necesidades específicas a servicios especializados.

En una línea similar, Avşar y Alkaya, desarrollaron y validaron en Turquía la escala "*Student-Advocates*", dirigida al colectivo de los observadores, cuyo

objetivo fue fortalecer las habilidades de los espectadores en situaciones de acoso escolar. Esto se realizó en el seno de un programa estructurado, que incluyó formación específica para enseñar a los participantes en técnicas no confrontativas, a través de redirigir la atención en situaciones de acoso, fomentando cambios positivos en la dinámica del grupo. Además, los estudiantes fueron capacitados para identificar recursos de apoyo, como docentes, consejeros y enfermeras escolares, y utilizarlos de manera efectiva. Otro componente fundamental fue el acompañamiento a las víctimas, promoviendo la solidaridad y el refuerzo de la autoestima entre pares. Por último, se trabajó en fomentar la compasión hacia los agresores, buscando reducir el rechazo social hacia ellos y facilitar la resolución pacífica de conflictos. Los resultados en dos tiempos evidenciaron una mejora significativa en las capacidades de los observadores para intervenir en casos de acoso y mejorar el ambiente escolar.(193)

Por último, también con una orientación hacia la resolución, Öztürk-Çopur y Kubilay, aplicaron un enfoque basado en soluciones para entrenar habilidades sociales en adolescentes de 13 a 14 años en Turquía. Este programa tuvo una duración de seis semanas de sesiones semanales de 50 minutos, diseñadas para abordar el acoso escolar desde una perspectiva práctica y orientada a soluciones. Durante ellas, los participantes aprendieron a reconocer diferentes formas de acoso y sus efectos en las víctimas, desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas y fortalecer su empatía hacia los afectados. Las actividades incluyeron ejercicios interactivos y simulaciones que permitieron a los adolescentes practicar habilidades sociales esenciales para manejar conflictos y apoyar a sus compañeros. La intervención se evaluó mediante un ensayo controlado aleatorizado, y los resultados mostraron una disminución significativa en la victimización y la agresión entre los adolescentes que participaron en el programa.(177)

Estos tres modelos educativos destacan por su enfoque integral en la capacitación de adolescentes para abordar el acoso escolar desde diversos roles: víctima, agresor u observador.(177,179,193) A través de metodologías participativas como dramatizaciones, entrenamiento en habilidades específicas y enfoques centrados en soluciones, los participantes adquirieron herramientas prácticas para gestionar situaciones de acoso de manera efectiva.

Las intervenciones subrayan el papel crucial de las enfermeras como mediadoras, facilitadoras y guías en el proceso. Así como, su capacidad para implementar programas que mejoran la dinámica escolar y promueven un ambiente seguro y saludable.(177,193)

- **Apoyo social multidimensional ante el acoso escolar.** Un programa integral contra el acoso escolar implementado en Turquía destacó por su capacidad de abordar la problemática desde una perspectiva de apoyo social multidimensional, involucrando a estudiantado, padres y docentes. Los estudiantes asistieron a cinco sesiones semanales de 40 minutos, diseñadas para fomentar la concienciación sobre el acoso escolar, la empatía, la resolución de conflictos y las habilidades de afrontamiento. Estas emplearon actividades interactivas como dramatizaciones, discusiones grupales y ejercicios prácticos que promovieron el aprendizaje experiencial y colaborativo. Este sistema se complementó con enseñanzas orientadas a mejorar la comunicación y la colaboración entre los diferentes actores de la comunidad escolar.(194) Cumpliendo con la multidimensionalidad de esta intervención, los padres asistieron a dos coloquios de 1 hora enfocados en la identificación de señales de advertencia y síntomas asociados con el acoso, así como en el fortalecimiento de la comunicación abierta y el establecimiento de estrategias de apoyo parental efectivas. Por su parte, los docentes participaron en un seminario único de 60 minutos que se centró en estrategias para prevenir la intimidación en las aulas, mejorar el ambiente escolar mediante el uso de herramientas pedagógicas. Estas actividades, descritas en la intervención de Karataş y Öztürk, se alinearon con el modelo de apoyo social propuesto en investigaciones previas, como la de Karakaya y Özgür, que destacaron el impacto positivo de enfoques centrados en soluciones para mejorar la autoestima y la autoeficacia en adolescentes, factores clave para la prevención del acoso escolar. (194,195)

Así mismo, se han desarrollado intervenciones específicas para fortalecer el rol del entorno familiar en la prevención y recuperación frente al acoso escolar. Una de estas estrategias incluyó la evaluación del apoyo social percibido por parte de familiares y amigos, revelando que este puede desempeñar un papel clave en la mitigación de los efectos emocionales negativos de la victimización. Las víctimas de acoso que perciben un alto nivel de apoyo

social muestran una mayor capacidad para manejar el estrés asociado al acoso y un mejor ajuste emocional. Además, el entorno familiar y comunitario proporciona un espacio seguro para fomentar la resiliencia y restaurar la autoestima, elementos esenciales para enfrentar las dinámicas del acoso escolar.(196)

Además, se han incluido prácticas culturales y espirituales como fortalecimiento de la red familiar, en las que se reconoce la importancia de respetar las creencias y tradiciones. Estas experiencias incluyen oraciones, cantos y otros rituales que refuerzan el sentido de pertenencia y seguridad emocional de la víctima. Estas intervenciones han demostrado ser eficaces para mejorar las dinámicas familiares, no solo en términos de soporte emocional, sino también en la creación de un entorno cohesivo que fomente la recuperación integral de la víctima.(171)

En el contexto de nuestra región, también bajo el amparo de las enfermeras comunitarias escolares, PACES,(168) está el programa contra el acoso "*No mires para otro lado*", desarrollado por un grupo de enfermeras comunitarias escolares del Área 1 de la Región de Murcia, con una implantación muy reciente, a fecha de diciembre de 2024 (ver figura 4). Constituye una intervención integral a nivel social, diseñada para la prevención y abordaje del acoso escolar, que implica no solo al alumnado, sino también al profesorado y a las familias. Su población diana es en inicio el alumnado de 5º de primaria (10-11 años), con el objetivo de trabajar en la prevención antes de que ingresen en la franja de edad (12-14 años) donde se observa mayor prevalencia de casos de acoso escolar. El diseño de las actividades se alinea con los principios de la LOMLOE, integrando un enfoque de aprendizaje competencial y significativo. Los talleres fomentan habilidades como la gestión emocional, la resolución de conflictos y el respeto a la diversidad, valores cívicos y éticos esenciales para prevenir el acoso escolar, se imparten estructurados en tres sesiones con carácter semanal. El primer taller, realizado por la enfermera comunitaria escolar, donde se introducen los conceptos teóricos del acoso escolar y su prevención, utilizando dinámicas interactivas como videos, role playing, juegos con tarjetas, cuentos y la creación de una "*Caja de las Emociones*". La segunda sesión, es conducida por el tutor en el aula y reforzada en el hogar por las familias, promoviendo la participación activa y

el trabajo conjunto en torno a los valores y habilidades para afrontar el acoso escolar. El tercero y último, impartido nuevamente por la enfermera comunitaria escolar, consolida los aprendizajes y fomenta estrategias de intervención. En la figura 5, podemos ver un mural creado por el alumnado, enfermera escolar y personal docente que recaba conceptos clave y métodos de afrontamiento ante el acoso escolar, de manera muy visual. Para mayor repercusión, se ha contado con conocido cantautor murciano, que al final de los talleres, utiliza una canción creada específicamente para el programa, que refuerza el mensaje preventivo y sensibiliza al alumnado de manera lúdica y emocional. Para evaluar la efectividad del programa, se implementa un cuestionario pre y post intervención que mide la adquisición de conocimientos, habilidades y sensibilización del alumnado hacia la prevención del acoso. Inicialmente se ha aplicado en cuatro centros escolares, pero se pretende hacer extensivo al resto del área I y está disponible como recurso a nivel regional, con el objetivo de consolidándose como una herramienta eficaz, accesible y sostenible para la mejora de la convivencia escolar y la reducción de actitudes violentas.(197)



Figuras 4 y 5. Imágenes del programa contra el acoso escolar. No mires a otro lado.
Fuente: www.murciasalud.es y Sánchez-Palomares, José Carlos (enfermera escolar centro de la imagen).

Los resultados de estas intervenciones destacaron la relevancia de integrar tanto el entorno escolar como el familiar y comunitario en un enfoque preventivo. La combinación de metodologías participativas y estrategias basadas en prácticas culturales y apoyo social permite abordar el acoso escolar desde múltiples dimensiones, promoviendo un entorno más inclusivo y saludable para las víctimas. Este enfoque refuerza el papel crucial de las enfermeras escolares como facilitadoras de un modelo integral de intervención y prevención, consolidando un modelo basado en la colaboración y el apoyo social para promover medidas que agilicen el reconocimiento y la detección precoz de la intimidación en las aulas.(171,194–197)

1.7.2.3. Prevención terciaria: Cuidados de enfermería y gestión los recursos humanos en el manejo del acoso escolar

Llegados al punto en el que el acoso escolar ya ha dejado su huella en los involucrados, la prevención terciaria tiene como objetivo mitigar las consecuencias físicas, psicológicas y sociales vinculadas a esta problemática, centrándose en el bienestar y la recuperación de quienes lo han sufrido. (4,111,180,182) Estas intervenciones se asientan en metodologías como, el enfoque centrado en soluciones y técnicas cognitivo-conductuales, reforzando habilidades sociales, empatía y resiliencia a través de acciones sistematizadas. Dos estudios detallan intervenciones grupales diseñadas específicamente para abordar el impacto del acoso en las víctimas desde un enfoque integral.(175,198)

El más reciente, fue realizado en Noruega por Heitmann en 2022, en él se moderan grupos de apoyo para jóvenes de entre 11 y 13 años, por tres docentes y una enfermera escolar previamente capacitados en técnicas de solución de problemas y gestión grupal. La intervención tuvo una duración de 4 meses, consistiendo en sesiones semanales de 60 minutos, estructuradas para proporcionar un espacio seguro donde las víctimas pudieran compartir sus experiencias y trabajar en habilidades de afrontamiento. Además, se realizaron entrevistas de seguimiento de 30 minutos cada semana para evaluar la efectividad de las sesiones y ajustar las estrategias según las necesidades individuales de los participantes. De ellas resultaron mejoras significativas en el bienestar emocional y social de las víctimas, remarcando el impacto positivo de un entorno de apoyo estructurado. (198)

Coincidiendo en la metodología de asistencia a las víctimas. En Brasil, un programa de entrenamiento en habilidades sociales integró ocho sesiones semanales de 50 minutos para estudiantes de una media de entre 10 y 13 años. Las sesiones, basadas en técnicas cognitivo-conductuales, se estructuraron en tres etapas: explicación de la tarea, ejecución de actividades prácticas y retroalimentación. Las actividades incluyeron teatralizaciones, juegos de rol, refuerzo positivo y modelado. Complementariamente, se establecían tareas para practicar lo aprendido en casa. Entre los conceptos claves abordados estuvo la empatía, autocontrol, expresividad emocional, resolución de problemas interpersonales y asertividad. Con ello, se logró una reducción significativa de la victimización en el grupo de intervención, promoviendo la integración social y emocional de los estudiantes y reforzando su capacidad para enfrentar dinámicas de acoso escolar y facilitar la reinserción tras el suceso.(175)

El enfoque de solución de problemas ha demostrado ser una metodología aplicable a la prevención terciaria, ya que combina la rehabilitación de las víctimas, procurando la mejora del bienestar emocional y social. Este modelo, aplicado en intervenciones grupales basadas en técnicas centradas en soluciones, no solo potencia la resiliencia y las habilidades sociales de las víctimas, sino que también influye en el total estudiantado, haciéndose integral y optimizando los cuidados de enfermería para el manejo de situaciones complejas, que ya se han perpetuado en el tiempo. (175,198)

Adicionalmente, dos investigaciones han explorado las prácticas, habilidades y conocimientos de las enfermeras escolares en el manejo del acoso escolar, subrayando que las intervenciones no solo abordan directamente la problemática, sino que están diseñadas como estrategias dirigidas a optimizar la gestión de recursos humanos y fortalecer la formación de los equipos de enfermería. (172–174,176,199) Estas estrategias son fundamentales para garantizar una respuesta estructurada y efectiva frente al acoso escolar, con un impacto significativo tanto en el ámbito institucional como en el individual.(174,200)

Estas investigaciones identificaron tres estrategias principales que refuerzan el rol preventivo y terapéutico. En primer lugar, aumentando las horas de involucramiento directo de las enfermeras en la esfera psicosocial de los estudiantes, acción clave para mejorar la distribución de la carga laboral y facilitar una atención más completa y personalizada en la gestión de casos, mejorando la capacidad de las enfermeras para intervenir de manera eficaz, integrando sus funciones dentro de un marco organizacional

más eficiente. (174) En segundo, consolidando la experiencia mediante formación continuada y estandarizada, reforzando conceptos clave como manejo de casos, así como, la aplicación de protocolos y guías, y estrategias de prevención, destacando la importancia de intervenciones basadas en evidencia; dando lugar a una homogeneización de las competencias enfermeras en este sentido, revirtiendo en una mayor calidad asistencial y desarrollo profesional. (172–174,199,200) Y como tercera y última, analizando las percepciones de las propias profesionales en cuanto a las experiencias con víctimas pertenecientes a grupos vulnerables, subrayando la necesidad de adaptarlas a las particularidades de cada contexto asistencial, promoviendo una sensibilidad cultural y una capacidad de respuesta equitativa.(176)

En el mismo sentido, se encuentra la importancia de cerrar las brechas en la formación de los profesionales de la salud escolar, mediante la implementación de procedimientos de capacitación, supervisión continua y recursos educativos. Ello constituye una herramienta esencial para garantizar un enfoque integral y sostenido en la prevención y manejo del acoso escolar. Estudios recientes muestran que estas deficiencias no solo limitan la detección de casos de acoso, sino que también reducen la capacidad de las enfermeras para intervenir eficazmente en los mismos. (173,199–201)

En conjunto, los cuidados enfermeros directos para la recuperación integral de las víctimas y las enfermeras como agentes claves en la gestión y optimización de recursos humanos, conforman una base sólida que culmina la atención en todas las dimensiones de este fenómeno.(111,173,174,180)

1.8 La atención primaria de salud.

Es importante destacar que las enfermeras en todos sus ámbitos de cuidados no actúan de manera aislada dentro de un compartimento estanco, sino que su labor se encuentra integrada en un enfoque más amplio y multidisciplinar. Por ello, resulta pertinente a través del presente apartado, definir el concepto de Atención Primaria de Salud (APS) y el rol que desempeñan los equipos de atención primaria en la prevención, detección y abordaje del acoso escolar, subrayando la necesaria colaboración entre estos entes para abordar de manera integral esta problemática.

Fue en septiembre de 1978, durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS) en Alma-Ata, URSS (actual Almaty, Kazajistán), donde la Organización

Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) definieron la APS como "*la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar*". Esta declaración enfatizó la importancia de la participación comunitaria y la equidad en salud. (202–204)

Desde esta primera definición, los países la han integrado y adaptado, dentro de sus cambios políticos, y socioeconómicos. (204,205) Un claro ejemplo en el contexto español es la Ley 14/ 1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que consolidó la APS como el nivel de atención sanitaria más cercano a la población, encargada de proporcionar atención integral y coordinarse con la atención hospitalaria. Esta legislación estableció un marco para la organización y funcionamiento del sistema sanitario en nuestro Estado, destacando la relevancia de la APS en la estructura del sistema nacional de salud.(204,206,207)

En el informe titulado "*La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*" de 2008, la OMS, reafirmó la APS como un enfoque integral que abarca la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. Este documento subrayó la necesidad de sistemas de salud centrados en las personas y la equidad, destacando la APS como fundamental para abordar los desafíos sanitarios contemporáneos.(204,205)

Con motivo del 40.º aniversario de la Declaración de Alma-Ata, que se celebró en Astaná, Kazajistán, la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, organizada por la OMS y UNICEF. Se ratificó el compromiso con la APS como estamento fundamental para lograr la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.(208) Se enfatizó en el también, la importancia de la participación comunitaria, la atención integral y la colaboración multisectorial. Para finalizar, en una de las últimas actualizaciones de la OMS de 2023, describe a la APS como "*un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de las personas a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas*". (203,204,209)

El concepto de APS ha evolucionado desde 1978 hasta la actualidad demostrándose un compromiso continuo, adaptándose a los cambios y desafíos en el ámbito de la salud pública a nivel mundial.(204,210) Con ello, se han forjado sus cualidades que coinciden con sus elementos conceptuales, siendo estos, los enumerados a continuación. En primer lugar, la accesibilidad con el atributo fundamental de que esta sea equitativa. Seguida de la asistencia de manera integral e integrada a las esferas biopsicosocial. Todo ello coordinado a través de la continuidad asistencial con otros niveles de atención. Por último y más relevante, fomentando como su sello de identidad indiscutible la orientación en tres esferas, la persona, la familia y la comunidad a través de un enfoque participativo.(204,210,211)

La accesibilidad asegura que los servicios de salud estén disponibles para toda la población sin barreras geográficas, económicas, culturales u organizativas; la continuidad asistencial y coordinación, garantiza la relación entre niveles del sistema sanitario y otros sectores que contribuyen a la salud, dando lugar a cuidados de salud ininterrumpidos a lo largo del tiempo, facilitando una relación estable entre el paciente y los equipos de salud, y todos ellos entre sí; asegurando la coherencia de la atención. La integralidad, aborda de manera holística las necesidades de salud de las personas, incluyendo aspectos preventivos, curativos, rehabilitadores y de promoción de la salud. El enfoque biopsicosocial integra aspectos biológicos, psicológicos y sociales en la atención sanitaria, reconociendo la complejidad de los determinantes de la salud; que, junto con la participación comunitaria, alientan la implicación activa de la sociedad en la planificación, gestión y evaluación de los servicios de salud, promoviendo la corresponsabilidad en el cuidado de la salud del total colectivo. La orientación está en todo momento dirigida al tejido familiar y comunitario del individuo y adaptada los objetivos de salud e intervenciones a estas realidades contextuales.(207,210,211)

1.8.1 Los equipos de atención primaria, roles y competencias profesionales ante el acoso escolar.

Debido a las graves consecuencias a nivel biopsicosocial que el acoso escolar genera en todos los implicados y a su consideración como un problema de salud pública, los equipos de atención primaria (EAP) desempeñan un papel fundamental en su detección e intervención. (89,212) Aunque el fenómeno tiene lugar principalmente en el ámbito escolar, las consultas en los centros de atención primaria representan un espacio clave

para identificar sus manifestaciones tempranas y brindar apoyo a los involucrados, así como a sus familias.(111,212–215) Los profesionales de salud en este ámbito, son claves para identificar signos tempranos de acoso y brindar intervenciones adecuadas que promuevan el bienestar integral del menor afectado. (89,111,213,215,216)

Estudios recientes han demostrado que los EAP pueden desempeñar un rol preventivo y de intervención al detectar síntomas físicos y emocionales asociados al *bullying*, como cefaleas, trastornos del sueño y manifestaciones psicósomáticas, a través de la evaluación sistemática durante las consultas de atención pediátrica.(68,173,213,217,218) En este sentido, Hutson et al., 2019 encontraron que la implementación de prácticas de cribado en atención primaria mejora la detección de casos de acoso, permitiendo una intervención adecuada y oportuna. (173,213) Asimismo, este autor coincide con Dale et al., 2014, ambos subrayan que los profesionales de atención primaria necesitan formación específica para abordar este problema, integrando conocimientos sobre salud mental y habilidades comunicativas en su práctica diaria. (173,213)

Por otro lado, las enfermeras en el contexto de la APS, han demostrado de manera creciente el desempeño de un papel fundamental en la implementación de programas educativos dirigidos a víctimas y familias, promoviendo habilidades de afrontamiento y resiliencia. (111,162,179,180,182,218–220) Como bien se ha descrito en anteriores apartados de este texto, las intervenciones lideradas por enfermeras reducen de la incidencia del *bullying* y aumentan el apoyo al estudiantado.(111,180,182) Estas iniciativas incluyen desde la educación en habilidades sociales hasta la colaboración intersectorial con los centros educativos y servicios sociales.(111,160,162,218)

Además, en el contexto español, informes como el de la Fundación de ayuda a niños y adolescentes en riesgo (Fundación ANAR), 2024, destacan la necesidad de una mayor colaboración entre el sistema educativo y los servicios de salud para el diseño de estrategias conjuntas de prevención y detección del acoso escolar.(221)

Por todo ello, el abordaje del acoso escolar desde los equipos de atención primaria debe fundamentarse en una aproximación integral y multidisciplinar, con un enfoque preventivo, de detección precoz e intervención coordinada. Esta colaboración entre sectores, junto con una formación adecuada y herramientas específicas, resulta imprescindible para abordar de manera efectiva una problemática tan compleja como el acoso escolar. (111,200,201,213–215)

De acorde a la evidencia y asumiendo las responsabilidades ligadas al ámbito competencial, en España, diversos servicios autonómicos de salud han desarrollado programas, protocolos y guías específicas que subrayan el rol de los profesionales de atención primaria, destacando las competencias de pediatras, enfermeros y trabajadores sociales en la promoción de entornos saludables y en la atención a las víctimas de acoso escolar.(222–228)

A continuación, se presentan algunas de las estrategias y acciones clave de diferentes comunidades autónomas:

En Baleares, el “*Programa de Salud Infantoadolescente*” editado en 2018, incorpora el abordaje del acoso escolar como una de sus prioridades. Este queda reflejado en su anexo 28, donde los equipos de pediatría desempeñan un papel central en la detección precoz y la intervención temprana, colaborando estrechamente con la comunidad educativa. Las acciones se integran tanto en los controles de salud de niños y niñas desde la escolarización a los 14 años, como en las consultas a demanda. Se enfatiza la identificación de factores de riesgo psicosocial, la promoción de prácticas educativas positivas y la detección de signos sugestivos de acoso, como cambios en el comportamiento, somatizaciones o alteraciones emocionales. Se basa en el cumplimiento del *Protocola de prevenció, detecció i intervenció de l’assetjament escolar de les Illes Balears*, cuya última edición es de 2019. En caso de sospecha, los profesionales notifican al centro educativo y activan recursos de derivación a las autoridades competentes si es necesario.(222)

El Servicio Cántabro de Salud dispone del Programa de Salud de la Infancia y Adolescencia de Cantabria (PSIAC) de 2014. En este documento, se dispone que, desde los 3 años, se evalúa la socialización, conducta y adaptación escolar, y a partir de los 7 años, se incluye la detección de acoso escolar y ciberacoso como parte de las consultas de pediatría y enfermería pediátrica. Esta orientación asegura una intervención temprana, constante y coordinada, con el objetivo de proteger el bienestar infantil y prevenir situaciones de violencia en el ámbito escolar. Además, introduce indicadores específicos para la cuantificación de situaciones de desprotección o maltrato infantil.(223)

En ese mismo año en Andalucía, dentro del Programa de Salud Infantil y Adolescente de (PSIA-A), se centran en la detección precoz y la intervención coordinada con los entornos educativos y sociales. Los profesionales de atención primaria disponen de una guía para

realizan entrevistas clínicas que debe producirse en un ambiente acogedor, utilizando preguntas abiertas para identificar posibles problemas escolares. Ante sospechas de acoso, se informa a los padres, activando la coordinación con las Unidades de Trabajo Social (UTS) y garantizando la aplicación del protocolo educativo de la Consejería de Educación. En casos de lesiones físicas, se emiten partes judiciales conforme al procedimiento habitual. Destaca un enfoque integral que incluye la prevención y la intervención inmediata. (224)

Como documentos más recientes el abordaje en Servicio Gallego de Salud, en su *Guía de saúde infantil de actividades preventivas e de promoción da saúde en pediatria de atención primaria* de 2020. Basada en una intervención holística y organizada, que, al igual que en otras comunidades autónomas, incluye los sistemas sanitario, educativo y social, ajustada en tres niveles de prevención. En la prevención primaria, se trabaja con las familias en el uso responsable de redes sociales, métodos disciplinarios a través de la crianza positiva y la promoción de vínculos afectivos saludables, complementado con programas escolares de concienciación. La prevención secundaria prioriza la detección precoz de síntomas como ausentismo, aislamiento social y somatizaciones, mientras que la prevención terciaria busca garantizar la protección, rehabilitación y bienestar emocional de los menores afectados. La colaboración interdisciplinar se considera esencial para abordar esta problemática.(225)

Así mismo, en el País Vasco, con su programa de Salud Infantil editado en 2021 donde la prevención del acoso escolar se integra en las intervenciones de Educación para la Salud. Estas se dirigen a niños de 7 a 9 años, con acciones específicas también en la preadolescencia y adolescencia (13-14 años). Estas intervenciones son realizadas de forma interdisciplinar por enfermeras y otros agentes de salud, tanto en centros educativos, a través de enfermeras de atención primaria y escolares, como en consultas de atención infantojuvenil de los centros de salud. El enfoque incluye actividades educativas adaptadas a las necesidades de cada grupo, complementadas con recursos digitales y guías informativas que promueven entornos saludables y fortalecen las capacidades individuales y colectivas para prevenir el acoso escolar.(226)

Por último, en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, editado en 2007, está el Programa de Atención al Niño Sano y Adolescente. En este, recogido en el apartado titulado “Detección precoz del maltrato en la infancia” se hace una breve alusión a través de su definición, al acoso escolar. Además, dentro de las indicaciones de las revisiones

periódicas de la infancia, se recomienda que a los 4 años de edad se inicie dentro de la anamnesis, el registro de la valoración de la adaptación familiar, social y escolar. Así como, la valoración de la socialización, la conducta y el rendimiento escolar a los 6, 11 y 14 años.(227)

En pleno proceso de maquetación, se encuentra la reedición de este programa cuya versión verá la luz a lo largo del año 2025.(228) En esta actualización, por parte de las autoridades competentes, derivada de la magnitud y repercusión para la salud infantojuvenil, se ha decidido prestar mayor énfasis a esta problemática. Dedicándole en exclusiva, todo un capítulo, en el que se aporta información mucho más ampliada en cuanto a la descripción de esta dinámica social de los centros educativos y su abordaje multidisciplinar, con una visión puesta desde el contexto de las consultas de atención familiar y comunitaria. En su redacción han participado profesionales de los departamentos de orientación de la Dirección General es de Atención a la Diversidad de la Consejería de Educación y como representante del estamento salud desde el Servicio Murciano de Salud, una enfermera familiar y comunitaria (la autora de la presente tesis doctoral). En este documento, se hace una descripción más profunda del acoso y ciberacoso escolar. Se aborda la asistencia a este problema desde las tres perspectivas de la prevención, primaria, secundaria y terciaria. En el ámbito de la prevención primaria, las acciones se centran en la promoción de la salud y la educación para prevenir la aparición de casos de acoso escolar. Se suscita a través de la comunicación abierta en el entorno familiar, lo que facilita la detección temprana de problemas relacionados con las experiencias escolares. Asimismo, se proporciona información tanto a los padres como a los niños sobre la convivencia escolar, las características del acoso y las estrategias necesarias para fomentar relaciones positivas y respetuosas. Además, se implementan pautas específicas para el uso seguro y responsable de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs), con el objetivo de prevenir riesgos asociados como el ciberacoso, promoviendo un entorno seguro tanto físico como digital. Las acciones de prevención secundaria están dirigidas a la detección precoz y la intervención temprana en situaciones de intimidación, con una información conceptual mucho más ampliada con acceso a los profesionales sanitarios. En este nivel, se realizan evaluaciones periódicas del desarrollo emocional y social de los niños durante las consultas de atención primaria, lo que permite identificar de manera temprana cambios en el comportamiento, estado de ánimo o rendimiento escolar que puedan ser factores indicativos de acoso. Se emplean

preguntas directas y específicas sobre las experiencias escolares y posibles situaciones de intimidación, fomentando un diálogo abierto con los menores y sus familias. Asimismo, se garantiza una adecuada coordinación con los centros educativos y, cuando es necesario, la derivación a otros recursos profesionales, asegurando una intervención efectiva y contextualizada. En el marco de la prevención terciaria, se prioriza la atención integral a las víctimas y su entorno, abordando los impactos negativos de la intimidación en las aulas. Las consultas de atención primaria se convierten en espacios de confianza donde las víctimas pueden expresar sus problemas con seguridad, facilitando el acceso a apoyo emocional y psicológico tanto para los niños como para sus familias. Estas acciones incluyen la coordinación con profesionales de salud mental, educativos y sociales para ofrecer un tratamiento multidimensional. Además, se implementan estrategias específicas para intentar reparar el daño causado y proporcionar a los implicados, herramientas de afrontamiento que les permitan recuperar su bienestar emocional y social, así como reintegrarse de manera saludable en el entorno escolar. Todos estos procesos en tres niveles de prevención se recogen en un algoritmo de fácil consulta para los médicos y enfermeras que, facilita el seguir un procedimiento estructurado, sin omisiones ni duplicidades. Como dato remarcable, se alude al profesional más adecuado para la coordinación entre niveles a la hora del tratamiento de los casos y cito textualmente: *“Para la conexión entre los centros sanitarios y educativos, control y seguimiento de los casos, es indispensable articular vías que salvaguarden la privacidad del niño o niña y familia y que a su vez tengan, la capacidad de registrar, corroborar de la veracidad de los datos y efectividad de las medidas y/o la velar por la seguridad del alumnado. Por ello, como ente que trabaja en ambos medios, la enfermera escolar puede ser un buen recurso para este fin”*.(228)

Haciendo un análisis de los protocolos referenciados de distintas comunidades autónomas, se extraen diversas competencias clave que los equipos de atención primaria desempeñan ante el acoso escolar, que se pueden clasificar en los siguientes ámbitos:

- **Detección precoz y evaluación de riesgo**, a través de las consultas y controles rutinarios de salud infantojuvenil. Mediante la valoración de la socialización y conducta con los pares en el ámbito escolar y en el contexto de las redes sociales. A través de entrevistas clínicas, mediante preguntas abiertas, fomentando un ambiente de confianza. (222–225,228)

- **Intervención y coordinación**, de manera multidisciplinar (con agentes sociales, educativos de seguridad ciudadana y representantes de la ley), apoyada en protocolos y guías establecidos por los órganos competentes. (225–227)
- **Promoción y prevención mediante educación para la salud**, adaptada a las distintas edades, involucrando a los implicados, a la familia y a equipo docente. Llegando incluso a influir en la implantación de programas educativos y formando parte de los protocolos de convivencia. (225,226)
- **Gestión y seguimiento de los casos**, llevando un registro exhaustivo a través de la historia clínica, estableciendo vías de comunicación pertinentes con los distintos agentes implicados. Garantizando la continuidad asistencial y un abordaje integral.(222,224,226–228)

Este fenómeno, con profundas implicaciones físicas, emocionales y sociales, plantea importantes desafíos que requieren competencias específicas y una sólida preparación profesional. En vista de ello, en el ámbito de la atención primaria de salud, los equipos desempeñan un papel fundamental en la protección integral de la salud, incluyendo la atención a problemas de gran impacto como el acoso escolar. Ante esta responsabilidad, surge una cuestión crítica: **¿están los equipos de atención primaria adecuadamente preparados para asumir este rol y garantizar una respuesta efectiva?** A través de esta tesis se va a intentar responder a esta pregunta, además de contribuir al desarrollo de herramientas y estrategias que permitan evaluar y fortalecer sus conocimientos, actitudes y autoconfianza frente a esta problemática.

CAPÍTULO 2. OBJETIVOS

“Sí, monstruos, muchos, muchísimos, miles. Muchos de ellos siguen aquí, son los que me visitan por la noche y se me meten en el pecho, pues aunque ahora no los pueda ver los sigo sintiendo. No hace falta tenerlos delante para que te hagan daño, de hecho creo que siempre me han hecho más daño cuando no los he tenido delante que cuando sí estaban ahí”.

Invisible. Eloy Moreno

CAPÍTULO 2. OBJETIVOS

1. Objetivo principal

Analizar la situación de los cuidados ante el acoso escolar, centrada en la visión de las enfermeras y enfocada en el contexto de atención primaria de salud.

2. Objetivos específicos

- Validar transculturalmente una herramienta que sirva para identificar las actitudes, conocimientos y autoconfianza de los profesionales de atención primaria de salud ante el acoso escolar
- Evaluar las actitudes, conocimientos y autoconfianza de los profesionales de atención primaria de salud ante el acoso escolar.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

“Lucho contra cada músculo de mi cuerpo, me suplican que me derrumbe. Me suplican que no vaya al instituto. Que vaya a cualquier otro lugar y me esconda hasta mañana.”

Jay Asher. Por trece razones.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

La metodología de la presente tesis se desarrolló en 2 fases diferenciadas que se materializan en 2 artículos publicados, que aportaron respuesta a los distintos objetivos propuestos.

3.1. Fase 1. Validación transcultural del cuestionario Healthcare Provider's Practices, Attitudes, Self-Confidence, and Knowledge Regarding Bullying (HCP-PACK)(84)

La validación transcultural del HCP-PACK al contexto español se llevó a cabo mediante un procedimiento estructurado que comprendió las siguientes etapas: traducción, adaptación, validez de contenido y análisis de la estructura interna.

Previamente a este proceso, se contactó vía email con la autora del instrumento y se le pidió consentimiento para su utilización, explicando nuestro objetivo. Se recibió la respuesta con el beneplácito para tal fin.

3.1.1. Descripción del instrumento

El cuestionario HCP-PACK fue diseñado por Hensley en 2015, para evaluar en los proveedores de atención sanitaria, las prácticas, actitudes, autoconfianza, y conocimientos en cuanto al acoso escolar. El instrumento consta de seis dimensiones principales, definidas a continuación:

1. Sociodemográfica: Comprende 6 preguntas que exploran aspectos como la categoría profesional, años de experiencia laboral dirigida a la asistencia a la población pediátrica, especificando el contexto y hábito laboral específicos.
2. Práctica Clínica: Incluye 20 preguntas que examinan las prácticas relacionadas con la identificación de casos de acoso escolar, así como de otras condiciones adversas, como intoxicación por plomo y anemia. También aborda las razones que influyen en la decisión de los profesionales para evaluar o no casos de acoso escolar, ateniéndose a esta condición, se sirve de ella como elemento diferenciador para continuar con las repuestas en un punto u otro de las subsiguientes dimensiones.

3. Actitudes: Evalúa las facilidades que encuentran los encuestados en forma de recursos aportados por las organizaciones o establecimientos sanitarios en los que trabajan, que apoyan la atención de los casos de intimidación escolar. Este subapartado consta de 6 cuestiones con puntuaciones que oscilan entre 6 y 24.
4. Confianza en sí mismo: Analiza cómo se perciben a sí mismos los profesionales sanitarios en cuanto a su capacidad para la asistencia de a las personas implicadas en este fenómeno. Este apartado contiene ocho interrogantes que pueden ser puntuados de 8 a 32.
5. Conocimientos: Incluye 16 ítems destinados a medir el nivel de conocimientos de los profesionales sobre el acoso escolar, con una escala de puntuaciones que va de 16 a 64.
6. Necesidades Formativas: Recoge a través de siete cuestiones las opiniones de los profesionales sobre las necesidades de formación y los formatos más adecuados para ello, en referencia al acoso escolar.

Este cuestionario, según su autora, tiene un diseño que permite cuantificar y comparar las respuestas de los encuestados, en cuanto a su preparación y relación profesional para con el acoso escolar. Refiere que es de carácter heteroadministrado y requiere aproximadamente 15 minutos para su cumplimentación. Se organiza en 3 dimensiones principales: actitudes, conocimientos y autoconfianza; componiéndose por un total de 63 ítems. Estas subescalas se califican utilizando una escala Likert de cuatro puntos: "totalmente de acuerdo" (4 puntos), "de acuerdo" (3 puntos), "en desacuerdo" (2 puntos) y "totalmente en desacuerdo" (1 punto).

3.1.2. Traducción, retrotraducción y adaptación semántica y cultural.

Inicialmente, un primer traductor nativo bilingüe español-inglés, realizó la traducción inicial al español, generando la Versión 1 (V1) del instrumento. Tras esta, un segundo traductor independiente, también nativo y bilingüe español-inglés, realizó la retrotraducción al inglés, dando lugar esto a verificar la fidelidad conceptual y semántica. Con ello, tras una comparación ajustada y detallada con el instrumento original, se generó una Versión 2 (V2). Seguidamente, para garantizar la relevancia cultural y lingüística, se realizaron ajustes menores para adecuarlos al contexto español, dando lugar a la

adaptación de los ítems para garantizar su relevancia y aplicabilidad en el contexto de estudio. Todo ello, sin alterar los aspectos clave y esencia de los conceptos medidos.(229)

3.1.3. Validez de contenido

La validez de contenido se sistematizó a través del índice de validez de contenido (IVC). Este es una medida cuantitativa que evalúa la relevancia y representatividad individual y en conjunto de los ítems que conforman un instrumento de medición respecto al constructo que se desea valorar. Este índice se obtiene a través de la opinión de un panel de expertos, quienes califican cada ítem según su nivel de pertinencia para el propósito del instrumento.(230)

Uno de los métodos más comunes para calcular el IVC, fue el propuesto por Lawshe (1975), donde una agrupación de expertos clasifica cada ítem como "esencial", "útil pero no esencial" o "no necesario". A partir de estas valoraciones, se calcula el índice de validez de contenido para cada ítem utilizando la siguiente fórmula de la razón de validez de contenido (RVC), donde: n_e es el número de expertos que calificaron el ítem como "esencial" y N es el número total de expertos.(230)

$$RVC = \frac{n_e - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

El IVC resultante puede oscilar entre -1 y +1, donde valores positivos indican que más de la mitad de los expertos consideran el ítem como esencial, sugiriendo una alta validez de contenido. Como criterio de este estudio, se establecieron como aceptables los ítems que obtuviera un $IVC \geq 0,78$. Siendo desestimados los que no cumplían esta condición.(230)

En la presente investigación, la versión 2 traducida se sometió al dictamen un panel multidisciplinar de 9 expertos (6 enfermeras y 3 médicas), adoptando las directrices establecidas por Almasresh et al., los cuales aconseja un grupo entre 5 y 10 miembros. Este comité estudió los ítems del instrumento y evaluó de conformidad con su relevancia y representatividad en el dominio del contenido, a través de una escala entre 1 a 4, (1 = no relevante; 2 = algo relevante; 3 = bastante relevante; 4 = muy relevante).

Los integrantes se seleccionaron intencionalmente, tras haber examinado su formación y experiencias profesionales, todo ello para que pudieran proyectar una visión holística del

fenómeno que envuelve esta investigación. Entre las enfermeras destacan perfiles con experiencia clínica en atención primaria, en investigación y docencia universitaria y una de ellas atendía en una unidad hospitalaria en la cual se asisten casos agudos de población infanto-juvenil afectada por el acoso escolar. Se tuvieron en cuenta la inclusión de distintas especialistas enfermeras, en atención familiar y comunitaria, pediatría, salud mental y adicionalmente, 5 de ellas ostentan la titulación de doctorado en enfermería, siendo una de ellas experta en psicometría.

Dentro de grupo de medicina se encontraron profesionales especialistas en pediatría y familia; las cuales contaban con experiencia en salud pediátrica y atención primaria, en contacto directo con los afectados por intimidación escolar en este ámbito. Una de ella doctora en medicina.

A través de este enfoque sistemático de revisión y ajuste del cuestionario, basado en la retroalimentación de expertos y en análisis cuantitativos, se pretende asegurar que el instrumento final sea preciso y relevante para medir las variables de interés en la población objetivo.

El análisis de la validez tuvo lugar en dos fases. En la fase inicial, se obtuvo un IVC satisfactorio, con valores iguales o superiores a 0,78, en la mayoría de los elementos evaluados (véase Tabla 1).(229) Sin embargo, se identificaron puntuaciones bajas en ciertos ítems y en la primera de las cuatro dimensiones evaluadas. Concretamente, en la dimensión denominada "Prácticas", que presentó un IVC de con resultado de 0,77, lo que derivó a su eliminación del instrumento. Además, se procedió a la reformulación del ítem 3 de la dimensión autoconfianza (Auto3), así como de los ítems C4, C5 y C9, pertenecientes a la dimensión de conocimiento. Posteriormente, se desarrolló la versión 3 del cuestionario, la cual fue sometida nuevamente a una segunda fase de evaluación por parte de un panel de expertos. Este proceso de revalidación de contenido, a través de la eliminación de dimensiones con baja validez y reformulación de ítems concretos, contribuyó a la mejora de la validez del cuestionario. Este hecho, busca garantizar que los datos recopilados a través del instrumento sean pertinentes, representativos y útiles para los fines de la investigación. La segunda fase arrojó un IVC adecuado, con valores iguales o superiores a 0,78 en todos los elementos (véase Tabla 2).

Tabla 1. Cálculo del CVI del Healthcare Provider's Practices, Attitudes, Self-confidence, & Knowledge Regarding Bullying Questionnaire de la evaluación de 9 expertos. Fase 1.

Ítem	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	CVI	Nº de acuerdos (3-4)
AC 1	4	3	4	4	4	4	3	4	4	1.00	9
AC 2	4	4	4	3	2	4	4	4	4	1.00	8
AC 3	4	4	3	4	2	4	4	4	4	0.89	8
AC 4	4	3	3	3	3	4	1	3	3	0.89	8
AC 5	4	4	4	4	3	3	4	3	4	1.00	9
AC 6	4	4	4	3	3	4	4	3	4	1.00	9
Auto 1	4	2	4	3	3	4	3	3	4	0.89	8
Auto 2	4	3	4	3	4	4	4	3	4	1.00	9
Auto 3	4	2	4	2	2	4	3	3	4	0.67	6
Auto 4	4	3	4	4	3	3	3	4	3	1.00	9
Auto 5	4	2	4	4	3	4	3	3	4	1.00	9
Auto 6	3	2	3	3	2	4	3	3	4	0.78	7
Auto 7	3	2	3	4	3	4	3	3	3	0.89	8
Auto 8	4	2	3	4	2	4	4	3	4	0.78	7
C1	4	4	3	3	3	4	4	3	3	1.00	9
C2	4	4	3	2	3	4	4	3	3	0.89	8
C3	4	3	3	3	2	4	3	3	2	0.78	7
C4	4	3	2	2	2	4	4	4	2	0.56	5
C5	4	2	3	4	2	4	4	2	3	0.67	6
C6	4	4	4	4	3	4	4	3	4	1.00	9
C7	4	4	3	4	3	4	4	2	4	0.89	8
C8	4	4	3	3	3	4	4	3	3	1.00	9
C9	4	4	2	3	2	4	4	2	3	0.67	6
C10	4	4	3	3	3	4	4	3	4	1.00	9
C11	3	4	3	4	3	4	4	3	4	1.00	9
C12	3	4	4	2	2	4	4	3	4	0.78	7
C13	4	4	4	3	3	4	4	4	4	1.00	9
C14	4	4	4	4	3	4	4	4	3	1.00	1
C15	4	4	4	3	3	4	4	4	4	1.00	9
C16	4	4	3	4	3	4	3	4	4	1.00	9
TOTAL CVI										0.90	
Escala de respuesta 1= no relevante; 2 = algo relevante; 3= bastante relevante; 4= muy relevante											

CVI, Índice de validez de contenido. AC= Dimensión actitudes, Auto= Dimensión autoconfianza, C= Dimensión conocimientos

Tabla 2. Cálculo del CVI del Healthcare Provider's Practices, Attitudes, Self-confidence, & Knowledge Regarding Bullying Questionnaire de la evaluación de 9 expertos. Fase 2.

Ítem	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	CVI	Nº de acuerdos (3-4)
AC 1	4	4	4	4	4	4	3	3	4	1.00	9
AC 2	4	4	3	4	4	3	4	3	4	1.00	9
AC 3	3	4	4	4	4	4	3	3	4	1.00	9
AC 4	3	3	4	2	4	3	3	2	3	0.89	7
AC 5	4	4	3	4	4	4	4	3	4	1.00	9
AC 6	3	4	4	4	4	4	3	3	4	1.00	9
Auto 1	4	4	4	3	4	4	3	3	3	1.00	9
Auto 2	4	4	4	4	4	4	4	3	3	1.00	9
Auto 3	4	4	2	3	4	3	3	3	2	0.78	7
Auto 4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	1.00	9
Auto 5	3	4	4	3	4	4	3	3	3	1.00	9
Auto 6	3	3	4	4	4	3	3	3	3	1.00	9
Auto 7	3	4	4	3	4	4	4	3	2	0.89	8
Auto 8	3	4	4	3	4	3	3	3	3	1.00	9
C1	3	4	3	4	4	4	4	4	4	1.00	9
C2	3	3	4	4	4	4	3	3	4	1.00	9
C3	3	3	3	3	4	3	3	2	1	0.78	7
C4	3	3	4	4	3	3	3	2	3	0.89	8
C5	2	4	3	4	4	4	3	2	4	0.89	7
C6	3	4	3	4	4	4	4	3	4	1.00	9
C7	2	4	4	4	4	4	4	2	4	0.78	7
C8	3	4	4	4	4	4	4	3	4	1.00	9
C9	2	3	4	4	4	3	3	3	4	0.89	8
C10	3	4	4	4	4	4	4	4	4	1.00	9
C11	3	4	3	4	4	4	4	2	4	0.89	8
C12	3	4	3	4	4	4	3	3	4	1.00	9
C13	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1.00	9
C14	3	4	4	4	4	4	4	3	4	1.00	1
C15	4	4	4	4	4	4	3	3	4	1.00	9
C16	3	4	3	3	3	4	3	3	4	1.00	9

TOTAL CVI 0.95

Escala de respuesta 1= no relevante; 2 = algo relevante; 3= bastante relevante; 4= muy relevante

CVI, Índice de validez de contenido. AC= Dimensión actitudes, Auto= Dimensión autoconfianza, C= Dimensión conocimientos

3.1.4. Procedimiento: difusión y distribución del cuestionario

El instrumento a evaluación fue remitido a los nueve expertos previamente referenciados. La selección de la muestra se realizó por conveniencia, buscando perfiles específicos que contribuyeran a la mayor solidez del cuestionario.

El cuestionario validado fue administrado en formato digital a través de enlace a web, a profesionales de atención primaria; médicos de familia, pediatras, enfermeras comunitarias, de pediatría, escolares y residentes (EIR/MIR) de estas especialidades. Se utilizó un muestreo por conveniencia, con la participación de 299 profesionales, de los cuales se analizaron finalmente 275 respuestas válidas.

La difusión del cuestionario se realizó a través de correo electrónico y redes sociales, con instrucciones claras sobre su propósito y uso. Además, se creó un perfil específico en Instagram, @acoso_escolar_enfermera, para ampliar su alcance entre los profesionales sanitarios interesados, valiéndose de la gran capacidad de divulgación de figuras de referencia en redes sociales.

3.1.5. Análisis de los datos y ajuste de modelo

Para el análisis de los datos recolectados se utilizaron los softwares de procesado SPSS 22.0 y Mplus 5.0. (231,232)

Se realizó un análisis exhaustivo de los ítems en la escala para garantizar su calidad y adecuación en la medición del constructo de interés. En primer lugar, se llevó a cabo un análisis descriptivo de las características fundamentales de los ítems en cada subescala, utilizando medidas de tendencia central y dispersión, como la media y la desviación estándar, así como índices de asimetría y curtosis. Esto permitió identificar patrones y posibles anomalías en la distribución de las respuestas, proporcionando una comprensión inicial del comportamiento de los ítems dentro de la muestra.

A continuación, se evaluó la capacidad de cada ítem para diferenciar entre individuos mediante la correlación ítem-total corregida, un coeficiente que relaciona cada ítem con el puntaje total de su dimensión correspondiente, excluyendo el ítem en cuestión para evitar sesgos. Valores elevados en este coeficiente indicaron que los ítems eran coherentes con el conjunto de la subescala y contribuían positivamente a la medición del constructo.(229)

Para analizar la estructura interna de la escala, se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC), con el objetivo de evaluar en qué medida los ítems representaban la estructura teórica propuesta. Este análisis contrastó un modelo predefinido que especifica las relaciones entre los ítems y las dimensiones que estos pretenden medir. Se utilizó el método de estimación de la media y la varianza ajustada por mínimos cuadrados ponderados (WLSMV), adecuado para datos categóricos ordenados, como los provenientes de escalas tipo Likert. Este método proporcionó estimaciones robustas, incluso en condiciones de incumplimiento de los supuestos de normalidad presentes en algunos elementos de la muestra.(233)

La adecuación del modelo teórico fue valorada mediante diversos estadísticos de ajuste. Entre ellos, el coeficiente Chi-cuadrado dividido por los grados de libertad (χ^2/df), con valores inferiores a 5 considerados como aceptables; el índice de ajuste comparativo (CFI) y el índice de Tucker-Lewis (TLI), con valores iguales o superiores a 0.90 como indicativos de buen ajuste; y la parsimonia, que busca evitar la complejidad innecesaria en el modelo, aceptándose valores menores a 0.08.(234)

En paralelo, se llevó a cabo una purificación de los ítems para optimizar la escala, analizando las estadísticas descriptivas, los índices de discriminación y las cargas factoriales obtenidas del AFC. Los ítems con índices de discriminación insuficientes o cargas factoriales bajas fueron identificados y considerados para revisión o eliminación, asegurando que la escala final incluyera únicamente aquellos ítems que representaran de forma adecuada las dimensiones del constructo.(235)

Finalmente, la fiabilidad interna de cada dimensión de la escala se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach (α), que mide la consistencia interna de los ítems. Se consideraron aceptables valores de α superiores a 0.70, lo que indicó que los ítems medían de forma coherente el constructo propuesto.

3.2.Fase 2: Estudio con método mixto: Attitudes, Self-Confidence, and Knowledge of Primary Care Professionals towards School Bullying.(201)

La segunda fase de la metodología se centra en la evaluación de las actitudes, conocimientos y autoconfianza de los profesionales de atención primaria de salud frente al acoso escolar. Esta etapa nos proporciona una visión más aproximada a la realidad de la preparación y disposición de dichos profesionales al abordar esta problemática en atención primaria, dando lugar a identificar áreas de mejora y necesidades formativas que pueda optimizar la atención a las personas influidas por este fenómeno.

3.2.1. Diseño del estudio

Para responder al objetivo se plantea un estudio con métodos mixtos con diseño convergente paralelo, donde las fases cualitativa y cuantitativa se desarrollaron simultáneamente, y los resultados se integraron durante la etapa de interpretación. Esta metodología permitió explorar, de manera complementaria, las aportaciones de los profesionales de atención primaria en cuanto a sus actitudes, conocimientos y nivel de autoconfianza frente al acoso escolar.

En cuanto al análisis cuantitativo, se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo transversal, utilizando un cuestionario autoadministrado como instrumento principal. En la fase cualitativa, se aplicó un enfoque fenomenológico con el objetivo de profundizar en las opiniones de los participantes y en las barreras percibidas en la detección y manejo del acoso escolar.

3.2.2. Participantes y Muestra

La muestra estuvo conformada por profesionales del ámbito de la atención primaria de salud, incluyendo médicos generalistas, de familia, pediatras, enfermeras generalistas, comunitarias, pediátricas y escolares, así como residentes de las nombradas especialidades.

Se utilizó un método de muestreo no probabilístico, obteniendo una muestra final de 274 participantes. De ellos, 94 respondieron a preguntas abiertas, que constituyeron la base de la fase cualitativa. Para ello se le asignaron códigos a los encuestados que informaban

sobre su categoría profesional, seguidos del número de orden en el que se recibió la respuesta. Esto fueron: EIR/MIR = residente de enfermería o medicina; MFYC = médico de familia; EFYC = enfermera familiar y comunitaria; PE = enfermera pediátrica; MP = médico pediatra; EE = enfermera escolar.

3.2.3. Instrumento y variables a estudio.

El instrumento utilizado fue el cuestionario validado Healthcare Provider's Practices, Attitudes, Self-confidence, and Knowledge Regarding Bullying Questionnaire (HCP-PACKe),(84) que se divide en cinco bloques que detalladamente incluyen:

- **Variables sociodemográficas:** Engloba en 5 cuestiones en las que se expone información sobre sexo, profesión, obtención y método de titulación especializada, experiencia profesional, encuadrado en el contexto laboral, servicio e institución en el que se lleva a cabo la labor. Y asistencia a población infanto-juvenil, menor de 18 años. Esta última sirve como cribado diferencial, si se contesta de manera afirmativa, da la opción de contestar a la dimensión actitudes frente al acoso escolar. De lo contrario, la omitiría, iniciando las respuestas en la subescala autoconfianza.
- **Actitudes:** Explora la predisposición de los profesionales para el abordaje de los afectados por acoso escolar. Es evaluada mediante 6 ítems.
- **Autoconfianza:** Realiza a través de 8 ítems, una autoevaluación de la percepción de los profesionales respecto a su capacidad para manejar casos de acoso escolar.
- **Conocimientos:** A través de 16 cuestiones mide el nivel conceptual de los encuestados en cuanto al acoso escolar.

Estas dimensiones la puntuación se expresa a través de una escala Likert de 4 puntos, enunciándose de la siguiente manera: totalmente de acuerdo (4 puntos), de acuerdo (3 puntos), en desacuerdo (2 puntos) y totalmente en desacuerdo (1 punto).

- **Necesidades formativas:** Esta sección del cuestionario indaga sobre las posibles mejoras en post de la formación de los profesionales. Para ello, se emplean en dos modalidades de pregunta: por un lado, a través cuestiones de selección de múltiples opciones predefinidas y/o preguntas abiertas con formato en texto libre, facilitando la expresión más detallada de opiniones y sugerencias.

El tiempo aproximado de respuesta es de 10 min.

La fiabilidad del cuestionario para la población estudiada fue alta en todas las dimensiones, con índices alfa de Cronbach superiores a 0,70 en todas las escalas, concretamente, de 0,735 para actitudes, 0,940 para autoconfianza y 0,895 para conocimientos.

3.2.4. Proceso de recolección de datos.

La recolección de datos se realizó mediante la difusión de un cuestionario vía enlace web, sustentado en la herramienta UMU encuesta de la Universidad de Murcia. Este fue distribuido a través de perfiles de redes sociales y canales de mensajería instantánea frecuentemente visitados por la población objeto de estudio. Los datos fueron almacenados en esta plataforma y posteriormente transferidos a un formato Excel para su análisis estadístico.

3.2.5. Análisis de datos.

Para llevar a cabo la parte del diseño cuantitativo, se aplicaron estadísticos descriptivos para caracterizar a los participantes y sus respuestas a través de frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y para las cuantitativas se calcularon la media y desviación estándar (DE).

Complementariamente, se determinó la distribución de la muestra, aplicándose la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Tras este análisis se evidenció que los datos observados no seguían una distribución normal; por ello, nos inclinamos por el uso de la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney; para los análisis bivariados enfocados en comparar la variable dicotómica "*Cribado del acoso escolar*" y las variables cuantitativas "*Actitudes, Autoconfianza y Conocimiento*". Los resultados se expresan con un nivel de significación estadística si $p < 0,05$ y con un intervalo de confianza del 95%. El análisis se llevó a cabo utilizando el software estadístico SPSS versión 24.0.(231)

En el caso del análisis cualitativo, se empleó un análisis temático siguiendo los pasos de Braun y Clarke que incluyeron familiarización con los datos, codificación abierta, generación de temas, y revisión y refinamiento de estos. Para este fin, dos investigadores trabajaron de manera independiente, garantizando la validez y confiabilidad del análisis. Se utilizó el software ATLAS.TI.23 para la gestión de los datos.(237)

3.2.6. Consideraciones éticas.

La investigación se llevó a cabo conforme a las normativas legales y éticas vigentes, en salvaguarda y protección de la dignidad, autonomía y principio de bienestar de los participantes. Para ello se respetó las leyes de protección de datos personales vigentes: Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal;(238) Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales;(239) y los principios de la Declaración de Helsinki sobre investigación médica en seres humanos.(240) Los participantes fueron informados sobre la voluntariedad de su participación, otorgaron su consentimiento y se les dio garantía para declinar este acuerdo. Se aseguró el anonimato y la confidencialidad de los datos recopilados a través del sistema de codificación antes expuesto. El proyecto de este estudio recibió la aprobación del Comité de Ética e Investigación de las Áreas de Salud II y VIII del Servicio Murciano de Salud, bajo el protocolo EAP AND BULLYING 2021-01, con fecha 28 de septiembre de 2021.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

“La risa estridente...inunda los pasillos, es como si no pudiera oír otra cosa. Mi cabeza va a mil. Empiezo a imaginar todos los sitios donde acabará esa imagen. En pocos segundos estará circulando por todos los móviles del instituto. En pocos días no habrá un escondite en este país donde me pueda meter”.

Dame un like. María Pareja Olcina

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

La metodología y análisis llevados a cabo en esta tesis doctoral integran dos vertientes clave que confluyen en el conocimiento de objeto principal, el conocimiento de la situación de los cuidados del acoso escolar, desde una visión centrada las enfermeras y enfocada en el ámbito de atención primaria de salud.

En el proceso de validación y análisis observacional, descriptivo y cualitativo se condujo por medio de los datos provenientes del cuestionario *Healthcare Provider's Practices, Attitudes, Self-Confidence, and Knowledge Regarding Bullying Questionnaire*.

4.1. Resultados de la fase 1. Validación del cuestionario *Healthcare Provider's Practices, Attitudes, Self-Confidence, and Knowledge Regarding Bullying Questionnaire*.

4.1.1. Características de la muestra.

Se obtuvo una participación de un total de 275 profesionales sanitarios, de una muestra inicial de 299 cuestionarios recibidos. Los datos fueron depurados para el análisis, excluyendo casos en los que no se otorgó consentimiento informado (7 cuestionarios) o donde no se completaron los ítems requeridos (17 cuestionarios), lo que resultó en una tasa de respuesta efectiva del 91.97%.

La muestra estuvo compuesta por un grupo multidisciplinar del ámbito de atención primaria de salud. Predominaron las enfermeras especialistas en atención familiar y comunitaria, que representaron el 38.5% del total (n = 106), seguidas por los residentes de medicina y enfermería, con un 17.1% (n = 47). Entre los médicos, participaron 40 médicos de familia (14.5%) y 23 pediatras (8.4%). En el ámbito de enfermería, además de las anteriores, hubo un conjunto significativo de enfermeras escolares (8.7%, n = 24) y enfermeras pediátricas (7.6%, n = 21). Finalmente, el grupo de "otras categorías profesionales", que incluyó enfermeras generalistas y un médico generalista, constituyó el 5.1% (n = 14) del total.

Las mujeres tuvieron una participación más predominantemente, quienes representaron el 81.8% del total (n = 225), mientras que los hombres constituyeron el 18.2% (n = 50). En cuanto a la experiencia profesional, los participantes tenían una media de 14.14 años

(DE = 10.03), con una amplia variabilidad que iba desde un mínimo de 1 año hasta un máximo de 45 años. Otro aspecto destacable de la muestra es que más de la mitad de los profesionales (52.7%, n = 145) obtuvieron su especialidad mediante los programas de formación de Médico Interno Residente (MIR) o Enfermero Interno Residente (EIR). Sin embargo, un porcentaje menor alcanzó su especialidad a través de otras vías de obtención: el 2.2% (n = 6) mediante homologación y el 12.7% (n = 35) a través de medios excepcionales. Estos datos reflejan una muestra diversa, tanto en términos de género y experiencia profesional como en las vías formativas de los participantes, lo que proporciona una perspectiva sólida para la validez y aplicabilidad de los resultados.

4.1.2. Resultados del proceso de adaptación y validación del cuestionario

En respuesta al primero de los objetivos específicos, al cual se llegó por medio de la adaptación transcultural y validación del *Healthcare Provider's Practices, Attitudes, Self-Confidence, and Knowledge Regarding Bullying Questionnaire* para el contexto español. Siendo esto posible a través seguir un proceso sistemático, del cual emanan los siguientes resultados.

Los ítems analizados presentaron en su mayoría distribución normal, con valores de asimetría y curtosis dentro del rango aceptado (-2 a 2). A excepción de 4 de ellos (AC1, AC2, AC3 y AC5), que presentaron una distribución leptocúrtica. El promedio de las puntuaciones en el conjunto de los ítems fue de medio a alto, dato que manifiesta por parte de los encuestados, una adecuada comprensión y aceptación del cuestionario.

Los índices de discriminación, obtenidos por medio de la correlación corregida ítem-total dentro de cada dimensión, fueron en todos los casos, superiores a 0.30. Lo que sostiene que cada uno de los elementos tiene una correlación positiva y significativa con la puntuación total de la dimensión a la que pertenece. Esto apunta a que un ítem específico, y la suma de las puntuaciones de los demás ítems de la misma escala o dimensión, excluyendo el ítem en cuestión poseen la capacidad para diferenciar entre niveles de competencia, características o habilidades de la variable que pretenden medir en cuanto a la población de estudio. (Véase tabla 3)

Tabla 3. Estadística descriptiva y correlación entre la dimensión ítem-total

Ítem	Min	Max	M	DE	Asimetría	Curtosis	Correlación ítem-total dimensión
AC1	1	4	3.57	0.66	-1.73	3.40	0.61
AC2	1	4	3.76	0.55	-2.71	8.61	0.69
AC3	1	4	3.70	0.61	-2.47	6.94	0.70
AC4	1	4	2.56	1.15	0.01	-1.45	0.17
AC5	1	4	3.83	0.48	-3.64	16.18	0.46
AC6	1	4	3.53	0.71	-1.59	2.44	0.62
Auto1	1	4	2.49	0.69	-0.21	-0.22	0.67
Auto2	1	4	2.30	0.76	0.24	-0.22	0.76
Auto3	1	4	2.23	0.72	0.49	0.29	0.81
Auto4	1	4	2.24	0.76	0.42	0.03	0.84
Auto5	1	4	2.22	0.74	0.28	-0.10	0.82
Auto6	1	4	2.24	0.73	0.26	-0.09	0.80
Auto7	1	4	2.16	0.72	0.58	0.54	0.81
Auto8	1	4	2.16	0.71	0.44	0.32	0.79
C1	1	4	3.65	0.52	-1.25	1.50	0.39
C2	1	4	3.05	0.83	-0.45	-0.60	0.48
C3	1	4	2.50	0.84	0.11	-0.55	0.48
C4	1	4	2.62	0.87	0.25	-0.86	0.59
C5	1	4	2.87	0.83	-0.26	-0.60	0.58
C6	1	4	3.39	0.55	-0.27	-0.03	0.61
C7	1	4	3.05	0.75	-0.45	-0.11	0.63
C8	1	4	3.55	0.58	-1.13	1.50	0.64
C9	1	4	2.92	0.81	-0.32	-0.46	0.61
C10	2	4	3.41	0.54	-0.13	-1.03	0.65
C11	2	4	3.48	0.54	-0.27	-1.17	0.64
C12	2	4	3.40	0.58	-0.33	-0.74	0.60
C13	2	4	3.56	0.51	-0.40	-1.45	0.52
C14	2	4	3.43	0.58	-0.41	-0.74	0.61
C15	1	4	3.56	0.55	-1.03	1.57	0.65
C16	1	4	3.47	0.68	-1.35	2.11	0.46

M: Media; DE: desviación estandar AC= Dimensión actitudes, Auto= Dimensión autoconfianza, C= Dimensión conocimientos.

En cuanto al IVC, alcanzó de manera global un valor de 0.95, confirmando la relevancia y representatividad del conjunto de sus ítems en la muestra observada, superando el 0.78 indicado por la literatura. Adicionalmente, se decidió excluir la dimensión de “*prácticas*”, ya que presentó un IVC de 0.77, por debajo del nivel aceptable establecido. Esta decisión permitió simplificar el cuestionario y centrarse en las dimensiones fundamentales de actitudes, autoconfianza y conocimientos, alineándose así con los objetivos del estudio y garantizando una mayor claridad en la estructura del instrumento.

El AFC acreditó la estructura trifactorial oblicua del cuestionario, expresada en las 3 dimensiones, actitudes, autoconfianza y conocimientos; compuesta por un total de 30 preguntas.

Las estimaciones de ajuste respaldan una adecuada representación de los datos dentro del modelo propuesto. Primeramente, el estadístico de bondad de ajuste Chi-cuadrado (χ^2) resultó igual a 1028.439, con un grado de libertad de 402, y un valor de p menor de 0.001.

Añadidos los resultados de dos índices: el de Ajuste Comparativo (CFI) = 0.950, y el índice de Turker-Lewis, cuyo producto (TLI= 0.946), muy próximo a 1, demuestra una baja complejidad en comparación con el modelo base. Por último, la raíz del error cuadrático medio de aproximación (siglas en inglés RMSEA) con un valor obtenido de RMSEA = 0.076 (90% CI = 0.070–0.081) muestra que el modelo tiene un ajuste razonable o aceptable, reforzando la confianza en su ajuste.

Las cargas factoriales de los ítems nos indican cómo de adecuada cada pregunta del cuestionario, alineada con la intención de la medida. Estas oscilaron entre 0.153 y 0.94, destacando una robustez general en la representación de las dimensiones. Los ítems con cargas más bajas, aunque aceptables, fueron revisados para garantizar su contribución al constructo medido. Este enfoque permitió no solo validar la estructura del cuestionario, sino también optimizar su capacidad para discriminar entre diferencias sutiles en los participantes.

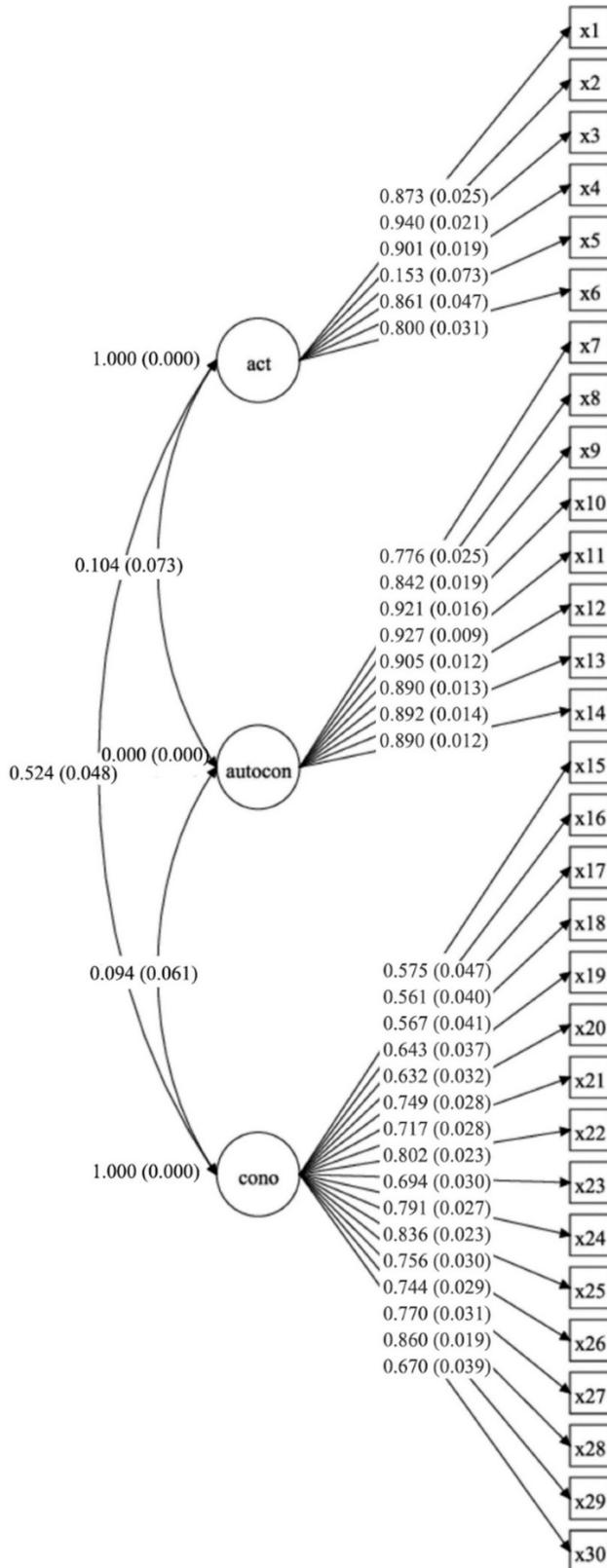


Figura 6. Análisis factorial confirmatorio del Healthcare Provider’s Practices, Attitudes, Self-Confidence, and Knowledge Regarding Bullying Questionnaire

En cuanto a la consistencia interna el cuestionario demostró un elevado nivel de fiabilidad en la población analizada, con coeficientes alfa de Cronbach que superaron consistentemente el valor de 0,70 en sus tres dimensiones evaluadas. En concreto, se obtuvieron índices para cada una de ellas siendo de 0,735 en la escala de actitudes, 0,940 en la de autoconfianza y 0,895 en la de conocimientos.

4.1.3. Cuestionario adaptado y validado.

La versión final en español del instrumento **Healthcare Provider's Practices, Attitudes, Self-Confidence, and Knowledge Regarding Bullying Questionnaire (HCP PACKe)**, tras su validación transcultural, está compuesta por 30 preguntas distribuidas en cinco secciones que abordan aspectos clave relacionados con el acoso escolar. La primera sección recoge **datos sociodemográficos** de los encuestados, incluyendo información sobre sexo/género, edad, categoría profesional, método de especialización y años de experiencia profesional. La segunda sección evalúa las **actitudes** de los participantes hacia la intimidación en las aulas, explorando sus creencias y percepciones sobre este fenómeno. En la tercera sección se mide la **autoconfianza** de los profesionales en el abordaje del acoso escolar, mientras que la cuarta está orientada a valorar su nivel de **conocimientos** sobre este fenómeno. Estas tres dimensiones (actitudes, autoconfianza y conocimientos) emplean un formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos, que varía desde el menor hasta el mayor acuerdo con las afirmaciones propuestas. Finalmente, la quinta sección examina las **necesidades formativas** de los encuestados mediante preguntas de opción múltiple, proporcionando una visión de los aspectos en los que desearían recibir formación para mejorar tanto sus conocimientos como su práctica profesional. Este instrumento, es de carácter heteroadministrado, tiene un tiempo estimado de respuesta de 10 minutos y está diseñado para proporcionar una evaluación integral de las prácticas, actitudes, confianza y conocimientos de los profesionales respecto al acoso escolar. A continuación, se muestra el cuestionario resultante al completo:

Healthcare Provider's Practices, Attitudes, Self-Confidence, and Knowledge Regarding Bullying Questionnaire (HCP PACKe)

Datos sociodemográficos:

- Soy:

Mujer Hombre

No me identifico con ningún sexo/género

- **Centro de Salud en el que trabaja:** _____

- Soy:

Médico/a de familia Médico/a de pediatría Enfermera familiar y comunitaria

Enfermera de pediatría Enfermera escolar Residente (EIR/MIR)

Otro (indíquelo): Indique cual:

- **¿Cuántos años lleva ejerciendo como profesional sanitario?:** _____

- **¿Cómo obtuvo su título o accedió a su formación de especialista?**

Vía EIR/MIR Vía excepcional Por homologación

No tengo título de especialista

- **Actualmente atiendo a niños/niñas y/o adolescentes entre 0–18 años, en consulta del niño sano o consulta de adulto, de forma regular (al menos una vez por semana).**

Si No

Actitudes ante el acoso escolar

En esta sección, las cuestiones van dirigidas a conocer cuál es su opinión sobre la magnitud del acoso escolar, para responder se deberá seleccionar una de las opciones: Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, De acuerdo, Totalmente de acuerdo. Según, si usted está conforme con la pregunta/afirmación propuesta.

- **Creo que los/as profesionales sanitarios/as deberían evaluar de forma rutinaria el acoso escolar en la infancia.**

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo

De acuerdo Totalmente de acuerdo

- **Creo que el acoso escolar en la infancia es un problema importante de salud.**

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo

De acuerdo Totalmente de acuerdo

- **Creo que el acoso escolar en la infancia es un problema de salud pública y necesita más atención e intervenciones.**

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo

De acuerdo Totalmente de acuerdo

- **Creo que algunas modalidades/comportamientos dentro del acoso escolar en la infancia son parte del crecimiento/desarrollo de los/as niños/as.**

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo

De acuerdo Totalmente de acuerdo

- **Creo que los/as adultos/as deberían intervenir cuando sospechan que un/a niño está siendo acosado/a.**

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo

De acuerdo Totalmente de acuerdo

- **Creo que los/as profesionales sanitarios/as de atención primaria, tienen un papel importante en ayudar a reducir acoso escolar infantil.**

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo

De acuerdo Totalmente de acuerdo

Autoconfianza

En esta sección, las preguntas van dirigidas a realizar una autoevaluación de las propias capacidades ante el acoso escolar, para responder se deberá seleccionar una de las opciones: Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, De acuerdo, Totalmente de acuerdo. Según, si usted está conforme con la pregunta/afirmación propuesta.

- **Estoy seguro/a de que puedo reconocer los signos y síntomas de acoso y victimización.**

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo

De acuerdo Totalmente de acuerdo

- **Sabría cómo actuar y proceder en caso de que un niño o una niña me comunique que está siendo acosado/a o ha sido acosado/a.**

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo

De acuerdo Totalmente de acuerdo

- **Estoy seguro/a de mi capacidad y conocimientos para hacer un cribado a mis pacientes ante el acoso escolar.**

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo

De acuerdo Totalmente de acuerdo

- **Estoy seguro/a de que puedo intervenir de forma eficaz con mis pacientes que son acosados/as.**

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo

De acuerdo Totalmente de acuerdo

- **Tengo las habilidades para asesorar a pacientes que están siendo acosados/as.**

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo

De acuerdo Totalmente de acuerdo

- **Sé qué hacer si los/as niños/as me dicen que acosan a otras personas.**

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo

De acuerdo Totalmente de acuerdo

- **Estoy seguro/a de que puedo intervenir de forma eficaz con mis pacientes que están acosando a otras personas.**

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo

De acuerdo Totalmente de acuerdo

- **Tengo las habilidades para asesorar a pacientes que están acosando a otras personas.**

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo

De acuerdo Totalmente de acuerdo

Conocimientos sobre acoso escolar

En esta sección, se valoran sus conocimientos sobre conceptos referentes al acoso escolar, para responder se deberá seleccionar una de las opciones: Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, De acuerdo, Totalmente de acuerdo. Según, si usted está conforme con la pregunta/afirmación propuesta.

- **El acoso escolar se considera un comportamiento verbal, físico o psicológicamente agresivo.**

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo

De acuerdo Totalmente de acuerdo

- **Para que un niño/a sea acosado/a, tiene que percibirse una relación con desequilibrio de poder entre acosador/a y víctima.**

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo

De acuerdo Totalmente de acuerdo

- **Cuanto más joven sea un/a niño/a, más probabilidades hay de que avise a un/a adulto/a sobre comportamientos de acoso.**

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo

De acuerdo Totalmente de acuerdo

- **Para poder considerar víctima de acoso escolar a un niño o una niña, el comportamiento de intimidación debe tener la característica de intencionalidad por parte de el/a agresor/a.**

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo

De acuerdo Totalmente de acuerdo

- **Una de las características de los/as niños/as que son víctimas de acoso escolar es que suelen ser inseguros/as.**

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo

De acuerdo Totalmente de acuerdo

- **Los/as niños/as que son víctimas de acoso escolar a menudo tienen dificultad para dormir.**

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo

De acuerdo Totalmente de acuerdo

- **Las niñas son más propensas a utilizar comportamientos menos evidentes, como manipulación psicológica cuando acosan, en comparación con los niños.**

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo

De acuerdo Totalmente de acuerdo

- **Niños/as que son percibidos/as como “diferentes” tienen más riesgo de ser acosados/as.**

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo

De acuerdo Totalmente de acuerdo

- **En comparación con las niñas, los niños son más propensos a acosar física y verbalmente a otras personas.**

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo

De acuerdo Totalmente de acuerdo

- **Los/as niños/as que son víctimas de acoso escolar se quejan a menudo de dolor abdominal y dolores de cabeza.**

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo

De acuerdo Totalmente de acuerdo

- **Los/as niños/as con sobrepeso son más propensos a ser acosados/as.**

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo

De acuerdo Totalmente de acuerdo

- **Los/as niños/as que acosan a otras personas son más propensos/as a estar involucrados en roles violentos en el futuro.**

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo

De acuerdo Totalmente de acuerdo

- **Los/as niños/as que son víctimas de acoso escolar se encuentran en riesgo de depresión y baja autoestima en el futuro.**

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo

De acuerdo Totalmente de acuerdo

- **Los/as niños/as que están expuestos/as a la violencia en el hogar son más propensos a acosar a otras personas.**

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo

De acuerdo Totalmente de acuerdo

- **Los/as niños/as autistas, con TDAH o que se consideran de una orientación sexual o de género “diferente”, son más propensos a ser acosados/as. *TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.**

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo

De acuerdo Totalmente de acuerdo

- **Según la SEMFyC*: “Los profesionales de la salud en Atención Primaria, dada la relación estrecha y frecuente con los niños y sus padres, tienen una posición privilegiada para realizar una detección precoz de situaciones de acoso escolar, además del conocimiento que tiene el profesional sanitario del contexto sociofamiliar del niño”. *SEMFyC: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.**

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo

De acuerdo Totalmente de acuerdo

Necesidades de formación sobre acoso escolar

En esta sección, se valoran las necesidades formativas según su criterio para dar mejor atención al fenómeno del acoso escolar:

- **Que usted sepa, ¿su lugar de trabajo presenta protocolos y/o guías sobre la detección de acoso escolar?**

Si No No estoy seguro/a

- **¿Dispone de los materiales educativos para pacientes sobre acoso escolar (folletos, carteles, etc.) en su lugar de trabajo?**

Si No No estoy seguro/a

- **¿Siente que tiene el conocimiento adecuado sobre cómo ayudar a sus pacientes que son víctimas de acoso escolar?**

Si No No estoy seguro/a

- **¿Siente que tiene los conocimientos adecuados sobre cómo ayudar a sus pacientes que acosan a otras personas?**

Si No No estoy seguro/a

- **¿Dónde ha aprendido sobre el acoso escolar? (seleccione todas las que correspondan)**

Seminario/conferencia

Formación continuada

Publicaciones en revistas

A través de libros de texto

Información enviada vía email o correo

Parte de mi formación de grado de medicina o enfermería

No he recibido ninguna formación/información sobre acoso escolar

- **¿Cree que los profesionales de atención primaria de salud necesitan oportunidades educativas adicionales para aprender sobre el acoso escolar?**

Si No No estoy seguro/a

- **¿Cuáles de las siguientes opciones recomendaría para ampliar los conocimientos de los profesionales de atención sanitaria sobre el acoso escolar? (seleccione todas las que correspondan)**

- Seminario/conferencia
- Formación continuada
- Publicaciones en revistas
- A través de libros de texto
- Información enviada vía email o correo
- Parte de mi formación de grado de medicina o enfermería
- Otra (indíquela): Indique cual

4.2. Fase 2. Resultados del estudio mixto sobre actitudes, autoconfianza y conocimientos de profesionales sanitarios sobre el acoso escolar.

La segunda fase trata de responder al segundo de los objetivos específicos de la tesis. En esta fase se evaluaron las actitudes, conocimientos y niveles de autoconfianza de 274 profesionales de atención primaria enumerados anteriormente, en relación con su capacidad para identificar y manejar situaciones de acoso escolar.

4.2.1. Actitudes, autoconfianza y conocimientos de profesionales sanitarios sobre el acoso escolar.

En la tabla 4. se incluyen las puntuaciones medias de los ítems que forman las tres dimensiones del cuestionario, actitudes, autoconfianza y conocimiento. En dos de ellas, actitudes hacia el abordaje y conocimientos sobre el fenómeno, se obtuvo una puntuación media-alta, mientras que, en la restante dimensión, la de autoconfianza se obtuvo una puntuación media-baja.

De manera global, las puntuaciones elevadas en la actitud hacia la atención del acoso escolar expresan una conciencia generalizada de la importancia del fenómeno. En particular, los ítems evaluados AC2 ($M = 3.76$, $SD = 0.550$) y AC3 ($M = 3.70$, $SD = 0.610$) indica que los participantes consideran en su mayoría que este es un grave problema para la salud en la infancia, constituyendo una cuestión de salud pública que exige, como se observa en los ítems AC1 ($M = 3.57$, $SD = 0.660$) y AC6 ($M = 3.53$, $SD = 0.712$) una intervención proactiva desde el ámbito sanitario, en concreto desde atención primaria.

Tabla 4. Estadísticas descriptivas de actitudes, autoconfianza y conocimiento.

Dimensiones	n=274	M	(SD)
Actitudes		20.94	(2.86)
Creo que los/as profesionales sanitarios/as deberían evaluar de forma rutinaria el acoso escolar en la infancia.		3.57	(0.660)
Creo que el acoso escolar en la infancia es un problema importante de salud.		3.76	(0.550)
Creo que el acoso escolar en la infancia es un problema de salud pública y necesita más atención e intervenciones.		3.70	(0.610)
Creo que algunas modalidades/comportamientos dentro del acoso escolar en la infancia son parte del crecimiento/ desarrollo de los/as niños/as.		2.56	(1.151)
Creo que los/as adultos/as deberían intervenir cuando sospechan que un/a niño está siendo acosado/a.		3.83	(0.480)
Creo que los/as profesionales sanitarios/as de atención primaria, tienen un papel importante en ayudar a reducir acoso escolar infantil.		3.53	(0.712)
Autoconfianza		18.03	(4.915)
Estoy seguro/a de que puedo reconocer los signos y síntomas de acoso y victimización.		2.49	(0.691)
Sabría cómo actuar y proceder en caso de que un niño o una niña me comunique que está siendo acosado/a o ha sido acosado/a.		2.30	(0.763)
Estoy seguro/a de mi capacidad y conocimientos para hacer un cribado a mis pacientes ante el acoso escolar.		2.23	(0.724)
Estoy seguro/a de que puedo intervenir de forma eficaz con mis pacientes que son acosados/as.		2.24	(0.761)
Tengo las habilidades para asesorar a pacientes que están siendo acosados/as.		2.22	(0.742)
Sé qué hacer si los/as niños/as me dicen que acosan a otras personas.		2.24	(0.733)
Estoy seguro/a de que puedo intervenir de forma eficaz con mis pacientes que están acosando a otras personas.		2.16	(0.722)
Tengo las habilidades para asesorar a pacientes que están acosando a otras personas.		2.16	(0.712)
Conocimiento		51.92	(6.70)
El acoso escolar se considera un comportamiento verbal, físico o psicológicamente agresivo.		3.65	(0.522)
Para que un niño/a sea acosado/a, tiene que percibirse una relación con desequilibrio de poder entre acosador/a y víctima.		3.05	(0.830)
Cuanto más joven sea un/a niño/a, más probabilidades hay de que avise a un/a adulto/a sobre comportamientos de acoso.		2.50	(0.835)
Para poder considerar víctima de acoso escolar a un niño o una niña, el comportamiento de intimidación debe tener la característica de intencionalidad por parte de el/a agresor/a.		2.62	(0.870)
Una de las características de los/as niños/as que son víctimas de acoso escolar es que suelen ser inseguros/as.		2.87	(0.831)
Los/as niños/as que son víctimas de acoso escolar a menudo tienen dificultad para dormir.		3.39	(0.551)
Las niñas son más propensas a utilizar comportamientos menos evidentes, como manipulación psicológica cuando acosan, en comparación con los niños.		3.05	(0.749)
Niños/as que son percibidos/as como "diferentes" tienen más riesgo de ser acosados/as.		3.55	(0.579)
En comparación con las niñas, los niños son más propensos a acosar física y verbalmente a otras personas.		2.92	(0.806)

Los/as niños/as que son víctimas de acoso escolar se quejan a menudo de dolor abdominal y dolores de cabeza.	3.41	(0.543)
Los/as niños/as con sobrepeso son más propensos a ser acosados/as.	3.48	(0.536)
Los/as niños/as que acosan a otras personas son más propensos/as a estar involucrados en roles violentos en el futuro.	3.40	(0.579)
Los/as niños/as que son víctimas de acoso escolar se encuentran en riesgo de depresión y baja autoestima en el futuro.	3.56	(0.512)
Los/as niños/as que están expuestos/as a la violencia en el hogar son más propensos a acosar a otras personas.	3.43	(0.578)
Los/as niños/as autistas, con TDAH o que se consideran de una orientación sexual o de género "diferente", son más propensos a ser acosados/as. *TDAH: Trastorno por Deficit de Atención e Hiperactividad.	3.56	(0.553)
Según la SEMFyC*: "Los profesionales de la salud en Atención Primaria, dada la relación estrecha y frecuente con los niños y sus padres, tienen una posición privilegiada para realizar una detección precoz de situaciones de acoso escolar, además del conocimiento que tiene el profesional sanitario del contexto sociofamiliar del niño" *SEMFyC (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria).	3.47	(0.680)

No obstante, analizando más concretamente los resultados de la dimensión de autoconfianza se revelaron unas circunstancias diferentes. Las puntuaciones medias se situaron en un nivel medio-bajo ($M = 18.03$, $SD = 4.92$), lo que pone de manifiesto una percepción insuficiente de las habilidades necesarias para intervenir eficazmente ante la intimidación en las aulas. Este déficit fue especialmente evidente en ítems relacionados con la capacidad de asesoramiento y en la confianza en el manejo de situaciones más complejas, como el abordaje de niños sean víctimas o agresores en la dinámica de acoso escolar.

Por último, en la dimensión de conocimientos, los hallazgos indican que los profesionales de atención primaria poseen una comprensión integral de las características fundamentales del acoso escolar ($M = 51.92$, $SD = 6.70$). Reconocen esta problemática como un fenómeno complejo que combina diversas tipologías de agresión verbal, física y psicológica. Identifican las características fundamentales como el marcado desequilibrio de poder entre el acosador y la víctima, y la intencionalidad del primero para ser considerado acoso. Además, detectan con claridad los factores de riesgo asociados, como las diferencias en condiciones físicas o de salud específicas, y el entorno sociofamiliar adverso. La comprensión de los profesionales también abarca las consecuencias negativas sobre las víctimas, tanto en el ámbito físico como en el emocional, destacando su impacto en la salud mental, la autoestima y el bienestar general. Asimismo, los profesionales poseen una perspectiva en función del género, con

tendencias diferenciales hacia conductas agresivas físicas en niños y comportamientos más psicológicos en niñas.

Un aspecto clave fue la realización o no del cribado de acoso escolar por parte de los encuestados. Un análisis conjunto de las tres dimensiones no evidenció diferencias significativas en las puntuaciones de la población de estudio (Mann-Whitney U (IC 95%) = 7468,0; $p = 0,208$). Esto nos llevaría a considerar que el cribado no está asociado con las diferencias expresadas en las dimensiones.

Esta visión cambia, cuando llevamos a cabo un examen individualizado de las subescalas del cuestionario y la realización o no del cribado. En relación con esta dimensión, los análisis bivariados mostraron una correlación estadísticamente significativa entre la realización de detección de acoso escolar y los niveles de autoconfianza y conocimientos ($p < 0.001$).

En el caso de la dimensión autoconfianza, se observó que existía un grado más alto de convicción en los profesionales sanitarios que habían realizado cribado de acoso escolar (Mann-Whitney U (IC 95%) = 5430,5; $p < 0,001$). Así pues, podríamos considerar la mayor autoconfianza como factor facilitador para la detección de acoso, mostrando que aquellos con mayor seguridad en sus capacidades tienden a abordar esta problemática con más frecuencia.

De manera similar, se observó lo sucedido entre la realización del cribado y la dimensión de conocimiento (Mann-Whitney U (IC95%) = 6359,0; $p = 0,002$). Este hallazgo sugiere que niveles más altos de comprensión sobre el acoso escolar pueden facilitar o incentivar a los profesionales para identificar de manera más efectiva esta problemática.

4.2.2. Perspectivas profesionales sobre la evaluación del acoso escolar: motivaciones y barreras percibidas

El análisis cualitativo realizado pone de manifiesto diversas perspectivas entre los profesionales de la salud en relación con la evaluación del acoso escolar. Mientras algunos destacan la importancia del cribado como una responsabilidad inherente a su rol, otros señalan múltiples barreras que dificultan su implementación en la práctica cotidiana.

4.2.2.1. Importancia del cribado y atención al acoso escolar

Para muchos profesionales, el cribado y el abordaje del acoso escolar son tareas de gran relevancia, entendidas como competencias fundamentales dentro de su desempeño profesional. Este compromiso es especialmente destacado en el ámbito de la enfermería comunitaria, donde se considera una responsabilidad inherente al rol profesional. Así lo expresó una de las encuestadas: *"Es una de las competencias de las enfermeras de familia y comunitarias"* (EIR/MIR1).

Más allá de las competencias técnicas, el compromiso ético se identifica como un pilar esencial que motiva la evaluación del acoso escolar. Los profesionales resaltan que la detección de este problema es un deber ético y moral, reflejado en afirmaciones como: *"Es ético, moral y todos los profesionales de la salud deberían hacerlo"* (MFYC1).

Además, se reconoce el impacto significativo del acoso escolar en la salud integral de los menores. Los entrevistados destacan que este fenómeno trasciende el ámbito social, afectando el bienestar físico, emocional y psicológico de las víctimas. Una enfermera comunitaria explicó su motivación en estos términos: *"Lo evalúo porque creo que es importante concienciar a los más pequeños de lo que supone acosar a otro niño"* (EFYC6).

4.2.2.2. Barreras limitantes para la detección y cribado

A pesar de las motivaciones claras, los profesionales enfrentan barreras significativas que dificultan la detección sistemática del acoso escolar.

Una de las limitaciones más señaladas es la **falta de formación y herramientas específicas**. Muchos expresan no haber recibido capacitación suficiente para identificar e intervenir en casos de acoso escolar, lo que limita su efectividad en la práctica: *"Porque no me he formado adecuadamente para ello, aunque sí vi algunos casos en salud mental infanto-juvenil durante mis rotaciones como residente"* (EFYC34). *"Sí pregunto sobre las relaciones en la escuela, estoy en contacto con la enfermera de Salud y Escuela de mi área, pero no hay cuestionarios ni herramientas disponibles en la consulta diaria ni en la historia clínica. Yo tampoco he recibido formación"* (EP5). *"No tengo capacitación. Si me preguntan expresamente si presto atención. Creo que los profesores son muy atentos"* (MFYC5).

La **falta de confianza en las propias capacidades** también emergió como un obstáculo relevante. Algunos profesionales temen no poder manejar adecuadamente situaciones complejas relacionadas con el acoso escolar, lo que genera inseguridad y, en ocasiones, evita que aborden el tema: *"Falta de confianza en mi capacidad para evaluar correctamente las situaciones de acoso... Evito malentendidos o situaciones conflictivas con el adolescente y su familiar o acompañante"* (EFYC10).

Otra barrera señalada es la **baja demanda de consultas relacionadas con el acoso escolar**, lo que reduce la prioridad de abordar este tema en el contexto clínico. Los testimonios reflejan que esta problemática rara vez surge en la práctica diaria: *"Solo hacemos una revisión a los 14 años si no se ha hecho en pediatría, de lo contrario solo vienen a consulta por problemas de salud y si entra dentro de la anamnesis, se aborda y si no"* (MFYC11). *"Pregunto sobre cómo va la escuela, pero no específicamente sobre el acoso escolar. Si pregunto sobre las relaciones con los compañeros de clase"* (EFYC32). *"Excepto por lesiones físicas o nerviosismo/ansiedad prolongados, los padres no me han consultado por este motivo"* (EIR/MIR12). *"Los pacientes de 14 años en adelante, que son los que tengo en mi cupo, rara vez acuden a mi consulta. Se pierde la asistencia del adolescente. Nos centramos casi únicamente en el crónico y agudo adulto o anciano"* (EFYC36).

Finalmente, algunos profesionales perciben que la **responsabilidad de abordar el acoso escolar recae principalmente en las instituciones educativas**, lo que contribuye a una delegación de funciones. Esta percepción se expresa en testimonios como: *"Hay que tratarlo desde la propia escuela con la suficiente contundencia dada la falta de autoridad de los docentes y la provisión de psicólogos escolares de niños y adolescentes. La tendencia a medicalizarlo en los centros de salud responde a las carencias en este sentido"* (MP9). *"Es un tema que se entiende a ser tratado en su totalidad en los centros educativos"* (EFYC25).

4.2.3. Disponibilidad de recursos específicos en cuanto al abordaje del acoso escolar.

Otro hallazgo clave fue la restringida disponibilidad de recursos específicos en los centros de trabajo de los participantes. Tan solo el 12% de los encuestados informó contar con protocolos o guías específicas para la detección, y apenas un 4% disponía de materiales educativos para abordar el problema. Añadido a ello, y en relación con las verbalizaciones de los y las profesionales, la falta de formación específica emergió como una barrera repetidamente mencionada por más del 50% de los participantes. (véase tabla 5)

Tabla 5. Recursos para el abordaje y prevención del acoso escolar

Variables	n=274	n	(%)
Dispongo de protocolos y/o guías para la detección del acoso escolar en mi trabajo			
Si		33	(12.0)
No		112	(40.9)
No estoy segura		129	(47.1)
Dispongo de materiales educativos para pacientes sobre acoso escolar			
Si		11	(4.0)
No		201	(73.4)
No estoy segura		62	(22.6)
Creo que los profesionales de atención primaria de salud necesitan formación adicional para abordar el acoso escolar			
Si		30	(10.9)
No		182	(66.4)
No estoy segura		62	(22.6)

4.2.4. Abordaje clínico y estrategias preventivas frente al acoso escolar

El análisis de los datos revela una práctica clínica marcada por contrastes significativos en la evaluación del acoso escolar, donde destacan tanto las acciones implementadas con mayor frecuencia como las barreras que limitan su abordaje integral.

En cuanto a la **frecuencia de intervención y acciones implementadas**, el **47.8% de los participantes** afirmó haber intervenido de manera frecuente o muy frecuente en casos sospechosos de acoso escolar. Las acciones más comunes incluyeron: **brindar consejos al paciente y su familia**, práctica realizada por el **92.2%** de los profesionales; **derivar a otro profesional**, llevada a cabo en el **87.7%** de los casos; y **registrar los casos en la historia clínica**, que se efectuó en el **86.6%** de las situaciones. Estas cifras reflejan un compromiso sólido con las intervenciones básicas, aunque revelan áreas de mejora en acciones más específicas (Tabla 6).

Por ejemplo, solo el **36.5%** de los participantes proporcionó material de apoyo o informativo, lo que coincide con la falta de recursos específicos mencionada en los testimonios cualitativos. Además, casi la mitad de los profesionales (**46.7%**) manifestó no haber establecido contacto formal con orientadores o directivas escolares como parte de su intervención, lo que evidencia una **cooperación intersectorial insuficiente (Tabla 6)**.

En este contexto, emerge la relevancia del **papel de la enfermería escolar como nexo intersectorial**. Los testimonios cualitativos subrayan cómo las enfermeras escolares facilitan la comunicación y la activación de protocolos en las instituciones educativas, especialmente en ausencia de una colaboración estructurada entre sectores. Este rol crucial se refleja en afirmaciones como:

- *“Ahora que tenemos enfermera escolar, se lo digo a ella, ya que está en contacto con los coles”* (MP3).
- *“Se lo comunico a la enfermera escolar para que intente mediar con el centro escolar, para que pongan en marcha el protocolo de convivencia”* (EFYC3).
- *“Lo hablo con la enfermera escolar, para que lo diga en el colegio”* (MFYC2).
- *“Lo hablo con la enfermera escolar para trasladar la información al colegio”* (MFYC4).
- *“Realizo la comunicación al centro escolar a la enfermera escolar. Lo derivó a su pediatra”* (EP6).

En resumen, los datos cuantitativos y cualitativos muestran que, si bien existe un alto grado de compromiso en acciones específicas como el asesoramiento y la derivación, persisten desafíos relacionados con la formación, la disponibilidad de recursos y la colaboración intersectorial. Estas limitaciones refuerzan la necesidad de fortalecer tanto las capacidades de los profesionales como la cooperación entre los sistemas sanitario y educativo para garantizar una respuesta más efectiva al acoso escolar.

Adicionalmente, en la tabla 6 podemos ver sintetizados los datos referentes a la práctica clínica.

Tabla 6. Aspectos relativos a la práctica clínica vinculada al abordaje y prevención del acoso escolar.

Variables	n=90	n	(%)
Intervengo sobre mis pacientes cuando sospecho que están involucrados/as en un problema de acoso escolar:			
Nunca		4	(4.4)
Rara vez		16	(17.8)
Ocasionalmente		27	(30.0)
Con frecuencia		34	(37.8)
Muy frecuentemente		9	(10.0)
Brindo asesoramiento a el/la paciente y familia cuando un/a paciente está siendo acosado/a o acosa a otras personas.			
Totalmente en desacuerdo		3	(3.3)
En desacuerdo		4	(4.4)
De acuerdo		55	(61.1)
Totalmente de acuerdo		28	(31.1)
Derivo a los/as pacientes a un/a profesional de salud mental cuando está siendo acosado/a o acosa a otras personas.			
Totalmente en desacuerdo		7	(7.8)
En desacuerdo		4	(4.4)
De acuerdo		40	(44.4)
Totalmente de acuerdo		39	(43.3)
Me pongo en contacto con el/la orientador/a de la escuela cuando un/a paciente está siendo acosado/a o acosa a otras personas.			
Totalmente en desacuerdo		15	(16.7)
En desacuerdo		36	(40.0)
De acuerdo		26	(28.9)
Totalmente de acuerdo		13	(14.4)
Proporciono algún tipo de material o información de apoyo			
Totalmente en desacuerdo		26	(28.9)
En desacuerdo		32	(35.6)
De acuerdo		23	(25.6)
Totalmente de acuerdo		9	(10.0)
Documento/registro en la historia clínica de el/la paciente cuando ha sido acosado/a o si ha acosado a otras personas.			
Totalmente en desacuerdo		5	(5.6)
En desacuerdo		7	(7.8)
De acuerdo		40	(44.4)
Totalmente de acuerdo		38	(42.2)

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN

*"Me vengaré de mis sufrimientos, si no puedo inspirar amor, desencadenaré el miedo...
Si no puedes dejar de sentir miedo, entonces conviértete en alguien que lo infunda."*

Un lobo dentro. Pedro Mañas Romero

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN

Se analizó la situación de los cuidados ante el acoso escolar desde el contexto de la atención primaria de salud, poniendo como elemento central a las enfermeras que trabajan en este ámbito. Los resultados obtenidos en esta investigación permiten abordar los objetivos planteados. En primer lugar, se ha logrado llevar a cabo una validación transcultural de una herramienta, que es útil para identificar las actitudes, conocimientos y autoconfianza de los profesionales de atención primaria en relación con este fenómeno. Seguidamente y por medio de ella, se ha examinado la realidad del escenario ante esta dinámica, hallándose tanto fortalezas, como oportunidades de mejora, en la detección precoz, el manejo integral y la prevención del acoso escolar desde este escenario sanitario.

En cuanto a la **validación transcultural del cuestionario**, este proceso resultó en una herramienta denominada **HCP-PACKe**, adaptada al contexto de estudio y fiable, que permite medir las competencias y la implicación de los profesionales de atención primaria en diversas esferas del abordaje del acoso escolar.(84) Este proceso comenzó basado en el cuestionario original HCP-PACK, desarrollado por Hensley (2015), el cual evalúa múltiples dimensiones, incluyendo la práctica clínica, las actitudes, la autoconfianza y el conocimiento de los equipos de atención primaria en el manejo del acoso escolar.(199) Para los propósitos de este estudio, traducimos y adaptamos culturalmente este instrumento al contexto español, en este procedimiento causó una reducción el número de ítems de 42 a 30, y con ello la exclusión de la dimensión de práctica clínica, llevándonos a conservar finalmente solo tres dimensiones: actitudes, autoconfianza y conocimientos.(84) El proceso de traducción y retro-traducción, que garantizó equivalencia lingüística y conceptual entre las versiones original en inglés y la versión adaptada al español. Permitiendo conservar la claridad y la comprensibilidad, esenciales para asegurar que el instrumento sea aplicable en contextos clínicos donde se encuentra su población diana. Además, la adaptación incluyó la eliminación de la dimensión de prácticas clínicas, que pasó a considerarse como variables independientes, permitiendo un análisis más detallado de su influencia en las competencias de los profesionales, junto con lo que aporta el apartado de necesidades sentidas por los encuestado en cuanto a formación y recursos.(84)

En consecuencia, la modificación realizada para la adaptación cultural del cuestionario HCP-PACK al contexto español se justifica plenamente, tanto desde el rigor metodológico como por la utilidad práctica en la evaluación de competencias. Al realizar una comparativa entre las versiones original y adaptada, se observan importantes similitudes en términos de estabilidad, validez y consistencia interna, junto con mejoras significativas en la versión española.(84,199) Los hallazgos del análisis factorial confirmatorio de la adaptación española (HCP-PACKe) evidencian que los 30 ítems incluidos presentan una alta consistencia interna, con correlaciones ítem-total superiores a 0,30 en todas las dimensiones. Este resultado refleja un ajuste robusto al modelo teórico planteado, como lo demuestran los índices de ajuste obtenidos: CFI=0.95, TLI=0.946 y RMSEA=0.076, que superan ampliamente los valores mínimos aceptables. Estas cifras destacan la coherencia interna del cuestionario y la capacidad de cada ítem para medir adecuadamente las dimensiones evaluadas. La confiabilidad del instrumento adaptado, evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, no solo se mantuvo comparable a la versión original, sino que mostró mejoras significativas. En la dimensión de actitudes, el alfa aumentó de 0,70 en la versión original a 0,735 en la española. En la dimensión de autoconfianza, se observó una notable mejora de 0,88 a 0,940, lo que indica una mayor estabilidad en la medición de esta dimensión.(84,199) Finalmente, la subescala de conocimientos también evidenció un aumento, siendo de 0,84 en la versión original a 0,895 en la adaptada. Estas diferencias sugieren que la versión española ofrece una mayor precisión en la evaluación de las competencias relacionadas con el manejo del acoso escolar en contextos de atención primaria.(84,199) Resumidamente, la adaptación transcultural del cuestionario HCP-PACKe, no solo conserva los altos estándares psicométricos del original, sino que los mejora en aspectos fundamentales, como la consistencia interna y la relevancia contextual. Esto refuerza su utilidad como herramienta válida y fiable para evaluar y mejorar las competencias de los profesionales de atención primaria en el abordaje del acoso escolar, facilitando su aplicación en estudios futuros y en programas de formación.(84,199)

Metodologías y modificaciones similares a las del presente trabajo se han documentado a través de recientes investigaciones, encaminadas a la validación de instrumentos de característica prácticamente análogas. Un ejemplo, Yoon et al. (2023) adaptaron y validaron la herramienta “*Scope of School Nursing Practice*” que, para un contexto coreano, que establece competencias esenciales de las enfermeras escolares, para

garantizar una atención en salud de calidad en el entorno escolar, entre las que se incluyen los factores sociorelacionales, mediante la promoción del bienestar entre el estudiantado, de similar manera lo hace el HCP-PACKe. También proporciona un marco para orientar la práctica clínica, facilitar la evaluación del desempeño y fomentar el desarrollo profesional continuo. Estas características aseguran que las intervenciones en el contexto educativo y de salud sean coherentes y efectivas, además de poder ser medibles a la hora de hallar oportunidades de mejora.(241)

Analizando dos recientes investigaciones enfocadas en la validación de instrumentos que miden actitudes y conocimientos en otras áreas dentro del personal de atención primaria de salud, observamos como Raña-Rocha et al. (2020) validaron un cuestionario sobre el respecto al manejo de reservorios venosos subcutáneos en atención primaria, produciéndose en el proceso, al igual que en el nuestro, la necesidad de reducir la cantidad de ítems para la obtención de mejores resultados en fiabilidad.(242) De igual manera, una herramienta enfocada en evaluar cómo las actitudes, el nivel de conocimiento y las barreras organizacionales influyen en la frecuencia y calidad de las explicaciones que aportan los profesionales sanitarios sobre planificación anticipada de cuidados y el empoderamiento de los pacientes en la toma de decisiones informadas, nos muestra esta necesidad de ajuste para obtener una mayor calidad en las mediciones que aporte el instrumento en su aplicación. (200) Esto muestra el hecho de que disponer de instrumentos enfocados en la medición de estas cualidades de promoción de la salud, en los profesionales sanitarios, es necesario no solo en el caso del acoso escolar desde atención primaria de salud, sino también en otros dominios.(243–246) Esto sucede en el caso del manejo de la población con riesgo de suicidio,(247) abordaje de la depresión desde atención primaria, (248) el seguimiento del embarazo por parte de las matronas, (249), y el uso de opioides desde el contexto de los centros de salud. (250)

Además, también es reseñable como en este contexto, se da la aplicación de herramientas con propósitos similares en los usuarios en los que se evalúan las prácticas de autocuidado en población infantil sana residente en España,(251) y en la valoración formativa del agente comunitario de salud y la facultad de las enfermeras comunitarias para la capacitación de estos. (252)

Centrándonos específicamente en el instrumento que sustenta la presente tesis, resulta relevante destacar la pertinencia de analizar los conocimientos, actitudes, autoconfianza y práctica clínica frente al acoso escolar en el ámbito de atención primaria y otros

contextos sanitarios. Este enfoque ha sido documentado en investigaciones recientes, como el estudio de Ginter et al. (2023), que empleó una versión adaptada del HCP-PACK en una población de consejeros genéticos pediátricos en América del Norte, y el trabajo de Hutson et al. (2019), que aplicó dicha herramienta a pediatras y enfermeras pediátricas de atención primaria en el estado de Ohio.(173,253) En comparación, la presente investigación se distingue por la mayor diversidad de su muestra, lo que permite obtener una perspectiva más amplia y enriquecedora para interpretar las respuestas al cuestionario, en contraste con las poblaciones más específicas abordadas en los estudios mencionados.(201)

En cuando a los resultados observacionales derivados de la aplicación del cuestionario revelaron que una alta puntuación en la dimensión de **actitudes** hacia el acoso escolar se alinea con la percepción de los profesionales de este fenómeno como un problema de salud significativo para la población, que requiere un abordaje desde la atención familiar y comunitaria proporcionada en los centros de salud.(201)

Este resultado se replica tanto en el estudio de Hutson et al, como en el de Ginter et al, donde los participantes también expresan actitudes positivas hacia el acoso escolar. Los tres estudios coinciden en definir el acoso escolar como un problema de salud pública de gran repercusión, y subrayan la responsabilidad de los profesionales en prestar asistencia dentro de sus competencias, resaltando además la necesidad de más intervenciones para apoyar a las personas involucradas.(173,253)

Unido a esto, se evidencia una comprensión integral de los conceptos, características, definiciones, factores de riesgo y consecuencias para la salud física y mental de los menores afectados que envuelven a esta dinámica, mostrando **conocimientos** sólidos entre la muestra analizada.(201) Esto sucede así también en los dos estudios de comparación donde los participantes conocen los aspectos fundamentales del acoso escolar. (173,253)

Aunque se observan diferencias significativas entre el conocimiento teórico y su aplicación en la práctica clínica, estas parecen estar influenciadas por el contexto profesional. En esta tesis, se identificó que los profesionales de atención primaria con puntuaciones altas en la dimensión de conocimientos ($M = 51.92$) presentaban una asociación significativa entre mayores niveles de conocimiento y una mayor realización de **cribado** ($p = 0.002$). Este hallazgo sugiere que un conocimiento sólido actúa como un

facilitador clave para la implementación de estrategias proactivas en la detección del acoso escolar. (201) En contraste, los estudios de Hutson et al., ($p = 0.11$), y Ginter et al., ($p = 0.23$), reflejaron que, aunque los profesionales también demostraron conocimientos adecuados, este factor no se correlacionó de manera significativa con la práctica del cribado.(173,253)

Como contrapunto a las altas puntuaciones en las dos dimensiones previamente mencionadas, los encuestados mostraron niveles medios-bajos de **autoconfianza** en sus habilidades para manejar situaciones de intimidación en las aulas. (201) Esta tendencia también se observa en estudios comparativos sobre el asesoramiento genético pediátrico, así como entre pediatras y enfermeras pediátricas de atención primaria..(173,253) Sin embargo, las tres investigaciones coinciden en que un mayor nivel de autoconfianza está significativamente asociado con la realización de **cribados** en consulta para la detección del acoso escolar. (173,201,253)

En relación con las **barreras que limitan la implementación efectiva del cribado y las intervenciones** para abordar el acoso escolar, tanto el estudio en el que se basa esta tesis, que muestra que más del 50% de los encuestados carecen de formación específica, como los estudios de Hutson et al. (2019) y Ginter et al. (2023), identifican como factor clave la instrucción educativa.(173,201,253) En el trabajo realizado en Ohio se refiere esta como una de las razones principales para no implementar las acciones en cuanto al cribado en consulta, debido a la inseguridad que conlleva. (173) Esta incertidumbre, que limita su capacidad de detección, queda también reflejada en las respuestas emitidas por los consejeros genéticos pediátricos.(253) La falta de formación específica orientada a fortalecer los conocimientos y mejorar la atención sanitaria a la población adolescente por parte del personal de enfermería también se pone de manifiesto en la investigación de Cassiani et al. Este estudio sugiere la necesidad de revisar y actualizar los contenidos de las asignaturas para incluir temas actualizados y prevalentes con un enfoque centrado en las necesidades específicas de los adolescentes.(254) Entre los aspectos recomendados para integrarse en los planes de enseñanza destacan: comportamiento (toma de decisiones y actitudes), bullying, ciberacoso y uso de tecnologías digitales.(254) Asimismo, el grupo de expertos en Prevención de Trastornos de Salud Mental, Maltrato Infantil y Adolescente del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS 2024), respalda esta afirmación, destacando que la formación de los profesionales de atención

primaria en la prevención de problemas que afectan la salud mental, incluido el acoso escolar y el ciberacoso, debería ser obligatoria.(255)

Por otro lado, un impedimento común identificado en las tres publicaciones comparadas es la falta de recursos específicos, como protocolos o guías. Esta carencia impide establecer una base uniforme para brindar atención homogénea a las personas afectadas por el acoso escolar, lo que dificulta la implementación de intervenciones adecuadas basadas en procedimientos predefinidos. En este sentido, la experiencia de protocolos implementados en el ámbito de la atención primaria de salud para el abordaje de la salud mental demuestra cómo la estructuración de procedimientos puede reorganizar las prácticas asistenciales, facilitando la identificación temprana, la derivación adecuada y el seguimiento de casos. Este enfoque no solo mejora la calidad de la atención, sino que también promueve la capacitación interdisciplinaria, (factor clave de inseguridad, expuesto como carencia en el párrafo anterior) y asegura un acceso más equitativo y eficaz para los usuarios. Estas evidencias refuerzan la necesidad de desarrollar protocolos específicos para el acoso escolar en atención primaria, lo que podría transformar el modelo actual en uno más accesible y estructurado, optimizando la respuesta frente a esta problemática.(256)

Del mismo modo, se observa una escasez de **material de apoyo educativo** para usuarios y familias, tanto en formato físico como digital. Esta carencia, destacada en esta investigación y en los estudios comparados, deja sin respaldo a las acciones implementadas durante las consultas. (173,201,253)

Un impedimento adicional relacionado con la población es la **baja demanda de consultas por intimidación escolar**, lo que dificulta su percepción como una prioridad asistencial.(201) Este fenómeno también fue observado en el estudio de Hutson et al. (2019), donde se reportó que los pacientes y sus familias rara vez mencionaban el acoso escolar como motivo principal de consulta, limitando la capacidad de los profesionales para abordar el tema de manera sistemática. La atención en las consultas de atención primaria se centra predominantemente en problemas de salud agudos o crónicos, relegando la identificación y el tratamiento de problemas psicosociales, como el acoso escolar, a un segundo plano.(173) De manera similar, Ginter et al. (2023) señalaron que los consejeros genéticos pediátricos enfrentaban una situación comparable, ya que el acoso escolar no figuraba dentro de las preocupaciones expresadas por las familias en sus interacciones clínicas habituales.(253) Este bajo nivel de demanda no solo limita la

posibilidad de intervenir tempranamente, sino que también perpetúa la percepción de que la intimidación escolar no constituye una prioridad dentro del ámbito sanitario, dificultando la integración de estrategias de cribado y prevención en la práctica clínica habitual.(173,201,253) La escasez de solicitudes de asistencia por parte de los usuarios podría estar relacionada con una falta de percepción de que los servicios de salud son un recurso para abordar este problema. Esta afirmación se apoya en el estudio de Pigozi et al (2015), donde subrayan que la falta de conocimiento de los estudiantes sobre el papel de las enfermeras escolares en el abordaje del acoso escolar puede contribuir a esta baja demanda. Muchos estudiantes perciben a las enfermeras escolares exclusivamente como responsables de tareas asistenciales, como vacunaciones, o curas; ignorando su potencial para intervenir en problemáticas psicosociales como el *bullying*. Esta falta de percepción limita aún más el acceso a una asistencia integral y refuerza la necesidad de mejorar la visibilidad y el alcance del rol de los profesionales en el ante escolar.(257)

Finalmente, la **colaboración intersectorial** con instituciones educativas resultó limitada, ya que casi la mitad de los profesionales no contactaban a orientadores escolares o equipos educativos como parte de su intervención, evidenciando una falta de estructura para el trabajo conjunto. (201) En el trabajo de Hutson, el contacto con orientadores escolares fue identificado como una posible intervención, aunque su limitado uso, lo que resalta una brecha en la colaboración entre los sistemas de salud y educación.(173) Por su lado, los consejeros genéticos reconocieron la importancia del trabajo conjunto con otros profesionales, pero las barreras organizativas y la falta de protocolos claros dificultaban la implementación de estrategias colaborativas.(253)

En contraste, los hallazgos de esta investigación destacan la figura de las **enfermeras escolares** como un recurso clave para la conexión intersectorial. Los resultados de la presente tesis señalan a las enfermeras escolares como el enlace principal entre los centros educativos y los servicios de salud, facilitando la comunicación, la activación de protocolos en los colegios y la mediación en casos de acoso escolar. Este rol, que emerge como una fortaleza distintiva en comparación con otros ámbitos de actuación, no solo refuerza la colaboración entre sectores, sino que también optimiza la respuesta integral frente al acoso escolar, contribuyendo a una intervención más estructurada y efectiva que aborda las necesidades específicas de los menores afectados.(201)

5.1. Limitaciones y fortalezas

Entre las limitaciones del estudio se encuentra la representación desigual entre los distintos grupos profesionales. Con un predominio significativo de enfermeras, se observaron diferencias notables en la tasa de respuesta al cuestionario, lo que resultó en la subrepresentación de algunas categorías y dificultó un análisis intergrupar más exhaustivo. Esta distribución desproporcionada puede limitar la obtención de resultados que reflejen adecuadamente las perspectivas de otras disciplinas profesionales, lo que habría sido posible con una muestra más equitativa. Asimismo, la utilización de un muestreo por conveniencia y la autoadministración del cuestionario pueden haber influido en los resultados, ya que estos métodos están sujetos a la subjetividad y a posibles sesgos de deshabilidad social, tal como han señalado investigaciones previas.(258,259) Además, es relevante considerar el carácter temporal de algunos profesionales de atención primaria, especialmente las enfermeras, cuya falta de continuidad en los centros puede dificultar su implicación en las dinámicas del acoso escolar, y limitar el seguimiento de los casos a medio y largo plazo. Otro aspecto que debe tenerse en cuenta es el contexto en el que se produce la obtención de los datos, sucediendo en un período recientemente posterior a la pandemia de la COVID-19, durante el cual los equipos de atención primaria reestructuraron sus funciones, enfrentando niveles significativos de agotamiento físico y psicológico.(258,260)

Por último, al tratarse de un cuestionario autoadministrado, es posible que la interpretación de las preguntas variara entre los participantes, introduciendo un sesgo en las respuestas. No obstante, la combinación de enfoques empleada en este estudio permite enriquecer la comprensión del fenómeno y resalta la importancia de atender las necesidades de formación y apoyo institucional para mejorar la capacidad de los equipos de atención primaria en la atención al acoso escolar.

Entre las fortalezas de esta investigación se destaca su carácter innovador y pionero, al no haber podido identificar previamente una herramienta similar en el contexto español que evalúe de manera específica las competencias, actitudes, conocimientos y autoconfianza de los EAP en relación con el abordaje del acoso escolar. La herramienta **HCP-PACKE**, desarrollada y validada como parte de este trabajo, representa un avance significativo, ya que permite evaluar de forma sistemática y cuantificable las capacidades de los profesionales de la salud, además de identificar áreas de mejora para optimizar su desempeño en este ámbito. Su diseño y aplicación ofrecen un modelo replicable y

adaptable a otros contextos tanto nacionales como internacionales, ampliando su impacto potencial más allá del entorno local.

Una fortaleza esencial radica en la visibilización del trabajo de los equipos de atención primaria, en particular de las enfermeras comunitarias escolares, cuyo rol en pleno auge, ha sido insuficientemente reconocido en el contexto del acoso escolar. Este estudio pone de relieve su capacidad para actuar como agentes clave en la prevención, detección precoz e intervención en casos de acoso, gracias a su proximidad a las comunidades educativas y su enfoque integral y centrado en las personas. Al destacar las competencias específicas de las enfermeras comunitarias, esta investigación refuerza su papel como un nexo crucial entre los sistemas educativos, sociales y de salud, promoviendo intervenciones coordinadas y eficaces que garanticen la calidad asistencial y la seguridad de los afectados.

Otra fortaleza clave es el enfoque integral del estudio, que combina la recopilación de datos cuantitativos y cualitativos, proporcionando una comprensión más rica y profunda de las dinámicas asociadas al acoso escolar y las respuestas del sistema sanitario. Además, el análisis realizado no solo identifica las carencias existentes, sino que también ofrece recomendaciones prácticas para la formación y fortalecimiento de los EAP, con especial énfasis en las enfermeras comunitarias escolares, que se presentan como figuras indispensables en el diseño e implementación de estrategias preventivas y de intervención en este ámbito.

Finalmente, la relevancia del tema abordado, la pertinencia de los hallazgos y su aplicabilidad práctica refuerzan el valor de esta investigación como una herramienta fundamental para avanzar en la atención integral del acoso escolar desde la perspectiva sanitaria, visibilizando el trabajo de los EAP y promoviendo la coordinación interinstitucional. De este modo, esta tesis sienta las bases para el desarrollo de políticas públicas basadas en evidencia que reconozcan y potencien el papel de las enfermeras comunitarias escolares como agentes de cambio en la lucha contra el acoso escolar.

5.2. Futuras líneas de investigación e intervención

La extensión de uso de la herramienta validada HCP-PACKE, a diversos contextos para establecer estándares globales; el análisis longitudinal de la eficacia de las intervenciones lideradas por enfermeras comunitarias escolares en la reducción del acoso escolar y ciberacoso; la identificación de factores clave que promuevan la coordinación

interinstitucional entre los sistemas sanitario, educativo y social; y el diseño de programas formativos específicos dirigidos a los equipos de atención primaria, con un enfoque en las necesidades de las enfermeras comunitarias escolares. Añadido a ello, usar la metodología y formato de este instrumento para crear otros que sirvan para poner en valor y medir las competencias en distas acciones de los profesionales sanitarios.

Además, se sugiere explorar el impacto del acoso escolar en las dinámicas comunitarias y sociales, investigar el desarrollo de herramientas digitales para la detección y manejo de casos, y realizar estudios cualitativos que profundicen en las experiencias y desafíos de los profesionales sanitarios para adaptar estrategias de intervención a sus realidades.

En cuanto a las implicaciones para la práctica clínica, se destaca la necesidad de fortalecer el rol de las enfermeras comunitarias escolares como figuras centrales en la prevención, detección precoz e intervención del acoso, promoviendo su integración en equipos multidisciplinares. La implementación rutinaria de la herramienta HCP-PACKe como estándar de evaluación permitirá identificar competencias y necesidades formativas, garantizando una atención de calidad. Asimismo, es fundamental establecer programas de formación continua para los EAP que refuercen habilidades en manejo de conflictos y coordinación interinstitucional, promover actividades preventivas en entornos escolares, diseñar protocolos de colaboración entre sectores, incorporar tecnologías innovadoras para mejorar la detección y seguimiento de casos, y asegurar una atención centrada en las necesidades biopsicosociales de víctimas, agresores y comunidades escolares.

CAPÍTULO 6. ESTUDIOS PUBLICADOS

"Tenéis que ser fuertes, luchar con uñas y dientes, porque puede que ahora no parezca posible, pero os juro que toda mejora y que todo saldrá bien. Si estás leyendo esto, por mucho que creas que nunca pasará, solo tienes que saber que luego ganas tú."

Y luego ganas tu. Varios autores

CAPÍTULO 6. ESTUDIOS PUBLICADOS

6.1. Título 1

Cross-Cultural Validation of the Healthcare Provider's Practices, Attitudes, Self-Confidence, and Knowledge Regarding Bullying Questionnaire

Autora y coautores:

María del Carmen Celdrán-Navarro, Doctoranda, Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia, España.

Ismael Jiménez-Ruiz, Doctor, Profesor Contratado Doctor. Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia. IMIB-Arrixaca, España.

A. Myriam Seva-Llor Doctora, Profesora Asociada Académica. Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia, España.

James R. Moore, Enfermero del Servicio Murciano de Salud. Investigador colaborador.

Cesar Leal-Costa Doctor, Profesor Titular. Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia, España.

Revista:

Healthcare

Resumen:

Se realizó una validación transcultural del Cuestionario Healthcare Provider's Practices, Attitudes, Self-confidence, & Knowledge Regarding Bullying Questionnaire para el contexto España. Incluyó una adaptación lingüística a través de traducción-retrotraducción; análisis del índice de validez de contenido (IVC); validez de constructo, mediante análisis factorial confirmatorio (AFC) y consistencia interna (α de Cronbach).

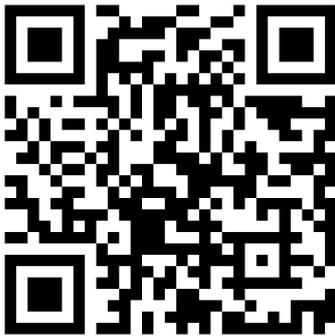
Se obtuvo un IVC total=0,95 y $\geq 0,78$ por ítem. El AFC reveló un ajuste adecuado de las tres subescalas, con índices de discriminación (correlación ítem-total dimensión) >0.30 . El α de Cronbach por dimensión indicó buen nivel de fiabilidad, siendo 0.735 para Actitudes, 0.940 en Autoconfianza y 0.895 para Conocimientos.

El cuestionario es válido y fiable como herramienta para determinar la implicación de los profesionales de atención primaria de España. Pudiendo determinar la implicación de estos ante el fenómeno del acoso escolar. Su validez y fiabilidad garantizan que podría usarse en otros entornos sanitarios.

URL:

<https://doi.org/10.3390/healthcare12060606>

Código QR:



6.2. Título 2

Attitudes, Self-Confidence, and Knowledge of Primary Care Professionals towards School Bullying

Autora y coautores:

María del Carmen Celdrán-Navarro, Doctoranda, Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia, España.

Ismael Jiménez-Ruiz, Doctor, Profesor Contratado Doctor. Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia. IMIB-Arrixaca, España.

César Leal-Costa, Doctor, Profesor Titular. Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia, España.

James R. Moore, Enfermero del Servicio Murciano de Salud. Investigador colaborador.

Pedro José López-Barranco, Doctor. Enfermero del Servicio Murciano de Salud. Investigador colaborador.

Revista

Healthcare

Resumen

Se evaluaron las actitudes, prácticas y conocimientos de profesionales de atención primaria en cuanto al acoso escolar. Se utilizó un método mixto con diseño convergente paralelo sin estatus de dominios entre las fases. Se recogieron los datos de forma paralela y la conversión de los resultados de ambas fases se realizó durante la interpretación de los resultados. La fase cuantitativa tuvo un diseño observacional transversal. Los datos se recabaron a través del Healthcare Provider's Practices, Attitudes, Self-confidence, & Knowledge Regarding Bullying Questionnaire. Se realizó un análisis descriptivo y bivariado identificándose una correlación positiva entre puntuaciones más altas de autoconfianza y conocimientos y una mayor predisposición a detectar casos de acoso escolar. Sin embargo, aunque las actitudes y conocimientos arrojaron datos globalmente altos, se evidenció una baja autoconfianza generalizada para abordar este problema. Esto, junto con la falta de pautas claras en el lugar de trabajo, subrayan la necesidad de ofrecer recursos específicos para la intervención ante el acoso escolar en este contexto, que pueda

promover la posibilidad de mejorar la autoconfianza de los profesionales y devenir en un aumento del bienestar de la comunidad educativa en cuanto al fenómeno del bullying.

Palabras clave: Bullying, Atención Primaria de Salud, Métodos Mixtos

URL:

<https://doi.org/10.3390/healthcare12121230>

Código QR:



CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES

*Era 2016 y acababa de embarcarme en la investigación sobre el acoso escolar. Tras mucho justificar por qué una enfermera debía abordar este tema, conseguí acceder a varios institutos para aplicar un test en las aulas. En uno de ellos, mientras los estudiantes despistados por el bullicio recogían sus cosas, una mano agarró mi antebrazo. Y una voz casi inaudible me dijo: **¿Me puedes ayudar?***

En ese momento, entendí que estaba en el camino correcto. Que las enfermeras también debíamos cuidar allí.

Experiencia propia durante la realización de mi trabajo fin de máster.

CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES

Los resultados alcanzados en los estudios publicados, e investigación llevada a cabo a lo largo de esta tesis, confirman el cumplimiento de los objetivos inicialmente planteados. Estos hallazgos subrayan la complejidad y magnitud del fenómeno del acoso escolar y el ciberacoso, evidenciando su impacto biopsicosocial tanto en víctimas como en agresores y observadores.

El análisis de la bibliografía realizado ha permitido identificar la multiplicidad de formas en las que el acoso escolar y el ciberacoso se manifiestan, desde la agresión física y verbal hasta dinámicas más sutiles como la exclusión social o el ciberacoso anónimo. Estas conductas, con frecuencia normalizadas o invisibilizadas en los entornos escolares, tienen repercusiones significativas a corto y largo plazo en la salud física, mental y social de los implicados. La evidencia confirma que las consecuencias no se limitan a las víctimas, sino que también impactan a los agresores y observadores, perpetuando un ciclo de violencia que trasciende las fronteras del ámbito educativo.

Por ello, se ha reafirmado la necesidad de un enfoque integral e integrado, desde el contexto de la atención primaria de salud (APS), que aborde de manera efectiva esta problemática, llevando a cabo acciones hacia los usuarios y familias, en los tres de prevención, con el carácter indiscutible de la asistencia en intervención comunitaria que da identidad a este nivel asistencial.

En el ámbito de la prevención primaria, los profesionales de APS deben desarrollar iniciativas educativas dirigidas a fomentar habilidades socioemocionales, empatía y resiliencia en el alumnado, al tiempo que sensibilizan a las familias y comunidades escolares sobre el impacto del acoso, enmarcando estas acciones en estrategias de salud comunitaria que promuevan entornos escolares seguros y saludables. La detección y el diagnóstico precoz se fundamentan en la proximidad de los equipos de APS a la comunidad, lo que los posiciona como actores clave para identificar tempranamente casos de acoso escolar; en el contexto de las consultas de prevención y atención a la población infantojuvenil. Finalmente, la intervención efectiva requiere un enfoque multidisciplinario donde los equipos de APS colaboren estrechamente con el estamento educativo, trabajadores sociales y cuerpos de seguridad y ley, proporcionando una respuesta integral que atienda tanto las necesidades inmediatas de las víctimas como las dinámicas subyacentes que perpetúan el acoso. La capacidad de los equipos para desempeñar estas funciones depende no solo de sus competencias individuales, sino también de su integración en un sistema que facilite la cooperación interinstitucional y proporcione los recursos necesarios para garantizar una atención efectiva y de calidad.

En este sentido, la versión española validada de la herramienta **Healthcare Provider's Practices, Attitudes, Self-Confidence, and Knowledge Regarding Bullying (HCP-PACKe)** desempeña

un papel esencial al evaluar la preparación de los profesionales para enfrentarse al abordaje de este fenómeno, en términos de actitudes, conocimientos y autoconfianza para reconocer señales de alerta y coordinar acciones con otros estamentos, como los equipos educativos y los servicios sociales.

Por ello, una contribución destacada de este trabajo ha sido el desarrollo y validación transcultural de esta herramienta, que permite medir de manera específica estas competencias. Este instrumento se presenta como un recurso indispensable para evaluar si los profesionales de APS están capacitados para asumir un rol activo en este ámbito, identificando fortalezas, carencias y oportunidades de mejora.

Los resultados obtenidos mediante la aplicación de la HCP-PACKe han evidenciado que, aunque los EAP poseen capacidades básicas para la atención del acoso escolar, existen áreas críticas que requieren fortalecimiento. En particular, se han identificado carencias en la preparación para la detección precoz de casos, la implementación de intervenciones coordinadas con el sistema educativo y la seguridad social, y la gestión de situaciones complejas como el ciberacoso o el apoyo a las víctimas en contextos de violencia extrema. Estas brechas representan una oportunidad valiosa para diseñar programas de formación específicos dirigidos a estos profesionales, asegurando una asistencia que sea garante de calidad asistencial y seguridad para los afectados.

En este contexto, el papel de las enfermeras de Atención Primaria de Salud emerge como un elemento esencial para el diseño e implementación de estrategias efectivas que aborden el acoso escolar. Su formación, capacidad para establecer relaciones de confianza con las familias y el alumnado, y su enfoque centrado en la persona las convierten en figuras clave para la detección precoz, la intervención y la promoción de entornos escolares más saludables. Debido a su posición privilegiada y mediante el trabajo en equipo, y en conexión con otras entidades y ámbitos lideran estas intervenciones siendo garantes de un abordaje biopsicosocial, aportando la ciencia de sus cuidados a los afectados por este fenómeno.

En resumen, los hallazgos de esta investigación reafirman el potencial de las enfermeras y los equipos de APS para liderar el abordaje del acoso escolar desde una perspectiva integral y basada en la evidencia. La utilización de la herramienta HCP-PACKe permite identificar necesidades en este sentido y diseñar estrategias formativas que refuercen sus capacidades, asegurando una asistencia coordinada, de calidad y centrada en las necesidades de los afectados. Esta integración entre los sistemas de salud y educación, junto con otros actores clave, constituye un paso esencial hacia la construcción de entornos escolares más seguros, inclusivos y respetuosos, promoviendo el bienestar biopsicosocial de la infancia y adolescencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carmona-Rojas M, Ortega-Ruiz R, Romera E, Bravo A. Aggressive and Defensive Behaviour, Normative, and Social Adjustment in the Complex Dynamics of School Bullying. *Psychosoc Interv.* 7 de agosto de 2023;32(3):165-75.
2. Gaffney H, Ttofi MM, Farrington DP. Effectiveness of school-based programs to reduce bullying perpetration and victimization: An updated systematic review and meta-analysis. *Campbell Syst Rev.* junio de 2021;17(2):e1143.
3. Demirba ÖA. Investigation of school bullying in terms of school factors. 2024;(2).
4. Paredes-Galiana L, Ruiz-Sánchez IC. La educación emocional como herramienta frente al acoso escolar. En online; 2020. p. 342-54.
5. Tepale-Cortés JM, Zarza-Villegas SS, Villafaña-Montiel LG, Villalobos-Monroy G, Vargas-Cancino HC. Vivencias de acoso escolar en jóvenes. *Rev Mex Investig Educ.* 2021;26(90):765-85.
6. Ríos-Macías M. El Club de Valientes. La educación social ante el acoso escolar. 2021;
7. Mahmoudi M. Tit for Tat: An Unacknowledged Institutional Response to Targets of Academic Bullying and Harassment. *Mol Pharm.* 4 de septiembre de 2023;20(9):4339-41.
8. Vergara-Castiblanco JD. Historias de vida del acoso escolar: una experiencia de investigación cualitativa en secundaria y bachillerato. *Puriq.* 1 de septiembre de 2023;5:e506.
9. Nocito Muñoz G. Investigaciones sobre el acoso escolar en España: Implicaciones psicoeducativas. *REOP.* 2017;28(1):104-18.
10. Hanci İH, Özakar Akça S. School Bullying. *J Educ Future.* 24 de julio de 2020;(18):113-21.
11. López Mendoza T. Acoso escolar y estrategias de prevención en educación básica y nivel medio en pro de la solución de problemas institucionales y del entorno educativo. *Tsafiqui - Rev Científica En Cienc Soc [Internet].* 1 de diciembre de 2021 [citado 15 de junio de 2024];12(17). Disponible en: <https://revistas.ute.edu.ec/index.php/tsafiqui/article/view/964>
12. Adewoye SE, Du Plessis A. Early adolescent bystanders' experiences of school bullying in a South African school. *J Educ.* 31 de diciembre de 2021;(85):1-17.
13. Davila Quiñones JO, Molina Jaén MD, Pérez García Á. Influencia del "bullying" y el "ciberbullying" en la motivación de los estudiantes de secundaria y su efecto en el rendimiento académico. *Etinet Rev Científica Electrónica Educ Comun En Soc Conoc.* 18 de diciembre de 2017;17(2):220-46.
14. Patte KA, Qian W, Leatherdale ST. Predictors of One-Year Change in How Youth Perceive Their Weight. *J Obes.* 27 de mayo de 2020;2020:1-15.
15. Martínez Sánchez I, Gómez Vallejo EI, Goig Martínez R. El acoso escolar en educación secundaria: prevalencia y abordaje a través de un estudio de caso. *Comunitania Rev Int Trab Soc Cienc Soc.* 27 de noviembre de 2019;(17):71.

16. Gomes NR, Muniz LC, Mintem GC, Kaufmann CC, Bielemann RM. Vitimização por bullying e fatores associados entre escolares de um município do Sul do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2024;29(2):e16092022.
17. Chen JK, Wang SC, Chen YW, Huang TH. Family Climate, Social Relationships With Peers and Teachers at School, and School Bullying Victimization Among Third Grade Students in Elementary Schools in Taiwan. *School Ment Health*. septiembre de 2021;13(3):452-61.
18. Peprah P, Oduro MS, Okwei R, Adu C, Asiamah-Asare BY, Agyemang-Duah W. Cyberbullying victimization and suicidal ideation among in-school adolescents in three countries: implications for prevention and intervention. *BMC Psychiatry*. 14 de diciembre de 2023;23(1):944.
19. Kim J, Scroggins JK, Ledbetter L, De Gagne JC. Cyberincivility among Adolescents: A Systematic Review of Qualitative Evidence. *J Sch Health*. 11 de junio de 2024;josh.13484.
20. Machado Fernandes RM, Rust Da Costa Carmo LF, Rebello Da Motta CL. A taxonomy proposal of cyber threats involving children and adolescents. En: 2022 XVII Latin American Conference on Learning Technologies (LACLO) [Internet]. Armenia, Colombia: IEEE; 2022 [citado 15 de junio de 2024]. p. 01-8. Disponible en: <https://ieeexplore.ieee.org/document/10013466/>
21. Knott J, Yuan H, Boakes M, Li S. Cyber Security and Online Safety Education for Schools in the UK: Looking through the Lens of Twitter Data. En: Proceedings of the 38th ACM/SIGAPP Symposium on Applied Computing [Internet]. Tallinn Estonia: ACM; 2023 [citado 15 de junio de 2024]. p. 1603-6. Disponible en: <https://dl.acm.org/doi/10.1145/3555776.3577805>
22. López-Castro L, López-Ratón M. Factores de riesgo asociados a los testigos de ciberacoso en Educación Primaria. *RELIEVE - Rev Electrónica Investig Eval Educ* [Internet]. 24 de diciembre de 2022 [citado 15 de junio de 2024];28(2). Disponible en: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/RELIEVE/article/view/25905>
23. Epelde-Larraña A, Oñederra-Ramírez, JA, Chacón-Cuberos R. Prevalence of Cyberbullying: Data from Two Education Centres in Spain. *Int J Humanit Educ*. junio de 2019;17(1):73-85.
24. Qin H. Cyberbullying Among Teenagers in China: From the Perspective of Major Factors and Coping Strategies: En Dalian, China; 2022 [citado 15 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.atlantis-press.com/article/125975927>
25. Byrne E, Vessey JA, Pfeifer L. Cyberbullying and Social Media: Information and Interventions for School Nurses Working With Victims, Students, and Families. *J Sch Nurs*. febrero de 2018;34(1):38-50.
26. Quayyum F, Cruzes DS, Jaccheri L. Cybersecurity awareness for children: A systematic literature review. *Int J Child-Comput Interact*. diciembre de 2021;30:100343.
27. Xu Y, Trzaskawka P. Towards Descriptive Adequacy of Cyberbullying: Interdisciplinary Studies on Features, Cases and Legislative Concerns of Cyberbullying. *Int J Semiot Law - Rev Int Sémiot Jurid*. septiembre de 2021;34(4):929-43.
28. Chen M, Cheung A, Chan K. Doxing: What Adolescents Look for and Their Intentions. *Int J Environ Res Public Health*. 14 de enero de 2019;16(2):218.

29. Kim JE, Tsvetkova M. Cheating in online gaming spreads through observation and victimization. *Netw Sci.* diciembre de 2021;9(4):425-42.
30. Bonifazi G, Cecchini S, Corradini E, Giuliani L, Ursino D, Virgili L. Extracting time patterns from the lifespans of TikTok challenges to characterize non-dangerous and dangerous ones. *Soc Netw Anal Min.* diciembre de 2022;12(1):62.
31. Ortega-Barón J, Machimbarrena JM, Montiel I, González-Cabrera J. Viral internet challenges scale in preadolescents: An exploratory study. *Curr Psychol.* mayo de 2023;42(15):12530-40.
32. Lombardo C, La Babiera C, Mazzola S, Scaramuzzino C, Campolo D, Hadipour Lakmesari A, et al. Why social media could be dangerous? Suicide risk and mental health challenges in adolescents during COVID-19 pandemic. A narrative review of the literature. *J Clin Dev Psychol.* 2023;24(10):1-3.
33. Jin Z. Exploring Bullying Types Sexual Minorities Experienced in Schools. En: Ali G, Birkök MC, Khan IA, editores. *Proceedings of the 2022 6th International Seminar on Education, Management and Social Sciences (ISEMSS 2022)* [Internet]. Paris: Atlantis Press SARL; 2022 [citado 1 de agosto de 2024]. p. 1278-84. (Advances in Social Science, Education and Humanities Research; vol. 687). Disponible en: https://www.atlantispress.com/doi/10.2991/978-2-494069-31-2_151
34. Valik A, Holmqvist Gattario K, Lunde C, Skoog T. PSH-C: A measure of peer sexual harassment among children. *J Soc Issues.* diciembre de 2023;79(4):1123-46.
35. Valik A, Lunde C, Skoog T, Gattario KH. Peer sexual harassment among 10-YEAR-OLDS : Roles, genders, classroom occurrence, and associations with emotional problems. *J Res Adolesc.* junio de 2024;34(2):584-98.
36. Chung JY, Lee S. Are bully-victims homogeneous? Latent class analysis on school bullying. *Child Youth Serv Rev.* mayo de 2020;112:104922.
37. Carrascosa L, Ortega-Barón J. Apoyo social, empatía y satisfacción con la vida en los diferentes roles de agresor-víctima de acoso escolar. *Int J Dev Educ Psychol Rev INFAD Psicol.* 5 de mayo de 2018;3(1):71.
38. Gil F. Mitologías del bullying: falsos perfiles de víctimas y agresores. *Pedagog Soc Rev Interuniv.* 20 de enero de 2020;(35):21.
39. Walters GD. School-Age Bullying Victimization and Perpetration: A Meta-Analysis of Prospective Studies and Research. *Trauma Violence Abuse.* diciembre de 2021;22(5):1129-39.
40. Nie Q, Yang C, Stomski M, Zhao Z, Teng Z, Guo C. Longitudinal Link Between Bullying Victimization and Bullying Perpetration: A Multilevel Moderation Analysis of Perceived School Climate. *J Interpers Violence.* julio de 2022;37(13-14):NP12238-59.
41. Mark L, Värnik A, Sisask M. Who Suffers Most From Being Involved in Bullying—Bully, Victim, or Bully-Victim? *J Sch Health.* febrero de 2019;89(2):136-44.
42. Chen L, Lu RR, Duan JL, Ma J, Zhu G, Song Y, et al. Combined Associations of Smoking and Bullying Victimization With Binge Drinking Among Adolescents in Beijing, China. *Front Psychiatry.* 16 de septiembre de 2021;12:698562.

43. Martínez-Ferrer B, León-Moreno C, Suárez-Relinque C, Del Moral-Arroyo G, Musitu-Ochoa G. Cybervictimization, Offline Victimization, and Cyberbullying: The Mediating Role of the Problematic Use of Social Networking Sites in Boys and Girls. *Psychosoc Interv.* 29 de julio de 2021;30(3):155-62.
44. Alcantar Nieblas C, Álvarez-Montero FJ, Valdés-Cuervo AA. Relación entre la identidad moral y los estilos de intervención de los espectadores defensores en el ciberacoso. *RECIE Rev Electrónica Científica Investig Educ.* 21 de diciembre de 2022;6:e1685.
45. Alcántar-Nieblas C, Valdés-Cuervo AA, Parra-Pérez LG, Álvarez-Montero FJ, García-Vázquez FI. Psychometric Properties of the Styles of Bystander Defender Intervention Scale in Cyberbullying in Mexican Adolescents: Its Relationships With Moral Identity and Cyberbullying. *Rev Colomb Psicol.* 2024;33.
46. Department of Psychology, College of Human Sciences, University of South Africa, Adewoye SE. Adolescent cyberstanders' experience of cyberbullying in the era of Covid-19 in South Africa. *Int J Emot Educ.* 30 de noviembre de 2022;14(2):36-52.
47. Mellado C, Mendez-Bustos P. Heterogeneidad en el involucramiento en acoso escolar: Un análisis de clases latentes. *Rev Electrónica Educ.* 15 de junio de 2021;25(3):1-15.
48. Mazzone A. Bystanders to Bullying: An Introduction to the Special Issue. *Int J Bullying Prev.* marzo de 2020;2(1):1-5.
49. Romualdo C, Abadio De Oliveira W, Da Silva JL, Cuadros Jiménez OE, Iossi Silva MA. Papeles, características y consecuencias del acoso escolar entre estudiantes observadores: una revisión integradora de la literatura. *Salud Soc.* 21 de junio de 2019;10(1):66-78.
50. Vaillancourt T, Brittain H, Farrell AH, Krygsman A, Vitoroulis I. Bullying involvement and the transition to high school: A brief report. *Aggress Behav.* julio de 2023;49(4):409-17.
51. Lai B. Exploring Elements Linked to School Bullying in China: A Comprehensive Review. *J Educ Humanit Soc Sci.* 13 de diciembre de 2023;23:833-6.
52. Abdelrheem SS, El-Gibaly O, Khairy H. Perception of gender norms and its association with bullying behavior among adolescent students. *J Egypt Public Health Assoc.* 11 de marzo de 2024;99(1):6.
53. Chen B, Wang X, Gao Y. Does Friend Support Matter? The Association between Gender Role Attitudes and School Bullying among Male Adolescents in China. *Children.* 29 de julio de 2022;9(8):1139.
54. Hanani A, Piskin M. Gender Difference and Bullying among Secondary School Students in Palestine. *Open J Depress.* 2020;09(04):95-100.
55. Martínez SI, Vallejo GEI, Martínez RG. El acoso escolar en educación secundaria : prevalencia y abordaje a través de un estudio de caso Bullying in secondary education : prevalence and approach through a case study Abstract : *Rev Int Trab Soc Cienc Soc.* 2019;17:71-91.
56. Pina D, Jiménez-Barbero J, Calero-Mora C, Puente-Lopez E, Ruiz-Hernández JA, Galián-Muñoz I, et al. Influence of Attitudes toward Violence and Motor Impulsiveness on the Violent Behavior of Adolescents at School. *Forensic Sci.* 2 de marzo de 2022;2(1):253-61.

57. Zhang X, Slobodskaya HR, Kaneko H. Adolescent mental health in Japan and Russia: The role of body image, bullying victimisation and school environment. *Int J Psychol*. febrero de 2024;59(1):64-73.
58. Cosma A, Bjereld Y, Elgar FJ, Richardson C, Bilz L, Craig W, et al. Gender Differences in Bullying Reflect Societal Gender Inequality: A Multilevel Study With Adolescents in 46 Countries. *J Adolesc Health*. noviembre de 2022;71(5):601-8.
59. Bonet Morro A, Alguacil Jiménez M, Escamilla-Fajardo P, Pérez-Campos C, Aguado S. Estudio comparativo de género sobre el acoso escolar: estrategias y acciones (Gender comparative study on bullying: strategies and actions). *Retos*. 19 de octubre de 2021;44:45-52.
60. Azami MS, Taremian F. Risk Factors Associated with Cyberbullying, Cybervictimization, and Cyberbullying-Victimization in Iran's High School Students. *Iran J Psychiatry [Internet]*. 30 de mayo de 2021 [citado 22 de junio de 2024]; Disponible en: <https://publish.kne-publishing.com/index.php/IJPS/article/view/6261>
61. Jiménez R. Multiple Victimization (Bullying and Cyberbullying) in Primary Education in Spain from a Gender Perspective. *Multidiscip J Educ Res*. 16 de junio de 2019;9(2):169.
62. Save the Childrens S the C. *Violencia Viral*. 2019.
63. García-Martínez S, García-Zabaleta E. El acoso escolar en España: revisión y análisis de los protocolos de actuación por comunidades autónomas. *Context Educ Rev Educ*. 27 de marzo de 2024;(33):193-217.
64. Li C, Wang P, Martin-Moratinos M, Bella-Fernández M, Blasco-Fontecilla H. Traditional bullying and cyberbullying in the digital age and its associated mental health problems in children and adolescents: a meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry [Internet]*. 31 de diciembre de 2022 [citado 22 de junio de 2024]; Disponible en: <https://link.springer.com/10.1007/s00787-022-02128-x>
65. Nieto-Sobrino M, Díaz D, García-Mateos M, Antón-Sancho Á, Vergara D. Incidence of Bullying in Sparsely Populated Regions: An Exploratory Study in Ávila and Zamora (Spain). *Educ Sci*. 7 de febrero de 2023;13(2):174.
66. Ministerio de educación, formación profesional y deportes. Informe PISA 2022. Programa para la Evaluación Internacional de los Estudiantes Informe español [Internet]. 2023 [citado 23 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.oecd.org/pisa/pisa-es/>
67. Gómez-Galán J, Lázaro-Pérez C, Martínez-López JÁ. Trajectories of Victimization and Bullying at University: Prevention for a Healthy and Sustainable Educational Environment. *Sustainability*. 19 de marzo de 2021;13(6):3426.
68. González-Contreras AI, Ramos-Sánchez JL. Bullying and Emotional Problems in Pupils from 11 to 13 Years Old: Joint Detection through Self-Report. *Int J Environ Res Public Health*. 2 de noviembre de 2022;19(21):14306.
69. Contreras-Piqueras ÁE, Ruiz-Esteban C, Méndez I. Cyberbullying and Psychopathological Behaviors in Spanish Secondary Education Students. *Healthcare*. 13 de diciembre de 2023;11(24):3162.
70. Feijóo S, Rodríguez-Fernández R. A Meta-Analytical Review of Gender-Based School Bullying in Spain. *Int J Environ Res Public Health*. 1 de diciembre de 2021;18(23):12687.

71. Fernández-Alfaraz ML, Nieto-Sobrino M, Antón-Sancho Á, Vergara D. Perception of Bullying in Early Childhood Education in Spain: Pre-School Teachers vs. Psychologists. *Eur J Investig Health Psychol Educ*. 20 de marzo de 2023;13(3):655-70.
72. Epelde-Larrañaga A, Oñederra Ramírez JA, Estrada-Vidal LI. Music as a Resource Against Bullying and Cyberbullying: Intervention in two Centers in Spain. *Sustainability*. 7 de marzo de 2020;12(5):2057.
73. Lucas-Molina B, Pérez-Albéniz A, Solbes-Canales I, Ortuño-Sierra J, Fonseca-Pedrero E. Bullying, Cyberbullying and Mental Health: The Role of Student Connectedness as a School Protective Factor. *Psychosoc Interv*. 13 de diciembre de 2021;31(1):33-41.
74. Moreno C, Ramos P, Rivera F, Jiménez-Iglesias A, García-Moya I, Sánchez-Queija I, et al. Informe técnico de los resultados obtenidos por el Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2018 en la Región de Murcia. [Internet]. Ministerio de Sanidad; 2020. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/home.htm>
75. Observatorio para la Convivencia Escolar de la Región de Murcia, Consejería de Educación Formación Profesional y Empleo Dirección General de Recursos Humanos, Planificación Educativa e Innovación. Análisis de la convivencia escolar en los centros educativos de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, curso escolar 2021 -2022. 2022.
76. Sarkees AN, Ibrahim FJ. Discourteous Behaviour among Students in High School of Duhok City. *J Popul Ther Clin Pharmacol* [Internet]. 1 de enero de 2023 [citado 22 de junio de 2024];30(7). Disponible en: <https://www.jptcp.com/index.php/jptcp/article/view/1572/1715>
77. Molchanova LN, Fomina AV. Prevention of School Bullying Among Adolescents of Individual Educational Organizations for Students with Disabilities: a Model of Antibullying Competence and Evaluation of its Efficiency. *Proc Southwest State Univ Ser Linguist Pedagogy*. 8 de noviembre de 2023;13(2):106-17.
78. Chen L, Chen Y, Ran H, Che Y, Fang D, Li Q, et al. Social poverty indicators with school bullying victimization: evidence from the global school-based student health survey (GSHS). *BMC Public Health*. 26 de febrero de 2024;24(1):615.
79. V. P. K. K Jayasinghe, K. M. N Perera, G. N. D Guruge. Bullying in Rural Schools among Early Adolescents in Sri Lanka; Prevalence of Bullying Acts and Common Responses to Bullying. *Int J Res Appl Sci Biotechnol*. 7 de enero de 2021;8(1):32-9.
80. Morea A, Calvete E. Understanding the Perpetuation of Cyberbullying Victimization in Adolescents: The Role of Executive Functions. *Res Child Adolesc Psychopathol*. octubre de 2022;50(10):1299-311.
81. Torrego-Seijo JC, Lorenzo-Llamas EM, Silva-Lorente I, Bueno-Villaverde Á, Herrero-Marcos R, Hontañón-González B, et al. Estudio Estatal sobre la Convivencia Escolar en centros de Educación Primaria. Observatorio Estatal de la Convivencia Escolar, Ministerio de Educación y Formación Profesional, Universidad de Alcalá y Equipo IMECA-UAH. 2023.
82. López-Castro L, López-Ratón M. Factores sociodemográficos familiares y cibervictimización en Educación Primaria. *Educ XX1*. 13 de junio de 2023;26(2):245-66.

83. González-Cabrera J, Machimbarrena JM, Ortega-Barón J, Álvarez-Bardón A. Joint association of bullying and cyberbullying in health-related quality of life in a sample of adolescents. *Qual Life Res.* abril de 2020;29(4):941-52.
84. Celdrán-Navarro MDC, Jiménez-Ruiz I, Seva-Llor AM, Moore JR, Leal-Costa C. Cross-Cultural Validation of the Healthcare Provider's Practices, Attitudes, Self-Confidence, and Knowledge Regarding Bullying Questionnaire. *Healthcare.* 7 de marzo de 2024;12(6):606.
85. Llorent VJ, Diaz-Chaves A, Zych I, Twardowska-Staszek E, Marín-López I. Bullying and Cyberbullying in Spain and Poland, and Their Relation to Social, Emotional and Moral Competencies. *School Ment Health.* septiembre de 2021;13(3):535-47.
86. González-Calatayud V, Espinosa MPP. Role-Based Cyberbullying Situations: Cybervictims, Cyberaggressors and Cyberbystanders. *Int J Environ Res Public Health.* 17 de agosto de 2021;18(16):8669.
87. Camodeca M, Nava E. The Long-Term Effects of Bullying, Victimization, and Bystander Behavior on Emotion Regulation and Its Physiological Correlates. *J Interpers Violence.* febrero de 2022;37(3-4):NP2056-75.
88. Dimitrios S, Vrakas G, Papadimitropoulou P. School bullying in high school students, prevention and coping strategies. *Eur J Educ Stud [Internet].* 27 de mayo de 2023 [citado 4 de agosto de 2024];10(7). Disponible en: <https://oapub.org/edu/index.php/ejes/article/view/4856>
89. Armitage R. Bullying in children: impact on child health. *BMJ Paediatr Open.* marzo de 2021;5(1):e000939.
90. Li M, Bai R, Zhu M, Chai X. How is peer victimization related to adolescents' health risk behaviors? A moderated mediation analysis. *Curr Psychol [Internet].* 2 de julio de 2024 [citado 4 de agosto de 2024]; Disponible en: <https://link.springer.com/10.1007/s12144-024-06262-4>
91. Schacter HL. Effects of Peer Victimization on Child and Adolescent Physical Health. *Pediatrics.* enero de 2021;147(1):e2020003434.
92. Zhang Y. A Review on the Impact of Bullying in Schools. *Lect Notes Educ Psychol Public Media.* 14 de marzo de 2024;42(1):90-4.
93. Babarro I, Ibarluzea J, Theodorsson E, Fano E, Lebeña A, Guxens M, et al. Hair cortisol as a biomarker of chronic stress in preadolescents: influence of school context and bullying. *Child Neuropsychol.* 4 de julio de 2023;29(5):742-59.
94. Albdour MM, Jenuwine ES, Hong JS. Consequences of high school bullying on stress and health of Arab American college students. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* febrero de 2024;37(1):e12453.
95. Momose Y, Ishida H. Bullying experiences in childhood and health outcomes in adulthood. Botero Carvajal A, editor. *PLOS ONE.* 15 de julio de 2024;19(7):e0305005.
96. Herman, Fikri M, Purwaty. Exploration of Mental Health in Children Victims of Bullying. *J Health Nutr Res.* 16 de abril de 2023;2(1):21-6.
97. Bettencourt AF, Clary LK, Ialongo N, Musci RJ. Long-term consequences of bullying involvement in first grade. *J Sch Psychol.* abril de 2023;97:63-76.

98. Smith PK. The research program on school bullying: How and why it has developed over the last 50 years. *Vernon Wall Lect.* 1 de agosto de 2023;1(41):4-22.
99. Análisis de la producción científica sobre acoso escolar en España. En: *Avances en psicología jurídica y forense*. Santiago de Compostela: Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense, D.L. 2016; 2016. p. 123-34. (Colección psicología y ley; vol. 13).
100. Valle JE, Williams LCA, Stelko-Pereira AC. Whole-school antibullying interventions: A systematic review of 20 years of publications. *Psychol Sch.* junio de 2020;57(6):868-83.
101. Hikmat R, Yosep I, Hernawaty T, Mardhiyah A. A Scoping Review of Anti-Bullying Interventions: Reducing Traumatic Effect of Bullying Among Adolescents. *J Multidiscip Healthc.* enero de 2024;Volume 17:289-304.
102. Rigby K. Theoretical Perspectives and Two Explanatory Models of School Bullying. *Int J Bullying Prev.* junio de 2024;6(2):101-9.
103. González Laguna MV, Universidad de León, Arrimada García M, Universidad de León. Análisis comparativo de instrumentos destinados a la evaluación del acoso escolar. *Papeles Psicólogo - Psychol Pap [Internet]*. 2021 [citado 11 de agosto de 2024];42(2). Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pii?pii=2965>
104. Purdy N. School Policies, Leadership, and School Climate. En: Smith PK, Norman JO, editores. *The Wiley Blackwell Handbook of Bullying [Internet]*. 1.ª ed. Wiley; 2021 [citado 11 de agosto de 2024]. p. 260-77. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118482650.ch48>
105. Sadjadi M, Blanchard L, Brülle R, Bonell C. Barriers and facilitators to the implementation of Health-Promoting School programmes targeting bullying and violence: a systematic review. *Health Educ Res.* 27 de enero de 2022;36(5):581-99.
106. Margaretha M, Azzopardi PS, Fisher J, Sawyer SM. School-based mental health promotion: A global policy review. *Front Psychiatry.* 17 de abril de 2023;14:1126767.
107. Salimi N, Karimi-Shahanjarin A, Rezapur-Shahkolai F, Hamzeh B, Roshanaei G, Babamiri M. Use of a Mixed-Methods Approach to Evaluate the Implementation of Violence and Bullying Prevention Programs in Schools. *Educ Urban Soc.* julio de 2021;53(6):607-28.
108. Toohar R, Collins J, Braunack-Mayer A, Burgess T, Skinner SR, O'Keefe M, et al. Intersectoral collaboration to implement school-based health programmes: Australian perspectives. *Health Promot Int.* 27 de enero de 2016;dav120.
109. Bozan K, Evgin D, Gördeles Beşer N. Relationship bullying in adolescent period with family functionalities and child behaviors. *Psychol Sch.* agosto de 2021;58(8):1451-73.
110. Franke KB, Terry J, Collier T, Greenlaw J. Collaboration: An Essential Ingredient for Effective School Behavioral Health. En: Weist MD, Franke KB, Stevens RN, editores. *School Behavioral Health [Internet]*. Cham: Springer International Publishing; 2020 [citado 17 de agosto de 2024]. p. 9-20. Disponible en: http://link.springer.com/10.1007/978-3-030-56112-3_2
111. Celdrán-Navarro MDC, Leal-Costa C, Suárez-Cortés M, Molina-Rodríguez A, Jiménez-Ruiz I. Nursing Interventions against Bullying: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 7 de febrero de 2023;20(4):2914.

112. Kub J, Feldman MA. Bullying prevention: A call for collaborative efforts between school nurses and school psychologists. *Psychol Sch.* agosto de 2015;52(7):658-71.
113. Ng ED, Chua JYX, Shorey S. The Effectiveness of Educational Interventions on Traditional Bullying and Cyberbullying Among Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse.* enero de 2022;23(1):132-51.
114. Bazaga Campos E. Acoso escolar y las habilidades sociales: una investigación empírica en la Axarquía malagueña en 2021. *Rev Cent Cienc Soc.* 20 de octubre de 2022;1(2):31-52.
115. Melero S. Intervención cognitivo-conductual en una adolescente víctima de acoso escolar. *Rev Psicol Clínica Con Niños Adolesc.* 2017;4(2):149-55.
116. Sanmarco Vázquez J, Camplá Bolívar X, Marcos Martínez V, Novo Pérez M. El efecto mediador del ajuste psicológico en la relación entre la victimización por acoso escolar y el sentido de pertenencia escolar. *PUBLICACIONES.* 7 de octubre de 2020;50(1):43-59.
117. Moral Jiménez MDLV, Ovejero Bernal A. Relación entre el clima social familiar y las actitudes juveniles ante el acoso escolar. *Int J Dev Educ Psychol Rev INFAD Psicol.* 21 de diciembre de 2016;5(1):329.
118. CERMI Comité español de representantes de personas con discapacidad. Guía para prevenir el acoso escolar por razón de discapacidad [Internet]. 2017. Disponible en: <https://cermi.es/noticia/presentada-la-guia-para-prevenir-el-acoso-escolar-por-razon-de-discapacidad>
119. Alcindor-Huelva P, Delgado-Campos AM, Sapos-Gálvez L, Fernández-Úbeda C, Rodríguez-Solano JJ. Acoso escolar, conductas autolesivas, ideación, e intentos autolíticos en una muestra clínica de un centro de salud mental. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv.* 27 de diciembre de 2019;36(4):14-23.
120. Ibáñez ÁF, Costa MV. Conducta autolesiva en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento. 2012;
121. Sarasola Gastesi M, Ripoll Salceda JC. Una revisión de la eficacia de los programas anti-bullying en España. *Pulso Rev Educ.* 30 de octubre de 2019;(42):51-72.
122. García Navarro RM, Guillamón Ayala JA, Martínez Pérez B. Estructuras discursivas de los programas de prevención del bullying en España (1997-2017). *OBETS Rev Cienc Soc.* 29 de enero de 2024;19(1):89-108.
123. Cortes Generales. Constitución Española. BOE-A-1978-31229 dic 29, 1978.
124. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. BOE-A-1996-1069, 15 ene 17, 1996.
125. Jefatura del Estado. Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. BOE-A-2015-8470 jul 29, 2015.
126. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. BOE-A-2021-9347. Sec. I, 134 jun 5, 2021 p. 68657-730.

127. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. BOE-A-2020-17264. Sec. I dic 30, 2020 p. 122868-953.
128. Cerezo F. Los protocolos de actuación con víctimas de acoso escolar. Análisis de una normativa institucional. *Rev Psicol Educ - J Psychol Educ.* 2019;14(2):167-72.
129. Tamayo Lorenzo S. Tratamiento educativo judicial del acoso escolar en menores de 18 años. *Av En Supervisión Educ.* 31 de diciembre de 2021;(36):1.
130. Consejería de Educación y Cultura. Resolución de 4 de abril de 2006, de la dirección general de ordenación académica, por la que se dictan instrucciones en relación con situaciones de acoso escolar en los centros docentes sostenidos con fondos públicos que imparten enseñanzas escolares. 4704, 92 abr 22, 2006 p. 12223-32.
131. Consejería de Educación, Cultura y Universidades. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Protocolos de Apoyo inmediato y coordinado a Víctimas Escolar (Protocolos AVE). 2015.
132. Consejería de educación, juventud y deportes. Región de Murcia. Resolución de 13 de Noviembre de 2017, de la Dirección General de Atención a la Diversidad y Calidad Educativa, por la que se dictan instrucciones para la mejora de la convivencia escolar en los centros educativos no universitarios sostenidos con fondos públicos de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. nov 13, 2017.
133. Consejería de Educación, Formación Profesional y Empleo Dirección General de Atención a la Diversidad, Innovación y Formación Profesional. Guía de cuidado y promoción del bienestar emocional en centros educativos de la Región de Murcia. 1. Junio de 2023. Murcia: Consejería de Educación, Formación Profesional y Empleo, Servicio de Publicaciones y Estadística; 2023.
134. Drown LL. Progressive movements. *The London Public-School nurse.* By Honnor Morten. *The American Journal of Nursing.* 1901;1(1):274-6.
135. London School Nurses' Society. *Br Med J.* 24 de junio de 1899;1:1540.
136. Bergren M. School Nursing and Population Health: Past, Present, and Future. *OJIN Online J Issues Nurs* [Internet]. 30 de septiembre de 2017 [citado 25 de agosto de 2024];22(3). Disponible en: <https://ojin.nursingworld.org/table-of-contents/volume-22-2017/number-3-september-2017/school-nursing-population-health/>
137. Denke NJ, Winkleblack LK. Challenges and Opportunities in Population Health: The Role of School Nurses as Complexity Leaders. *Nurs Adm Q.* abril de 2020;44(2):136-41.
138. Houlahan B. Origins of School Nursing. *J Sch Nurs.* junio de 2018;34(3):203-10.
139. Hawkins JW, Hayes ER, Corliss CP. School Nursing in America—1902-1994: A Return to Public Health Nursing. *Public Health Nurs.* diciembre de 1994;11(6):416-25.
140. Wold SJ. School nursing : A framework for practice [Internet]. North Branch, Minn. : Sunrise River Press; 1981 [citado 31 de agosto de 2024]. 598 p. Disponible en: <http://archive.org/details/schoolnursingfra0000wold>
141. Klepp K, Anderssen N. The Nordic Countries: Perspectives in School Health. *J Sch Health.* septiembre de 1990;60(7):342-8.

142. Chayer ME. School Nursing. *Am J Nurs.* marzo de 1936;36(3):256.
143. Wold SJ, Dagg NV. School Nursing: A Framework for Practice. *J Sch Health.* febrero de 1978;48(2):111-4.
144. Liebow PR. The New-Look School Nurse. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 1984;22(3):37-41.
145. McAnanly E. School Phobia: The Importance of Prompt Intervention. *J Sch Health.* diciembre de 1986;56(10):433-6.
146. Royal College of Nursing (RCN). Tackling the bully. *Prim Health Care.* mayo de 1992;2(5):2-2.
147. Royal College of Nursing (RCN). RCN Congress highlights. *Prim Health Care.* junio de 1992;2(6):3-3.
148. Ross H. School health. Practical solutions to bullying. *Health Visit.* agosto de 1993;66(8):295.
149. Borup IK. Adolescents Learning Health Promotion: Pupils' Evaluation of Contacts with the School Health Nurse. *Nord J Nurs Res.* septiembre de 1998;18(3):26-31.
150. Karstadt L, Woods S. The school bullying problem. *Nurs Stand.* diciembre de 1999;14(11):32-5.
151. Viñao A. Higiene, salud y educación en su perspectiva histórica. *Educ Em Rev.* 2010;(36):181-213.
152. Gómez Gutiérrez JL. Higienismo y educación en España entre los siglos XIX-XX. Enrique Salcedo, aportaciones de higiene infantil y escolar. *Hist Educ.* 23 de diciembre de 2022;41:323-39.
153. Galera-Pérez AD. Inspección médico-escolar y educación física durante la I Restauración (1875-1931): Alcance y funciones. *CABAS Rev Sobre El Patrim Histórico Educ.* 2017;(18):24-52.
154. de Alcántara-García P. Tratado de higiene escolar : Guía teórico-práctica [Internet]. Madrid: Librería de Hernando; 1886. 194 p. Disponible en: <https://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmcc8267>
155. González García N, López Langa N. Antecedentes históricos y perfil de la enfermera escolar. *Metas Enferm.* septiembre de 2012;7(15):50-4.
156. Ministerio de Instrucción pública y Bellas Artes. Real Decreto de 23 de Abril de 1915 aprobando el Reglamento orgánico del Cuerpo de Inspectores Médico-escolares. *Sec.* 115/1915, 115/1915 abr 25, 1915 p. 254-7.
157. Sáinz de los Terreros y Gómez C. Higiene escolar; biología del alumno dentro y fuera de la escuela. Guía práctica para médicos y educadores. [Internet]. 1ª ed. Madrid: Beltran; [citado 3 de septiembre de 2024]. 494 p. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/431368>
158. Ministerio de la Gobernación. Dirección General de Sanidad, Bravo Sanchez del Peral E. La sanidad infantil y maternal en España. 1950. (Publicaciones «Al servicio de España y del niño español»).

159. Dios-Aguado MD, Peters AA, Peres MADA, Gómez-Cantarino S. Enfermera visitadora modelo vanguardista de cuidados de salud en España. *Esc Anna Nery*. 2023;27:e20220293.
160. Álvarez Terán R, Eguilaz Fanlo M, Miguel Moreno S. La enfermería escolar: un recurso necesario para la comunidad educativa. *Context Educ Rev Educ*. 28 de junio de 2018;(22):165.
161. Ministerio de Educación Nacional. Instituto nacional de reeducación de inválidos. Rehabilitación y formación docente-profesional en la adolescencia. Curso escolar 1959-60. Vol. 3. Madrid: Hauser y Menet, S.A; 1961.
162. Martínez-Santos AE, Tizón Bouza E, Fernández-Morante C, Casal Otero L, Cebreiro B. La Enfermería escolar: contenidos y percepciones sobre su pertinencia en las escuelas inclusivas. *Enferm Glob*. 18 de septiembre de 2019;18(4):291-323.
163. Gómez-Romero MR, Montoro-Pérez N, Martín-Baena D, Talavera-Ortega M, Montejano-Lozoya R. A descriptive cross-sectional study on eating disorders, suicidal thoughts, and behaviors among adolescents in the Valencian community (Spain). The pivotal role of school nurses. *J Pediatr Nurs Nurs Care Child Fam*. 1 de marzo de 2024;75:1-7.
164. Tanner A, Griffin R, Stanislo KJ, Hinkley T, Walsh CA, Clark E, et al. A Contemporary Framework Update for Today's School Nursing Landscape: Introducing the School Nursing Practice Framework™. *NASN Sch Nurse*. mayo de 2024;39(3):140-7.
165. Asamblea Regional de Murcia. Moción nº 758 sobre la integración progresiva de profesionales de enfermería en los centros educativos de la región a partir del curso académico 2016/2017. IX Legislatura. Sec. B, 63 sep 27, 2016 p. 3098.
166. Asamblea Regional de Murcia. Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales. Entrada 13225. 13225. Sec. Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales may 16, 2017.
167. Colegio Oficial de Enfermería de Murcia. Memoria de actividades 2016. Colegio Oficial de Enfermería de la Región de Murcia; 2016.
168. Consejería de Salud. Programa de Atención Comunitaria en el Entorno Escolar (PACES). Región de Murcia: Servicio Murciano de Salud.; 2024 abr p. 1-31.
169. Kvarme LG, Misvær N, Valla L, Myhre MC, Holen S, Sagatun Å. Bullying in School: Importance of and Challenges Involved in Talking to the School Nurse. *J Sch Nurs*. diciembre de 2020;36(6):451-7.
170. Abreu LDP de, Torres RAM, Veras K da CBB, Araújo AF de, Costa IG, Oliveira GR. Web Radio: educational nursing care technology addressing cyberbullying students' statements. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(4):e20180872.
171. Soimah, Hamid AYS, Daulima NHC. Family's support for adolescent victims of bullying. *Enferm Clínica*. septiembre de 2019;29:747-51.
172. Cohen S, Grunin L, Guetterman T. School Nurses' Perspectives of Bullying Involvement of Adolescents with Chronic Health Conditions. *Health Behav Policy Rev* [Internet]. mayo de 2022 [citado 3 de enero de 2023];9(3). Disponible en: <https://www.ingentaconnect.com/contentone/psp/hbpr/2022/00000009/00000003/art00005>
173. Hutson E, Melnyk B, Hensley V, Sinnott LT. Childhood Bullying: Screening and Intervening Practices of Pediatric Primary Care Providers. *J Pediatr Health Care*. noviembre de 2019;33(6):e39-45.

174. Federici RA, Flatø M, Bru LE, Midthassel UV, Helleve A, Rønsen E. Can school nurses improve the school environment in Norwegian primary schools? A protocol for a randomized controlled trial. *Int J Educ Res.* 2019;96:63-80.
175. Silva JL da, Oliveira WA de, Carlos DM, Lizzi EA da S, Rosário R, Silva MAI. Intervention in social skills and bullying. *Rev Bras Enferm.* mayo de 2018;71(3):1085-91.
176. Earnshaw VA, Menino DD, Sava LM, Perrotti J, Barnes TN, Humphrey DL, et al. LGBTQ bullying: a qualitative investigation of student and school health professional perspectives. *J LGBT Youth.* 2 de julio de 2020;17(3):280-97.
177. Öztürk Çopur E, Kubilay G. The effect of solution-focused approaches on adolescents' peer bullying skills: A quasi-experimental study. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* febrero de 2022;35(1):45-51.
178. Silva MAI, Monteiro EMLM, Braga IF, Ferriani MDGBDC, Pereira B, Oliveira WAD. Intervenciones antibullying desarrolladas por enfermeros: revisión integradora de la literatura. *Enferm Glob.* 1 de octubre de 2017;16(4):532.
179. Evgin D, Bayat M, Department of Pediatrics Nursing, Erciyes University Faculty of Health Sciences, Kayseri, Turkey. The Effect of Behavioral System Model Based Nursing Intervention on Adolescent Bullying. *Florence Nightingale J Nurs.* 9 de marzo de 2020;28(1):71-82.
180. Yosep I, Hikmat R, Mardhiyah A, Hazmi H, Hernawaty T. Method of Nursing Interventions to Reduce the Incidence of Bullying and Its Impact on Students in School: A Scoping Review. *Healthcare.* 22 de septiembre de 2022;10(10):1835.
181. Rubio García AB, Martínez Fernández MD. SALUDTRANS*: Herramienta digital centrada en el acompañamiento de la persona Trans* y sus familiares [Internet]. 2020 [citado 20 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/175128>
182. Yosep I, Hikmat R, Mardhiyah A. Types of Nursing Intervention to Reduce Impact of Bullying and Aggression on Nurses in the Workplace. *Healthcare.* 4 de agosto de 2022;10(8):1463.
183. Ponce Rodríguez I, Rodríguez Toronjo R, Márquez Heras P, Ruano Priego B, Garrido Fernández A. Navega segur@ en Internet: una propuesta de intervención enfermera en el ámbito educativo. *Navega Segur En Internet Una Propues Interv Enfermera En El Ámbito Educ.* 2022;539-50.
184. Burk J, Park M, Saewyc E. A Media-Based School Intervention to Reduce Sexual Orientation Prejudice and Its Relationship to Discrimination, Bullying, and the Mental Health of Lesbian, Gay, and Bisexual Adolescents in Western Canada: A Population-Based Evaluation. *Int J Environ Res Public Health.* 2 de noviembre de 2018;15(11):2447.
185. Hussein AAM, El Shrief HA, Abed GA, Ghoneim AA, Badawy SA. Video-assisted nursing intervention: It's effectiveness on bullying prevention measures and procedures among primary school teachers. *J Nurs Educ Pract.* 27 de junio de 2020;10(10):23.
186. Brandão Neto W, Silva CO da, Amorim RRT do, Aquino JM de, Almeida Filho AJ de, Gomes B da MR, et al. Formation of protagonist adolescents to prevent bullying in school contexts. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(suppl 1):e20190418.

187. Alencastro LC da S, Silva JL da, Komatsu AV, Bernardino FBS, Mello FCM de, Silva MAI. Theater of the Oppressed and bullying: nursing performance in school adolescent health. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(1):e20170910.
188. Souza JBD, Barbosa MHPA, Schmitt HBB, Heidemann ITSB. Paulo Freire's culture circles: contributions to nursing research, teaching, and professional practice. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(1):e20190626.
189. Vieites-García MF. El teatro del oprimido de Augusto Boal y el sujeto. Una revisión crítica. *Acotaciones Rev Investig Creac Teatr.* 2015;2:85-114.
190. Martins-Torres RAM, Paiva de Abreu LD, Feitosa de Araújo A, Bezerra Brito Veras K da C, Rodrigues Oliveira G, Bastos Ferreira Tavares N, et al. Promotion of webcare in nursing through a webradio: Knowledge of school-ageyouthon collective health themes. *Int J Dev Res.* 2019;9(2):25661-6.
191. Navarro-Pérez R, Carrasco-Rodríguez J, Sánchez-García M. Proyecto Consulta Joven. Área III de salud de Lorca. Servicio Murciano de Salud.;
192. Holaday B. Chapter 8 Dorothy Johnson's Behavioral System Model and Its Applications. 3rd ed. Parker ME, Smith MC, editores. Philadelphia: F.A. Davis Co; 2010. 104-120 p. (Nursing theories and nursing practice).
193. Avsar F, Ayaz Alkaya S, Department of Nursing, Gazi University Faculty of Health Sciences, Ankara, Turkey. Turkish Validity and Reliability Study of the Student-Advocates Pre- and Post-Scale. *J Educ Res Nurs.* 7 de abril de 2022;18(1):80-4.
194. Karatas H, Ozturk C. Examining the Effect of a Program Developed to Address Bullying in Primary Schools. *J Pediatr Res.* 26 de junio de 2020;7(3):243-9.
195. Karakaya D, Özgür G. Effect of a Solution-Focused Approach on Self-Efficacy and Self-Esteem in Turkish Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* noviembre de 2019;57(11):45-55.
196. Shaheen AM, Hamdan KM, Albqoor M, Othman AK, Amre HM, Hazeem MNA. Perceived social support from family and friends and bullying victimization among adolescents. *Child Youth Serv Rev.* diciembre de 2019;107:104503.
197. Garrido-Gómez A, Navarro-Domínguez E, Risueño-Aguilar J, Bermudez-García V, Sánchez-Palormares JC, Lax-Garnés M, et al. Programa contra el acoso escolar. No mires para otro lado. Región de Murcia: Enfermeras escolares. Servicio Murciano de Salud.; 2024.
198. Heitmann AJ, Valla L, Albertini Früh E, Kvarme LG. A Path to Inclusiveness – Peer Support Groups as a Resource for Change. *J Sch Nurs.* 15 de marzo de 2022;105984052210851.
199. Hensley V. Development and Psychometric Evaluation of the Healthcare Provider's Practices, Attitudes, Self-confidence, & Knowledge Regarding Bullying Questionnaire. *Med Res Arch [Internet].* 3 de diciembre de 2015 [citado 2 de enero de 2025];2(10). Disponible en: <http://journals.ke-i.org/index.php/mra/article/view/469>
200. Nedjat-Haiem FR, Cadet TJ, Amatya A, Mishra SI. Healthcare Providers' Attitudes, Knowledge, and Practice Behaviors for Educating Patients About Advance Directives: A National Survey. *Am J Hosp Palliat Med.* mayo de 2019;36(5):387-95.

201. Celdrán-Navarro MDC, Jiménez-Ruiz I, Leal-Costa C, Moore JR, López-Barranco PJ. Attitudes, Self-Confidence, and Knowledge of Primary Care Professionals towards School Bullying. *Healthcare*. 20 de junio de 2024;12(12):1230.
202. Birn AE, Kremmentsov N. 'Socialising' primary care? The Soviet Union, WHO and the 1978 Alma-Ata Conference. *BMJ Glob Health*. octubre de 2018;3(Suppl 3):e000992.
203. Rifting SB. Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All—from consensus to complexity. 3 de diciembre de 2018;3.
204. Zurro AM, Pérez JFC, Badia JG. Atención primaria. Principios, organización y métodos en medicina de familia. Elsevier Health Sciences; 2024. 505 p.
205. World Health Organization. Informe sobre la salud en el mundo 2008 : la atención primaria de salud, más necesaria que nunca [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2008 [citado 9 de diciembre de 2024]. 154 p. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/43952>
206. Jefatura del Estado. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE-A-1986-10499 abr 29, 1986 p. 48.
207. Leal Hernández M, Román García C. Situación actual de la atención primaria ¿constitucional? *Aten Primaria*. diciembre de 2022;54(12):102486.
208. World Health Organization. Declaración de Astaná. En: Global Conference on primary health care. Astaná, Kazakhstan; 2018. p. 12.
209. Kraef C, Kallestrup P. After the Astana declaration: is comprehensive primary health care set for success this time? *BMJ Glob Health*. noviembre de 2019;4(6):e001871.
210. Elorza ME, Moscoso NS, Lago FP. Delimitación conceptual de la atención primaria de salud. *Rev Cuba Salud Pública*.
211. Soliz-Rivero G. Atención primaria de salud. Revisión bibliográfica. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Cuenca*. 2015;3(33):80-8.
212. Ruiz Gippini MC, Rodríguez Lagares R, Llanes Álvarez C, Blanco Dorado C. Acoso escolar. *Aten Primaria*. abril de 2019;51(4):198-9.
213. Dale J, Russell R, Wolke D. Intervening in primary care against childhood bullying: An increasingly pressing public health need. *J R Soc Med*. 2014;107(6):219-23.
214. De Miguel Vicenti M, Benito Ortiz L, Reyes Fernández N, Pedraz García MI, Martín Redondo B, Olivares Ortiz J. Detección de víctimas de bullying en un centro de Atención Primaria. *SEMERGEN - Med Fam*. octubre de 2008;34(8):375-8.
215. Rupananda D, Dissanayake D, Lokubalasoorya A. A school-based intervention to reduce bullying among adolescents – Experience from a rural setting in Sri Lanka. *J Coll Community Physicians Sri Lanka*. 18 de agosto de 2023;29(2):79-88.
216. Waseem M, Nickerson AB. Identifying and Addressing Bullying. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 27 de diciembre de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441930/>
217. Fekkes M, Pijpers FIM, Fredriks AM, Vogels T, Verloove-Vanhorick SP. 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*. 1 de mayo de 2006;117(5):1568-74.
218. Edgerton, EA, Wright, JL, Cheng, TL. Missed opportunities: Role of the school nurse in bullying prevention. En: *Pediatrics*. San Francisco, CA; 2004. p. 348A-348A.
219. Zarranz-García Á, Francés-Bellido Y, Nebreda Diest O, Zaher-Sánchez S, Moyano-Espadero M. Bullying escolar, abordaje de la víctima desde un punto de vista enfermero. *Rev Sanit Investig* [Internet]. 2024 [citado 27 de diciembre de 2024]; Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/bullying-escolar-abordaje-de-la-victima-desde-un-punto-de-vista-enfermero/>
220. Reyes-Ripoll J, Roy-Guerrero L, Magadan-Marcos MA, Puyal-Alegret M, Fuertes-Lahoz E, Fernández-Marco MA. La enfermería escolar en España: una necesidad urgente. *Rev Sanit Investig* [Internet]. 2023 [citado 27 de diciembre de 2024]; Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-enfermeria-escolar-en-espana-una-necesidad-urgente/>
221. Ballesteros B, Campo MJ, Garrido J, Ruíz J, García S, Herrero MJ, et al. 30 años escuchando su voz 1994 - 2024. *Telefono ANAR* [Internet]. Madrid: Fundación ANAR; 2024. Disponible en: www.anar.org
222. Cardona-Alfonseca D, Cortada-Gracia M, Chacartegui-Cirerol V, Chindetti A, Hidalgo-Salazar T, Martín-Delgado MI, et al. Programa de salud infantoadolescente. Islas Baleares: GOIB. Conselleria Salut. Serve Salut Illes Balears; 2018.
223. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Dirección General de Salud Pública. Programa de Salud de la infancia y adolescencia de Cantabria (PSIAC). Cantabria: Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.; 2014. 299 p.
224. Garrido-Torrecillas FJ, Álvarez-Tello M, Boza-Reposo C, Carretié-Warleta M, Dorado-Siles I, Galindo-Bas MD, et al. Programa de salud infantil y adolescente de Andalucía (PSIA-A) [Internet]. Sevilla, Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014. Disponible en: <https://si.easp.es/psiaa/>
225. Álvarez-Gil RM, Blanco-Docanto M, Blanco-Iglesias O, Blanco-Pena T, Cortés-Osorio B, Cortiñas-Menor M, et al. Guía de saúde infantil de actividades preventivas e de promoción da saúde en pediatría de atención primaria [Internet]. Santiago de Compostela: Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Servicio Gallego de Saúde; 2020. Disponible en: <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Guia-de-saude-infantil-actividades-preventivas-e-de-promocion-da-saude-en-pediatría-de-atención-primaria?idioma=es>
226. Martín-Benavides S, Aparicio-Guerra E, Arraz-Gómez J, Gárrate Echenique L, García-Álvarez L, Santano-García D, et al. Programa de salud Infantil [Internet]. País Vasco: Gobierno Vasco. Departamento de Salud. Osakidetza; 2021. Disponible en: https://www.katalogoak.euskadi.eus/cgi-bin_q81a/abnetclop?SUBC=VEJ/J0001
227. Programa de Atención al Niño y al Adolescente (PANA). Región de Murcia: Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Servicio de Prevención y Protección de la Salud.; 2007. 276 p.
228. Celdrán-Navarro M del C, Martínez-Marín MS, Martínez-Martínez MI. Preimpresión. Tema 41. Detección precoz y recursos para problemas sociales en el entorno escolar. En: Programa de Atención al Niño Sano y al Adolescente. Región de Murcia; 2025.

229. Carretero-Dios H, Pérez C. Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. © Int J Clin Health Psychol. 2005;5:521-51.
230. Almanasreh E, Moles R, Chen TF. Evaluation of methods used for estimating content validity. Res Soc Adm Pharm. febrero de 2019;15(2):214-21.
231. IBM Corp. sión 22.0. Armonk NY: IBM Corp. Software SPSS versión 22. 2013; Disponible en: <https://www.ibm.com/es-es/analytics/spss-statistics-software>
232. Muthén LK, Muthén BO. Statistical Analysis With Latent Variables User's Guide [Internet]. 2010. Disponible en: www.StatModel.com
233. Elosua Oliden P. Sobre la validez de los test. Psicothema. 2003;15(2):315-21.
234. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling, 3rd ed. New York, NY, US: Guilford Press; 2011. xvi, 427 p. (Principles and practice of structural equation modeling, 3rd ed.).
235. Lloret-Segura S, Ferreres-Traver A, Hernández-Baeza A, Tomás-Marco I. El análisis factorial exploratorio de los ítems: Una guía práctica, revisada y actualizada. An Psicol. 2014;30(3):1151-69.
236. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 1 de enero de 2006;3(2):77-101.
237. Scientific Software Development GmbH. ATLAS.ti [Internet]. Scientific Software Development GmbH; 2023 [citado 29 de diciembre de 2024]. (Software de análisis de datos cualitativos). Disponible en: <https://atlasti.com>
238. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal [Internet]. Sec. 1, Ley Orgánica 15/1999 dic 14, 1999 p. 43088-99. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/1999/12/13/15>
239. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. [Internet]. dic 7, 2018. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>
240. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos [Internet]. Helsinki, Finlandia: 75ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial; 2024 oct [citado 29 de diciembre de 2024] p. 7. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
241. Yoon J, Seo HJ, Kim JE. Adaptation and Validation of the Korean Version of the Scope of School Nursing Practice Tool. J Sch Nurs. 2023;
242. Raña-Rocha R, López-De-ullibarrí I, Movilla-Fernández MJ, Carvajal CC. Validation of a questionnaire of knowledge and attitudes about the subcutaneous venous reservoir in nursing. Rev Lat Am Enfermagem. 2020;28:1-8.
243. Ramos-Morcillo AJ, Martínez-López EJ, Fernández-Salazar S, del-Pino-Casado R. Diseño y validación de un cuestionario sobre las actitudes ante la prevención y promoción de la salud en atención primaria (CAPPAP). Aten Primaria. diciembre de 2013;45(10):514-21.
244. Vélez Álvarez C, Giraldo Osorio A. Instrumentos para la evaluación de la atención primaria de salud: una revisión narrativa. Enferm Glob. 1 de julio de 2015;14(3):328.

245. Rojas Apaza Z, Torres Ramos G, Garavito Chang EL. Construcción y validación de instrumentos de medición en el ámbito de la salud. Revisión de Literatura. Rev Odontol PEDIÁTRICA. 28 de julio de 2022;21(1):e206.
246. López García A, Barber Pérez P. Revisión sistemática de los instrumentos de evaluación de la calidad de Atención Primaria utilizados en los últimos 10 años. Aten Primaria. septiembre de 2024;56(9):103046.
247. Boukouvalas E, El-Den S, Murphy AL, Salvador-Carulla L, O'Reilly CL. Exploring Health Care Professionals' Knowledge of, Attitudes Towards, and Confidence in Caring for People at Risk of Suicide: a Systematic Review. Arch Suicide Res. 31 de agosto de 2020;24(sup2):S1-31.
248. Mulango ID, Atashili J, Gaynes BN, Njim T. Knowledge, attitudes and practices regarding depression among primary health care providers in Fako division, Cameroon. BMC Psychiatry. diciembre de 2018;18(1):66.
249. Díaz Blasco JB, Labajos Manzanares MT, Flores García MDLÁ, Morente Morente L. Diseño de un instrumento de valoración enfermera para el seguimiento de embarazo en Atención Primaria de salud y la validación de su contenido. Aten Primaria. agosto de 2024;56(8):102932.
250. Arthur J, Edwards T, Lu Z, Hui D, Fellman B, Bruera E. Health Care Provider Attitudes, Beliefs, and Perceived Confidence in Managing Patients With Cancer Pain and Nonmedical Opioid Use. J Pain Symptom Manage. enero de 2021;61(1):128-135.e6.
251. Urpí-Fernández AM, Zabaleta-del-Olmo E, Tomás-Sábado J, Tambo-Lizalde E, Roldán-Merino JF. Adaptación y validación de un cuestionario para evaluar las prácticas de autocuidado en población infantil sana residente en España. Aten Primaria. mayo de 2020;52(5):297-306.
252. Bandeira A, Rigatto Witt R. Desarrollo de un instrumento de evaluación formativa del agente comunitario de salud. Aten Primaria. marzo de 2022;54(3):102275.
253. Ginter JA, Leopard-Tassin T, Selig JP, Danylechuk NR. Factors associated with pediatric genetic counselors' practices related to bullying screening. J Genet Couns. febrero de 2023;32(1):90-9.
254. Cassiani SHDB, Dias BM, Beltran MPB, Gualdrón LMV, Pérez TR, Aguilar GMV, et al. Conceptos y temas relacionados a la salud de los adolescentes en la formación en enfermería. Rev Lat Am Enfermagem. 2022;30(spe):e3652.
255. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Fernández Alonso MDC, González García P, Salvador Sánchez L, Tizón García JL, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental. Maltrato hacia la infancia y la adolescencia. Aten Primaria. noviembre de 2024;56:103127.
256. Fernandes Tarma Cordeiro G, Marques Dos Santos T, Gomes Dos Santos Ferreira R, Freitas Guljor AP, Aparecida Peters A, De Almeida Peres MA. PROTOCOLOS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA: CONTRIBUCIONES PARA TRANSFORMAR LA ATENCIÓN. Cogitare Enferm. 18 de noviembre de 2022;(27):1-11.
257. Pigozi PL, Jones Bartoli A. School Nurses' Experiences in Dealing With Bullying Situations Among Students. J Sch Nurs. junio de 2016;32(3):177-85.

258. Pace DS. Probability and non-probability sampling - an entry point for undergraduate researchers. *Int J Quant Qual Res Methods*. 2021;9(2):1-15.
259. González OH. Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. *An Approach to the Different Types of Nonprobabilistic Sampling*. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 2021;3(37).
260. Ramos Gil E, Román Frías A, García Campos A, Sánchez Gómez S. Impacto de la pandemia de COVID-19 en los profesionales de Atención Primaria y propuestas de mejora. *Rev Comunidad*. julio de 2023;