



Facultad de Psicología

Trabajo de
fin de máster

Victimización por
bullying

Modalidad 1

“Revisión bibliográfica y
propuesta aplicada”

Asociaciones con la salud
mental de las víctimas

Autor/a del TFM

Claudia Balado Alves

Máster en Psicología General Sanitaria
Año 2018

Índice

Resumen	3
Abstract	4
Introducción	5
Método	11
Resultados	14
Prevalencia de victimización en las diferentes muestras.....	31
Asociaciones entre victimización por bullying y salud mental.....	36
Moderadores de la asociación entre bullying y salud mental en víctimas.....	45
Discusión	55
Propuesta de intervención	63
Estructura de la intervención.....	65
Descripción de la intervención.....	68
Evaluación.....	84
Conclusiones	87
Limitaciones.....	89
Vías de investigación futuras.....	90
Referencias bibliográficas	91
Índice de tablas	99
Índice de figuras	99

Resumen

El *bullying* es un importante problema de salud pública cuyo interés ha crecido en los últimos años. La importancia de su estudio estriba en que cuando éste se produce puede interrumpirse el proceso de desarrollo normal de los niños y adolescentes. En el presente trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica actualizada con el objetivo de integrar las investigaciones más relevantes desde el año 2010 acerca de las asociaciones de la victimización por *bullying* con la salud mental de las víctimas. Los resultados muestran que la victimización se asocia, tanto a corto como a largo plazo, con síntomas tanto internalizantes como externalizantes, así como que estas asociaciones están moderadas por diferentes factores tanto individuales como familiares. Finalmente se ha elaborado una propuesta de intervención que tiene en cuenta estas variables y cuyo objetivo es disminuir el *distress* de las víctimas así como dotarlas de estrategias de afrontamiento y de regulación emocional que permitan a su vez prevenir que la victimización se repita en un futuro.

Palabras clave:

Acoso escolar, *bullying*, victimización, víctimas, salud mental

Abstract

Bullying is an important public health problem whose interest has grown in recent years. The importance of their study is that when this occurs, the normal development process of children and adolescents can be interrupted. In the present work an updated bibliographic review has been carried out with the objective of integrating the most relevant research since 2010 about the associations of bullying victimization with the mental health of the victims. The results show that victimization is associated, both in the short and long term, with both internalizing and externalizing symptoms, as well as that these associations are moderated by different factors, both individual and family. Finally, an intervention proposal has been prepared that takes into account these variables and whose objective is to reduce the distress of the victims as well as to provide them with coping and emotional regulation strategies that in turn prevent the victimization from recurring in the future.

Keywords:

Bullying, victimization, victims, mental health

Introducción

En la actualidad se considera el *bullying*, acoso escolar o intimidación como un importante problema de salud pública; no obstante, hace unos años el estudio de esta materia quedaba relegado a un segundo plano, considerándose en ocasiones “cosas de niños”. Se aprecia que hasta los años noventa la literatura sobre este fenómeno es prácticamente inexistente. Desde entonces, y especialmente desde el año 2000, ha habido una explosión de publicaciones.

Comienza a prestarse atención a este fenómeno, y por ende a ser estudiado científicamente, a raíz de las publicaciones de un científico y tres suicidios que causaron gran alarma social. El autor, Daniel Olweus, considerado como un referente en la materia, comienza sus investigaciones en Suecia en 1973 y escribe su primer libro sobre este tema en 1978. En 1982 los suicidios de tres jóvenes noruegos que habían sido víctimas de acoso escolar llaman la atención sobre este fenómeno y empieza el *boom* de estudios cuyo objetivo es entenderlo y guiar intervenciones eficaces.

A pesar de los años transcurridos desde entonces, y del número de publicaciones actuales, la definición de *bullying* más ampliamente aceptada por la comunidad científica sigue siendo la propuesta por Olweus en 1993, quien conceptualiza el acoso escolar como una serie de acciones negativas repetitivas contra un estudiante o grupo de estudiantes llevados a cabo por uno o más compañeros con mayor poder, entendiendo por acciones negativas los daños perpetrados de manera intencionada o la intención de infligir mal o

malestar a otra persona. Esta definición excluye juegos de lucha, ser agredido una sola vez, bromas entre amigos, conflictos puntuales, etc., en cambio, sí incluye ataques indirectos. Por tanto, debemos tener claro que “no toda agresión es *bullying*, pero el *bullying* es siempre agresión” (Berger, 2007, p.94).

Pese al acuerdo en estos términos, el constructo no consta de una definición operativa común y universal, existiendo diferencias entre autores, por ejemplo a la hora de considerar el número de veces necesarios de una agresión para considerarse acoso, durante cuánto tiempo,... A pesar de las diferencias, existen tres elementos imprescindibles para que una acción sea considerada acoso:

- Intencionalidad: existe una intención deliberada de dañar a la otra persona.
- Reiteración/repetición a través del tiempo.
- Desequilibrio de poder: la relación entre el agresor y la víctima es asimétrica, de manera física, cognitiva o social. Esto implica que para la víctima es muy difícil defenderse.

Otros elementos a considerar cuando se habla de acoso escolar es que suele ser sistemático y oculto; puede ser oportunista pero una vez que empieza suele continuar y volverse estable; ocurre de manera aleatoria e impredecible, esto es, puede darse en todo tipo de escuelas y sin verse restringido por factores de raza, género, edad, clase u otros; etc. (Sullivan, Cleary y Sullivan, 2005).

Existen diferentes formas de acoso, aunque en este punto tampoco se observa un consenso entre las publicaciones existentes. Olweus (1993) divide el acoso en directo o indirecto. El directo ocurre durante interacciones cara a cara, e incluye los subtipos físico y verbal. El indirecto o relacional no necesita interacciones cara a cara, de manera que el agresor puede permanecer anónimo y su detección se hace más complicada. Otro ejemplo de clasificación es la realizada por Sullivan et al. (2005) que consideran las modalidades recogidas en la Figura 1:

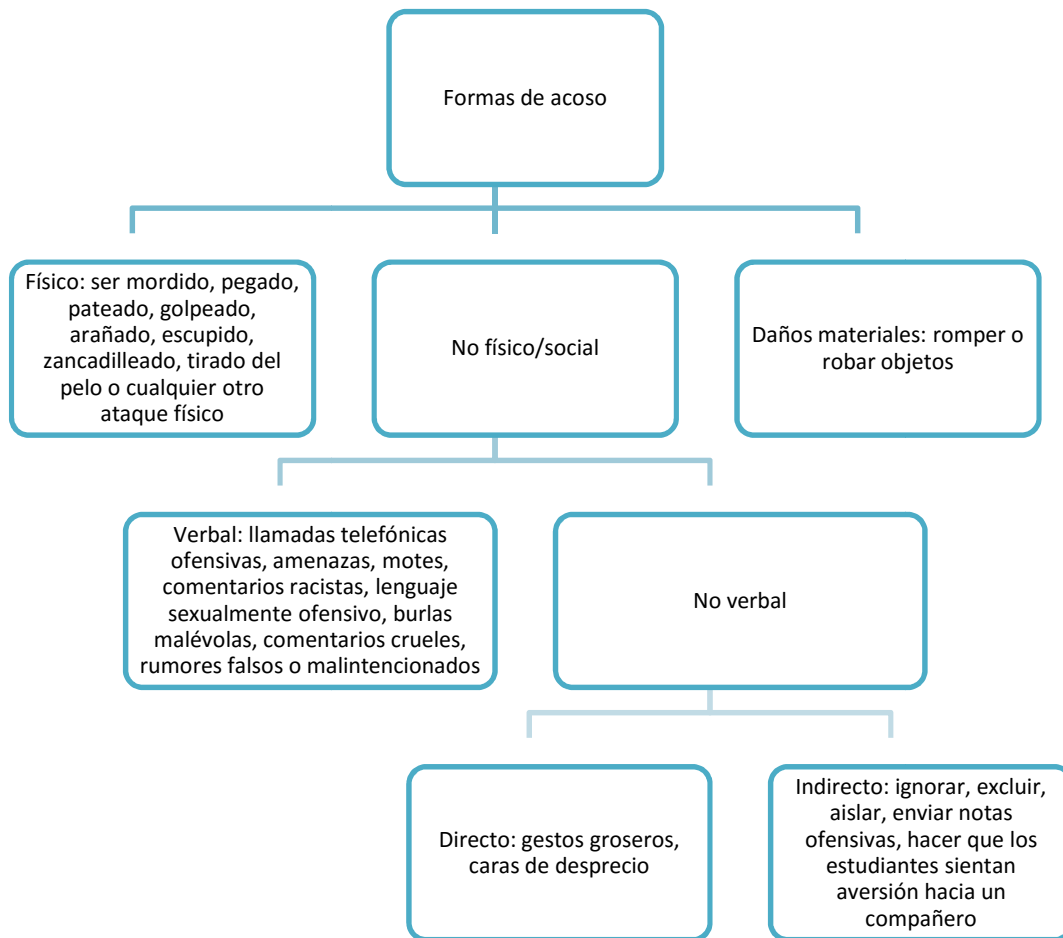


Figura 1. Tipos de acoso descritos por Sullivan et al. (2005). Adaptado de *Bullying en la enseñanza secundaria. El acoso escolar: cómo se presenta y cómo afrontarlo*, por K. Sullivan, M. Cleary y G. Sullivan, 2005, Barcelona: Ceac.

La modalidad que suele darse con mayor frecuencia, según los estudiosos, es el acoso verbal (Olweus, 2001). Recientemente, se ha hecho hincapié en la necesidad de considerar otro subtipo, el *ciber-bullying*, dada su alta incidencia en las nuevas generaciones. El ciberacoso es un daño deliberado y repetitivo infligido mediante el uso de ordenadores, teléfonos móviles o cualquier otro dispositivo electrónico (Aboujaoude, Savage, Starcevic, y Salame, 2015).

Debe tenerse en cuenta que el *bullying* no es un simple problema diádico entre un agresor y una víctima, sino que se trata de un fenómeno grupal, que ocurre en un contexto social y en el que varios factores contribuyen tanto al inicio como al mantenimiento o supresión de la situación (Olweus, 2001). Dado que es un tipo de interacción social debe hacerse mención de los principales implicados: las víctimas, los agresores y los espectadores.

- El agresor o acosador es alguien que repetidamente ataca a otro individuo que difícilmente puede defenderse. En muchos casos gozan de un buen estatus social dentro del aula (Berger, 2007), de forma contraria a las creencias comunes no presentan problemas de autoestima y en la mayoría de casos cuentan con varias amistades (Olweus, 2001).
- La víctima es alguien que repetidamente sufre acciones negativas de otro/s compañero/s. Existen dos tipos de víctimas:
 - o Víctimas pasivas: son sumisas e indefensas.
 - o Víctimas-agresoras (también llamadas víctimas provocadoras o agresivas): son individuos victimizados y que a la vez agreden a otros. Son alumnos disruptivos, impulsivos y con pocas habilidades de resolución de conflictos.
- Los observadores o testigos: también participan de este fenómeno que se da dentro de su contexto social, no son neutros. Algunos pueden animar a los agresores, otros defienden a las víctimas y otros son meros espectadores que de alguna manera permiten la existencia de ese fenómeno social.

Durante las últimas décadas se han diseñado multitud de programas con el objetivo de prevenir y frenar el acoso escolar, la mayoría utilizando modelos integradores que cuentan con la participación de toda la comunidad. Una de las intervenciones consideradas eficaces es el Programa Olweus de prevención contra el acoso escolar (1993), que tiene como objetivo conseguir que haya menos posibilidades y ninguna recompensa del comportamiento acosador ni dentro ni fuera de la escuela. Este programa ha sido valorado en múltiples ocasiones, observándose una reducción del acoso escolar y una mejora en diferentes aspectos del clima social del colegio. Además de este tipo de programas serán necesarios también otros que se centren en la salud mental de los implicados en el fenómeno del *bullying*. La importancia del estudio y control del *bullying* radica en que cuando éste se produce en muchos casos se interrumpe el proceso de desarrollo normal de los jóvenes. Por ello, además de detener su existencia, será importante que dispongamos de programas adecuados para intervenir sobre las posibles secuelas.

Las consecuencias del *bullying* a largo plazo dependerán de múltiples factores (estado de desarrollo, cultura, sexo, personalidad). Pero se ha demostrado que la victimización se

relaciona con diferentes síntomas psicopatológicos. Algunos de ellos son el aislamiento, la depresión, la ansiedad (tanto ansiedad generalizada como social), la ideación suicida (Arseneault, Bowes y Shakoor, 2010; Griffin y Gross, 2004; Hawker y Boulton, 2000; Houbre, Tarquinio, Thuillier y Hergott, 2006; Klomek, Sourander y Gould, 2010; Wolke y Lereya, 2015), síntomas de trastorno por estrés postraumático (Houbre et al., 2006), experiencias psicóticas (Arseneault et al., 2010; Wolke y Lereya, 2015), síntomas somáticos (Gini y Pozzoli, 2009; Wolke y Lereya, 2015), uso de tabaco (Wolke y Lereya, 2015) comportamiento violento (Arseneault et al., 2010) y dificultades de ajuste social (Rigby, 2003). Además de ser correlatos, estudios longitudinales muestran una relación bidireccional entre la victimización por *bullying* y los problemas internalizantes (Reijntjes, Kamphuis, Prinzie y Telch, 2010).

Por estos motivos, además de la creación de programas que consigan prevenir y detener el *bullying*, una vez éste ocurre es importante atender a los implicados en la medida en que pueden experimentar diferente sintomatología psicopatológica. Éste es el objetivo principal del presente estudio. Para realizar una intervención de calidad con las víctimas de *bullying* será necesario, en primer lugar conocer qué síntomas suelen presentar, tanto para tener en cuenta esos síntomas como posibles signos de alarma como para poder intervenir sobre ellos; y en segundo lugar, conocer qué variables moderan la relación existente entre la victimización y el desarrollo de los síntomas psicológicos, para así poder fortalecer los factores que protegen del desarrollo de dichos síntomas y tratar de disminuir los factores de riesgo que propician su aparición.

Las intervenciones centradas en las víctimas existentes hasta el momento hacen hincapié en la necesidad de disminuir los síntomas principalmente internalizantes para aliviar el malestar que sufre el individuo; pero pocas se han centrado en las variables moderadoras. Un ejemplo de tratamiento que trata de potenciar los factores protectores es la intervención propuesta por Healey y Sanders (2014) que tiene en consideración el papel de la familia y cuyo objetivo es establecer un patrón de crianza facilitadora para mitigar los posibles efectos de la victimización en la salud mental de los individuos. No obstante, existen otras variables que deben ser estudiadas e incluidas en la intervención. En este trabajo pretendemos conocer qué factores deberán ser tomados en cuenta para realizar una propuesta de intervención integradora que aborde los principales factores moderadores.

Este trabajo se ha centrado en las víctimas, si bien no queremos dejar de hacer mención a la importancia del estudio de los agresores y los espectadores a la hora de combatir el *bullying*. Por razones de economía de espacio y tiempo el trabajo debe limitarse a un solo grupo, dada la gran cantidad de datos y factores a tener en cuenta en cada uno de ellos. Por las razones mencionadas, los objetivos del trabajo han intentado dar respuesta a estas dos preguntas:

- ¿Con qué variables de la salud mental se relaciona la victimización por *bullying*?
- ¿Qué factores influyen en esas asociaciones?

Para ello se ha llevado a cabo una revisión sistemática de los principales estudios del tema desde el año 2010. Con esta información se ha elaborado un protocolo de intervención que tiene como objetivo reducir el malestar psicológico de las víctimas y dotarles de estrategias que prevengan que vuelvan a ser victimizadas.

La estructura del trabajo es la siguiente. En primer lugar se describe el procedimiento realizado para la búsqueda de los artículos científicos utilizados para llevar a cabo la revisión bibliográfica. En segundo lugar se presentan los resultados más importantes y seguidamente puede leerse una breve discusión acerca de éstos. Después de la elaboración de esta revisión, se propone un protocolo de intervención para llevar a cabo tanto con las víctimas como con las familias de éstas. Por último se recogen las conclusiones principales de este trabajo así como una serie de limitaciones y posibles futuras vías de investigación.

Método

En este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica actualizada con el objetivo de analizar las asociaciones entre la victimización por *bullying* y la salud mental de las víctimas y conocer diferentes variables que repercutan en esa asociación.

Con dicho propósito se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática en tres bases de datos, a saber, PsycInfo, Dialnet y Medline Advanced 1966. Los términos de búsqueda utilizados han sido: *bully** AND *victim** AND (*problem** OR *disorder**). Se han incluido aquellos artículos publicados en los últimos 7 años, en inglés o español.

Las publicaciones seleccionadas analizan las relaciones entre acoso escolar y alteraciones psicológicas, así como los factores que inciden en dichas relaciones, tales como el genotipo, las estrategias de afrontamiento, el entorno familiar, etc.

Se han excluido los documentos no empíricos, los que se centran exclusivamente en la prevención, en la eficacia de una intervención o en los agresores, o los que estudian diversos instrumentos de evaluación sobre la presencia de acoso, puesto que no es el tema de estudio de este trabajo.

De dicha búsqueda se han obtenido, en un primer momento, un total de 49 artículos. Después de eliminar los duplicados se obtienen 47 documentos. Tras leer el título y el resumen, se han excluido 14 de ellos. La Tabla 1 muestra la búsqueda realizada.

Además de la búsqueda sistemática efectuada, se han seleccionado otros tres artículos mediante búsqueda manual. Tras leer todos los documentos completos (36), se ha decidido excluir a cuatro de ellos que versan sobre el *ciberbullying*, por tratarse de una problemática tan amplia que podría protagonizar un trabajo completo por sí mismo. De este modo, se han incluido finalmente en el trabajo un total de 32 artículos. La Figura 2 muestra el diagrama de la búsqueda llevada a cabo.

Tabla 1

Búsqueda sistemática realizada en las diferentes bases de datos

	<i>PsycInfo:</i>	<i>Dialnet:</i>	<i>Medline Advanced 1966:</i>
Términos de búsqueda		1. <i>bully*</i> AND <i>victim*</i> 2. (<i>problem*</i> OR <i>disorder*</i>)	
Campo de búsqueda	1. IF- Palabra clave 2. AB – Resumen	1. Título 2. Resumen	1 AND 2. TI – Título
Resultados	22 resultados Seleccionados para lectura completa: 15	7 resultados Seleccionados para lectura completa: 4	20 resultados Seleccionados para lectura completa: 16 2 artículos se solapan con los resultados obtenidos en PsycInfo, por tanto, se seleccionan finalmente 14.

Especificadores:

- Criterio temporal: De enero de 2010 a septiembre de 2017 (ambos inclusive)
- Idioma: Inglés y español
- Grupo de edad: de 0 a 18 años
- Artículos de revista, evaluados por expertos y publicaciones académicas
- Metodología: estudios empíricos

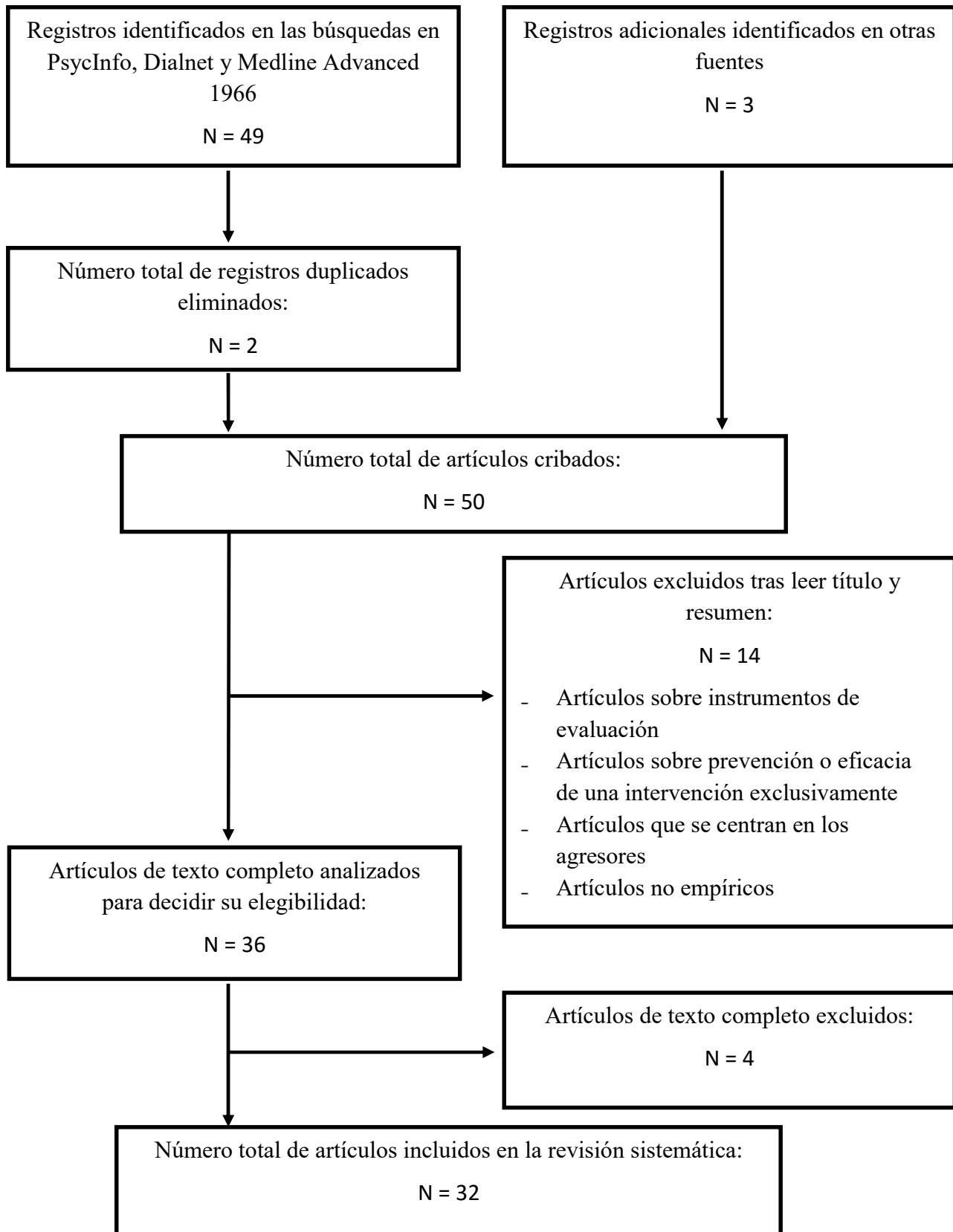


Figura 2. Diagrama de flujo de la búsqueda sistemática

Resultados

A continuación se expondrán los hallazgos empíricos más importantes encontrados en las diferentes investigaciones que se han recopilado para este trabajo sobre la victimización en *bullying* y sus asociaciones con alteraciones de la salud mental.

Primero se presentará una tabla-resumen en la que se incluirán los aspectos más relevantes de cada estudio (título, autores y fecha de publicación, revista de publicación, objetivos, descripción de la muestra, instrumentos empleados y hallazgos más relevantes), con el objetivo de organizar la información y acceder a ella con mayor facilidad. Los artículos aparecerán en orden cronológico con la intención de mostrar la evolución de los estudios sobre este tema a lo largo de los años (ver Tabla 2).

Posteriormente se hará una puesta en común de todos los resultados obtenidos, haciendo un análisis descriptivo de los mismos que permita dar respuesta a los objetivos establecidos para este trabajo.

Tabla 2

Tabla-resumen de los principales estudios sobre bullying y salud mental

Título, autor y año	Revista	Objetivo	Muestra	Evaluación realizada	Hallazgos principales
Bullying victimization among underweight and overweight US youth: Differential associations for boys and girls (Wang, Iannotti y Luk; 2010)	Journal of Adolescent Health	Examinar la asociación entre peso corporal y victimización por <i>bullying</i> en jóvenes de 6° a 10° grado, evaluando potenciales diferencias según el género.	N = 6939 adolescentes de 6° a 10° grado. País: EEUU.	- Victimización: <i>The Revised Olweus' bully/victim instrument</i> + 2 ítems para <i>ciberbullying</i> . - IMC - Variables sociodemográficas: género, edad y raza/etnia.	- Bajo peso se relaciona con: o Mayor probabilidad de sufrir <i>bullying</i> físico en chicos. o Mayor probabilidad de sufrir <i>bullying</i> relacional en chicas. - Chicos con sobrepeso y chicas con obesidad muestran mayor probabilidad de ser victimizados verbalmente.
Correlates of victimization in Hong Kong children's peer groups (Tom, Schwartz, Chang, Farver y Xu; 2010)	Journal of Applied Developmental Psychology	1. Analizar las diferencias potenciales en los correlatos de la victimización en <i>bullying</i> a lo largo de diferentes grupos de edad y género. 2. Estudiar las relaciones entre los subtipos de agresividad y victimización, en niños de Hong Kong.	Estudio 1: N = 1361 estudiantes de 5 colegios públicos urbanos y semiurbanos. Edad: 7-16 años Estudio 2: N = 288 niños de 6 escuelas primarias públicas. Edad: 8-12 País: Hong Kong	Estudio 1: - Inventario de nominación de pares: sumisión-retraimiento, asertividad-sociabilidad, y victimización de pares. - Evaluación por parte de profesores de: sumisión-retraimiento, asertividad-sociabilidad, y rendimiento académico. Estudio 2: - Inventario de nominación de pares: agresión y victimización directa y relacional.	Estudio 1: - La victimización entre iguales se relaciona: o Positivamente con sumisión-retraimiento. o Negativamente con rendimiento académico. o Negativamente con asertividad-sociabilidad. Estudio 2: - Asociaciones significativas entre ejercer agresión directa y victimización relacional y entre agresión relacional y victimización relacional, en ambos sexos. - En mujeres también asociación entre agresión directa y victimización directa y agresión relacional y victimización directa; pero estas relaciones no son significativas en varones.

Nota: IMC = índice de masa corporal

Tabla 2 (Continuación)

Título, autor y año	Revista	Objetivo	Muestra	Evaluación realizada	Hallazgos principales
Emotional, self-conceptual, and relational characteristics of bullies and the bullied (Meland, Rydning, Lobben, Breidablik y Ekeland; 2010)	Scandinavian Journal of Public Health	Explorar las diferencias en síntomas emocionales y somáticos y en integración social y auto-percepción entre los diferentes grupos implicados en <i>bullying</i> .	N = 1237 estudiantes de de 18 escuelas de entornos rurales y urbanos. Edad: 11-15 País: Noruega (Alesund).	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia y victimización <i>bullying</i>. - Síntomas depresivos, ansiosos o psicósomáticos: HBSC <i>symptom check list</i>. - Autoconcepto: imagen corporal, pesimismo y autoreproches. - Integración social: HBSC 	<ul style="list-style-type: none"> - Las víctimas-agresoras muestran mayor número de síntomas somáticos y emocionales (depresivos y ansiosos) que GC y que agresores. - Víctimas y víctimas-agresores frecuentes: más preocupación corporal y autoreproches que GC; más autoreproches que agresores. - Víctimas: falta de integración social con compañeros, y más déficits sociales cuanto mayor es la victimización.
Experiences of School Bullying, Psychological Well-being and Stress in Northern Ireland (McGuckin, Lewis y Cummins; 2010)	The Irish Journal of Psychology	Estudiar la relación entre victimización por <i>bullying</i> y el estrés y el bienestar psicológico general.	N = 824 jóvenes. Edad: 16 País: Irlanda del Norte.	<ul style="list-style-type: none"> - Victimización por <i>bullying</i>. - Bienestar psicológico: GHQ-12 - Estrés: qué le genera estrés y frecuencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asociación significativa entre victimización y daño/bienestar psicológico; así como entre victimización y estrés, y bienestar psicológico y estrés. - Las víctimas informan de niveles más pobres de bienestar psicológico y más altos de estrés.

Nota: HBSC = Health Behavior in School-aged Children; GHQ-12 = General Health Questionnaire.

Tabla 2 (Continuación)

Título, autor y año	Revista	Objetivo	Muestra	Evaluación realizada	Hallazgos principales
Families promote emotional and behavioural resilience to bullying: evidence of an environmental effect (Bowes, Maughan, Caspi, Moffitt y Arseneault; 2010)	The Journal of Child Psychology and Psychiatry	Estudiar los posibles efectos protectores de factores familiares en el desarrollo emocional y comportamental de los niños, especialmente en víctimas de <i>bullying</i> . Analizar si esos factores tienen un efecto mediado por el medio ambiente en el ajuste positivo de los niños tras la victimización (estudiando pares de gemelos MZ).	N = 1116 familias con gemelos del mismo sexo. Edad: evaluación a los 5, 7, 10 y 12 años. País: Inglaterra y Gales	<ul style="list-style-type: none"> - Victimización verbal, física, relacional, exclusión u otras en primaria. - Problemas emocionales y comportamentales en línea base y a los 10 y 12 años: CBCL y TRF. - Factores familiares: <ul style="list-style-type: none"> o Calidez maternal: adaptación método <i>Five Minute Speech Sample</i>. o Calidez fraternal. - Atmósfera en casa: <i>Coder's Impression Inventory</i>. Estado de la casa, estimulación, felicidad y caos. - Covariables: CI y estatus socioeconómico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Víctimas en primaria: niveles mayores de problemas emocionales y de comportamiento a los 10 y 12 años, incluso tras controlar problemas preexistentes. - La resiliencia se asocia negativamente con: <ul style="list-style-type: none"> o Bajo CI y altos niveles de dificultades socioeconómicas. o Altos niveles de problemas emocionales y comportamentales a los 5 años. - Tras controlar el género, CI y dificultades socioeconómicas, la resiliencia a la victimización se asocia con: calidez maternal, calidez fraternal y atmósfera en casa (tanto de manera conjunta como única). - Mediación del ambiente (calidez materna) entre victimización y problemas comportamentales.

Nota: CBCL = Children Behavior Checklist; TRF = Teacher's Report Form.

Tabla 2 (Continuación)

Título, autor y año	Revista	Objetivo	Muestra	Evaluación realizada	Hallazgos principales
Parental alcohol problems and peer bullying and victimization: Child gender and toddler attachment security as moderators (Eidenet al., 2010)	Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology	Examinar la asociación entre el alcoholismo paterno y la implicación en <i>bullying</i> en la infancia media, analizando el apego infantil como moderador o mediador.	N = 227 familias con padres que cohabitan como cuidadores principales. Dos grupos: <ul style="list-style-type: none"> - Padres sin problemas con el alcohol. - Uno o dos padres con problemas de abuso de alcohol. Edad: 12-36 meses; 5-6 y 9-10 años País: Nueva York	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de alcohol parental: <i>University of Michigan Composite International Diagnostic Interview</i> y para problemas actuales criterios diagnósticos del DSM-IV. - Apego madre-niño: evaluación a los 18 meses con el paradigma <i>Ainsworth Strange Situation</i>. - <i>Bullying</i> y victimización: <i>Revised Bully/Victim Questionnaire</i>. 	No asociación entre problemas de alcohol parentales y victimización.
Serotonin Transporter Gene moderates the development of emotional problems among children following bullying victimization (Sugden et al., 2010)	Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry	Estudiar si las variaciones genéticas en el 5-HTTLPR (región polimórfica ligada al transportador de serotonina) moderan la asociación entre victimización por <i>bullying</i> y el riesgo de desarrollar problemas emocionales.	N = 2017 gemelos (tanto mono como dicigóticos). 2 grupos según fueran concordantes o discordantes en sufrir <i>bullying</i> ; 3 grupos en función del genotipo (SS, SL, LL), que siempre es igual para ambos gemelos. Edad: 5, 7, 10 y 12 País: Inglaterra	<ul style="list-style-type: none"> - Victimización por <i>bullying</i> verbal, físico, relacional, daños a la propiedad o exclusión. - Problemas emocionales valorados a los 5 y 12 años: CBCL y TRF - Genotipo: extracción y análisis de ADN a los 5 y 7 años. 	<ul style="list-style-type: none"> - El genotipo modera la asociación victimización frecuente – problemas emocionales (especialmente SS), incluso tras controlar otros factores de riesgo. - Alelo L: protector de los efectos de la victimización por bullying.

Nota: CBCL = Children's Behavior Checklist; TRF = Teacher Report Form

Tabla 2 (Continuación)

Título, autor y año	Revista	Objetivo	Muestra	Evaluación realizada	Hallazgos principales
Coping strategies and perceived effectiveness in fourth through eighth grade victims of bullying (Tenenbaum, Varjas, Meyers y Parris; 2011)	School Psychology International	Examinar qué estrategias de afrontamiento utilizan los estudiantes cuando se enfrentan a la victimización por <i>bullying</i> , si existen diferencias según el género y si las víctimas perciben que las estrategias que escogen son o no eficaces.	N = 102 estudiantes de una escuela primaria y una secundaria públicas. Edad: 9-15(4º-8º grado). País: EEUU (sudeste).	- Entrevista semi-estructurada a víctimas para valorar sus estrategias de afrontamiento: hacerle frente al agresor, auto-defensa, buscar apoyo social, distanciamiento, internalizar, externalizar/liberar tensión, centrarse en lo positivo y auto-culpa.	- Las chicas buscan más apoyo social que los chicos, y mayor uso de estrategias de regulación emocional al final del día. - En respuesta a la agresión, los chicos usan más violencia física, las chicas, verbal. - Los estudiantes encuentran que con frecuencia sus estrategias de afrontamiento no son efectivas. Las víctimas usan principalmente estrategias centradas en el problema, pero sin éxito. - Buscar apoyo social: vista como una de las estrategias más útiles.
Bullying and peer victimisation in adolescent girls with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (Sciberras, Ohan y Anderson; 2012)	Child Psychiatry and Human Development	Comparar la existencia de <i>bullying</i> y victimización, tanto directo como relacional, entre chicas adolescentes con y sin diagnóstico de TDAH. Explorar las dificultades sociales de la muestra con TDAH cuando presentan diagnóstico comórbido de TOD.	N=22 con diagnóstico de TDAH. N=20 sin TDAH (control). Edad: 12-18 País: Australia	- Síntomas TDAH:ADHD-IV-R - Síntomas TOD: ODDRS - Victimización entre iguales: autoinforme y SEQ - Comportamientos de <i>bullying</i> : autoinforme y CSBS - Problemas sociales: YSR y CBCL - Habilidades cognitivas: WASI. Subescala lectura del WRAT-III	- Grupo con TDAH informa de mayores tasas de victimización y mayor número de problemas sociales, en comparación con el grupo control. - Los síntomas de TOD se relacionan con el autoinforme de victimización directa y de problemas sociales. (Esta asociación no cambia al añadir al modelo el diagnóstico de TDAH).

Nota: ODDRS = Oppositional Defiant Disorder Rating Scale; SEQ = Social Experience Questionnaire; CSBS = Children's Social Behavior Scale; YSR = Youth Self Report; CBCL = Child Behavior Checklist; WASI = Wechsler Abbreviated Scales of Intelligence; WRAT-III = Wide Range Achievement Test.

Tabla 2 (Continuación)

Título, autor y año	Revista	Objetivo	Muestra	Evaluación realizada	Hallazgos principales
Bullying involvement and the school adjustment of rural students with and without disabilities (Farmer et al., 2012)	Journal of Emotional and Behavioral Disorders	Examinar si los estudiantes de educación especial presentan niveles más elevados de implicación en <i>bullying</i> que los de educación general. Explorar cómo las competencias interpersonales, y la valoración y vinculación escolar, se relacionan con los distintos subgrupos de <i>bullying</i> en ambas muestras.	N = 1389 estudiantes y sus profesores de 35 escuelas rurales 145 reciben educación especial. País: EEUU	<ul style="list-style-type: none"> - ICS-T: agresión, popularidad, competencia académica, afiliación, internalización y competencia atlética. Perfil de comportamientos positivos y negativos. - Valoración escolar. Vinculación escolar: escala PSSM-B - Adaptación social: subescala <i>Social Adaptation</i> de ICS-T - Implicación en <i>bullying</i>: evaluación de profesores más nominación de pares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Implicación en <i>bullying</i> y competencias interpersonales: <ul style="list-style-type: none"> o Víctimas y víctimas-agresoras: puntuaciones más bajas en popularidad y competencia académica. o Víctimas: puntuaciones más altas en internalización. o Víctimas-agresoras: puntuaciones más bajas en afiliación. - Recibir educación especial se asocia con mayores probabilidades de ser víctima o víctima-agresora.
Understanding the bullying dynamic among students in special and general education (Swearer, Wang, Maag, Siebecker y Frerichs; 2012)	Journal of School Psychology	Analizar si los estudiantes con discapacidades muestran mayor probabilidad de verse envueltos en el continuum del <i>bullying</i> y comparar cómo los comportamientos prosociales de estudiantes con y sin educación especial pueden mediar entre sus discapacidades y el <i>bullying</i> .	N = 816 estudiantes. Los alumnos con educación especial asisten a clases regulares. Edad: 9-18 País: EEUU	<ul style="list-style-type: none"> - Perpetración y victimización por <i>bullying</i>: PRB. - Comportamiento prosocial: CSBS, subescala de comportamiento prosocial. - “Office referrals”: número, tipo, objetivo y respuesta administrativa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudiantes con problemas comportamentales y discapacidades observables: victimización y perpetración de <i>bullying</i> más frecuente que no observables y educación ordinaria. - Al realizar regresión para valorar predictores se observa que: <ul style="list-style-type: none"> o Educación especial: predictor significativo de la implicación en <i>bullying</i>. o Educación especial: menos comportamientos prosociales que educación general. o Implicación en comportamientos prosociales no predice la implicación en <i>bullying</i>

Nota: ICS-T = Interpersonal Competence Scale-Teacher; PSSM-B = Psychological Sense of School Membership-Brief; PRB = Pacific-Rim Bullying measure; CSBS = Children’s Social Behavior Scale.

Tabla 2 (Continuación)

Título, autor y año	Revista	Objetivo	Muestra	Evaluación realizada	Hallazgos principales
Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence (Copeland, Wolke, Angold y Costello; 2013)	JAMA Psychiatry	Investigar los efectos a largo plazo de verse implicado en <i>bullying</i> en la niñez o adolescencia sobre la salud mental en la adultez, tras controlar problemas preexistentes y dificultades familiares.	N = 1420 Edad: 9-16 (evaluados en línea base. 3 cohortes: 9, 11 y 13 años) N = 3184 adultos. Edad: 19, 21 y 24-26 País: 11 países del Noroeste de Carolina.	- Child and Adolescent Psychiatric Assessment: o Victimización/perpetración <i>bullying</i> o Variables psiquiátricas: criterios DSM-IV para trastornos de ansiedad, depresivos o problemas de conducta. o Dificultades familiares: estatus socioeconómico bajo, estructura familiar inestable, disfunción familiar y/o maltrato. - YAPA: criterios DSM-IV trastornos de ansiedad, depresivos, TAP y/o abuso o dependencia de sustancias.	- Ambos grupos de víctimas: mayor riesgo de sufrir problemas psicopatológicos en la adultez joven en comparación con los no implicados: - Tanto las víctimas puras como las víctimas-agresoras presentan más problemas psicopatológicos y dificultades familiares en la niñez y adolescencia. - Tras ajustar problemas y dificultades en la infancia, se observa que: o Víctimas: riesgo trastornos ansiosos (pero ya no asociación significativa con trastornos depresivos). o Víctimas-agresoras: riesgo para trastornos depresivos y trastorno de pánico (pero ya no para otros trastornos de ansiedad).
Bullying among schoolchildren: Differences between victims and aggressors (García-Contiente, Pérez-Giménez, Espelt y Adell; 2013)	Gaceta Sanitaria	Identificar factores asociados al <i>bullying</i> entre adolescentes, analizando los diferentes roles por separado.	N = 3089 Edad: 13-18 País: España (Barcelona)	- Victimización y perpetración <i>bullying</i> - Edad, curso, sexo, nivel socioeconómico. - Otros: estado de ánimo, comportamiento antisocial, uso de sustancias, índice de masa corporal.	- Ser víctima se asocia con: género masculino, sobrepeso o obesidad, no haber consumido cannabis nunca, sentirse triste, deprimido o desesperanzado y problemas para dormir frecuentes. - Ser víctima-agresora se asocia con: género masculino, sentimientos frecuentes de cansancio o aburrimiento y nerviosismo o tensión, robar objetos y sobrepeso (asociaciones incluso más fuertes que para agresores).

Nota: YAPA = Young Adult Psychiatric Assessment.

Tabla 2 (Continuación)

Título, autor y año	Revista	Objetivo	Muestra	Evaluación realizada	Hallazgos principales
The association between bullying and the psychological functioning of children with Autism Spectrum Disorders (Zablotsky, Bradshaw, Anderson y Law; 2013)	Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics	Explorar las consecuencias psicológicas de la victimización y perpetración de <i>bullying</i> frecuente. Determinar la relación entre condiciones psiquiátricas preexistentes y el riesgo de implicación en <i>bullying</i> .	N = 1221 padres de niños con diagnóstico de TEA. Edad: 6-15 País: EEUU	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnósticos de ansiedad, depresión, TDAH, TOC, fobia social, problemas de conducta o TOD. - Déficits en HHSS. - Implicación en <i>bullying</i> y cómo ha reaccionado el niño. - Funcionamiento psicológico: POCA. Escalas de problemas de regulación de emociones y síntomas internalizantes. - Edad, género, raza, etnia y diagnóstico de TEA. 	<ul style="list-style-type: none"> - Víctimas: más probabilidades de ser diagnosticadas de síndrome de Asperger, asistir a un colegio público, a educación regular y estar en secundaria. - Diagnóstico de TDAH se asocia con mayor probabilidad de ser víctima o víctima-agresora en el último mes; diagnóstico de depresión, con ser víctima; y diagnósticos de trastorno de la conducta o TOD, con ser agresor o víctima-agresora. - Víctimas frecuentes: puntuaciones más altas en síntomas internalizantes. - Víctimas-agresoras frecuentes: puntuaciones más altas tanto en síntomas internalizantes como en problemas de regulación emocional.
The social and emotional skills of bullies, victims, and bully-victims of Egyptian primary school children (Hussein; 2013)	International Journal of Psychology	Comparar las habilidades sociales y emocionales de los niños no implicados en el <i>bullying</i> y los que sí.	N= 623 Edad: 10-12 (5º-6º grado) País: Egipto (Alejandría)	<ul style="list-style-type: none"> - PIPSQ: perpetración y victimización por <i>bullying</i>, tanto directo como indirecto. - CS₄: reglas sociales, simpatía/agradabilidad e ingenuidad social. - EAQC-R: diferenciación de emociones, compartirlas verbalmente, no ocultarlas, conciencia corporal de ellas, “atender” a las emociones de otros y análisis de las emociones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Al disminuir las puntuaciones en adherencia a reglas sociales, aumenta la probabilidad de ser víctima-agresora o agresor. - Víctimas: conciencia disminuida de las reacciones físicas de sus emociones. - Esconder las emociones negativas se asocia con mayor probabilidad de ser víctima.

Nota: POCA = Parent Observation of Child Adaptation; PIPSQ = The Peer Interactions in Primary School Questionnaire; CS₄ = Children’s Social Skills Scale; EAQC-R = Emotion Awareness Questionnaire for Children Revised.

Tabla 2 (Continuación)

Título, autor y año	Revista	Objetivo	Muestra	Evaluación realizada	Hallazgos principales
Victims and bully-victims but not bullies are groups associated with anxiety symptomatology among Brazilian children and adolescents (Isolan, Salum, Osowski, Zottis y Manfro; 2013)	European Child and Adolescent Psychiatry	Conocer la prevalencia de <i>bullying</i> en una muestra de niños y adolescentes brasileños y las diferencias según edad y género. Analizar la asociación entre comportamientos de <i>bullying</i> y sintomatología ansiosa.	N= 2353 Edad: 9-18 País: Brasil (Porto Alegre)	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario sobre comportamientos de <i>bullying</i> y su frecuencia - SCARED: escalas pánico/somático, ansiedad generalizada, ansiedad de separación, fobia social y fobia escolar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Las víctimas y víctimas-agresoras obtienen puntuaciones significativamente más altas en todas las escalas de ansiedad, en comparación con el grupo control. No se evidencian diferencia entre víctimas y víctimas-agresoras.
Bully victimization and emotional problems in adolescents: Moderation by specific cognitive coping strategies? (Garnefski y Kraaij; 2014)	Journal of Adolescence	Analizar las relaciones entre victimización por <i>bullying</i> y síntomas de depresión y/o ansiedad, y su posible moderación por estrategias cognitivas específicas de afrontamiento.	N = 582 Edad: 13-16 País: Holanda	<ul style="list-style-type: none"> - Victimización por <i>bullying</i>: <i>Olweus Bully/Victim Questionnaire</i> revisado. 2 grupos: victimizados 2 o más veces al mes; y menos. - Estrategias cognitivas de regulación emocional/de afrontamiento: CERQ: auto-culpabilizarse, culpar a otros, aceptación, rumiación, catastrofización, reenfocarse en la planificación, poner en perspectiva, reevaluación positiva y reenfoque positivo. - Síntomas depresivos y ansiosos: SCL-90. - Eventos vitales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tras controlar el género y eventos vitales, la victimización por <i>bullying</i> sigue asociándose significativamente con síntomas depresivos. Las estrategias cognitivas que moderan esa relación son <ul style="list-style-type: none"> o Positivamente, la rumiación o Negativamente, el reenfoque positivo - La asociación entre victimización y síntomas ansiosos se ve moderada por: <ul style="list-style-type: none"> o Rumiación o Catastrofización o Negativamente, por reevaluación positiva

Nota: SCARED = Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders; CERQ = Cognitive Emotion Regulation Questionnaire; SCL-90 = Symptom CheckList.

Tabla 2 (Continuación)

Título, autor y año	Revista	Objetivo	Muestra	Evaluación realizada	Hallazgos principales
Bullying victimization, internalizing symptoms, and conduct problems in South African children and adolescents: A longitudinal investigation (Boyes, Bowes, Cluver, Ward y Badcock; 2014)	Journal of Abnormal Child Psychology	Examinar las relaciones transversales y longitudinales entre la victimización por <i>bullying</i> y los síntomas tanto internalizantes como externalizantes en niños y adolescentes y las diferencias según edad y género.	N = 3515 Edad: 10-17	- Victimización por <i>bullying</i> : <i>Social and Health Assessment Peer Victimization</i> .	- Victimización múltiple en línea base, se asocia prospectivamente con síntomas internalizantes y problemas de conducta.
			N = 3401 evaluados 1 años después.	- Síntomas de ansiedad: RCMAS	- Síntomas internalizantes o problemas de conducta en línea base se asocia con sufrir múltiples formas de <i>bullying</i> posteriormente.
			País: Sudáfrica	- Síntomas depresivos: CDI-SF	- La victimización en la línea base predice la victimización durante el seguimiento, un año más tarde.
				- Estrés postraumático: <i>Child PTSD Checklist</i>	
				- Problemas de conducta: SDQ	
				- Pobreza familiar, edad, género, ámbito rural/urbano.	
Further evaluation of associations between attention-deficit/hyperactivity and oppositional defiant disorder symptoms and bullying-victimization in adolescence (Fite, Evans, Cooley y Rubens; 2014)	Child Psychiatry and Human Develop	Examinar hasta qué punto los síntomas de TDAH y TOD se asocian con la perpetración y victimización por <i>bullying</i> , teniendo en cuenta el género y la socialización con pares delincuentes como moderadores.	N = 173 adolescentes y sus profesores. Edad: 14-18 (9º-12º grado) País: EEUU (Midwestern)	- Perpetración y victimización por <i>bullying</i> físico y relacional.	- Los síntomas de TOD se asocian con victimización por <i>bullying</i> físico en varones, estando esta relación moderada por la afiliación con pares delincuentes.
				- Síntomas TOD y TDAH: <i>Disruptive Behavior Disorder Checklist</i> .	- Síntomas de TOD relacionados con perpetración y victimización por <i>bullying</i> relacional.
				- Delincuencia de pares: un ítem sobre afiliarse con otros que suelen romper las normas.	- Tras analizar las interacciones género x delincuencia pares x síntomas TDAH y TOD para <i>bullying</i> relacional: <ul style="list-style-type: none"> ○ Varones: síntomas de TDAH se asocian positivamente con victimización relacional cuando hay niveles altos de afiliación con delincuentes, pero no cuando hay bajos.

Nota: RCMAS = Revised Children's Manifest Anxiety Scale; CDI-SF = Children's Depression Inventory-Short Form; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire.

Tabla 2 (Continuación)

Título, autor y año	Revista	Objetivo	Muestra	Evaluación realizada	Hallazgos principales
Teacher and peer reports of overweight and bullying among young primary school children (Jansen et al., 2014)	Pediatrics	Examinar si el sobrepeso o la obesidad se asocian con la victimización y perpetración de <i>bullying</i> en niños de 1º EPO.	N = 4364 niños Edad: 5-6 N = 1661 de esos niños informaron sobre <i>bullying</i> mediante nominación de pares.	<ul style="list-style-type: none"> - Perpetración y victimización por <i>bullying</i>: <ul style="list-style-type: none"> o Profesores: puntúan la ocurrencia de <i>bullying</i> físico, verbal, relacional y material. o Niños: PEERS. Evalúan los mismos 4 subtipos. - IMC. Se clasifican en normo-peso, sobrepeso y obesidad. - Covariables: género, nacionalidad, edad, nivel educativo materno, tener sólo un padre y presencia de hermanos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asociación IMC y victimización por <i>bullying</i>: <ul style="list-style-type: none"> o Cuando informan los profesores, 1 punto de aumento en IMC se asocia con un aumento significativo de 0.05 en las puntuaciones de victimización. - Obesidad (pero no sobrepeso): mayor riesgo que normo-peso de ser víctima-agresora; pero no de ser sólo víctima o sólo agresor.
Bully/victim: a longitudinal, population-based cohort study of their mental health (Lereya, Copeland, Zammit y Wolke; 2015)	European Child and Adolescent Psychiatry	Analizar la estabilidad de los roles en <i>bullying</i> al pasar de primaria a secundaria, y su impacto en la salud mental a los 18 años	N = 4101 Edad: 10, 13 y 18 País: Reino Unido (Avon)	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Bullying</i>: evaluación a los 10 y 13 años, información de niños (<i>Bullying and Friendship Interview Schedule</i>) y madres (ítem del SDQ). - Experiencias psicóticas desde los 12 años, valoradas a los 18 años: PLIKSi - Diagnósticos CIE-10 de depresión y ansiedad: CIS-R - Otros factores: crianza maladaptativa, violencia doméstica, factores de riesgo familiares (dificultades financieras, implicación en crímenes), problemas internalizantes/externalizantes (SDQ), diagnósticos psiquiátricos (DSM-IV) a los 7 años. 	<ul style="list-style-type: none"> - El 61.8% de las víctimas-agresoras a los 13 años (secundaria) habían sido víctimas o víctimas-agresoras a los 10 (primaria). - Tras ajustar otros factores, tanto las víctimas como las víctimas-agresoras a los 10 y 13 años presentan un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental a los 18, comparado con los neutros.

Nota: CEV = Cuestionario de exposición a la violencia; PEERS = Peer evaluation of relationships at school; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire; PLIKSi = Psychosis-Like Symptom interview; CIS-R = Clinical Interview Schedule.

Tabla 2 (Continuación)

Título, autor y año	Revista	Objetivo	Muestra	Evaluación realizada	Hallazgos principales
Bullying victimization, parenting stress, and anxiety among adolescents and young adults with Autism Spectrum Disorder (Weiss, Cappadocia, Tint y Pepler; 2015)	Autism Research	Estudiar las asociaciones entre ansiedad y diversos factores individuales (edad, sexo, severidad de síntomas de TEA) y sociales (victimización por <i>bullying</i> , exposición a eventos vitales negativos, ingresos familiares y estrés de crianza materno) en adolescentes y jóvenes adultos con TEA. Examinar si el estrés de crianza materno modera la relación entre victimización y ansiedad.	N = 101 madres de adolescentes y jóvenes adultos con TEA. Edad: 12-21 País: Canadá	- Estrés de crianza: PSS - Eventos vitales negativos: lista de 15 eventos. - Victimización por <i>bullying</i> : versión para padres de PREVNet - Síntomas ansiosos: subescala de la forma para padres de NCBRF - Severidad de los síntomas del TEA: AQ	- La frecuencia de la victimización por <i>bullying</i> se asocia significativamente con la ansiedad del niño, la severidad de los síntomas de TEA, los eventos vitales negativos y el estrés de crianza de la madre. - Al analizar la relación entre victimización, estrés de crianza y ansiedad se observa que la victimización por <i>bullying</i> no se relaciona de manera significativa con la ansiedad cuando el nivel de estrés de crianza es bajo; pero sí cuando el nivel es moderado, y que la asociación se hace más fuerte cuando el nivel es alto.
Childhood neurodevelopmental problems and adolescent bully victimization: population-based, prospective twin study in Sweden (Törn et al., 2015)	European Child and Adolescent Psychiatry	Conocer si los infantes con problemas del neurodesarrollo (NDP) a los 9-12 años informan de más victimización por <i>bullying</i> a los 15 años, y si dicha asociación se debe a un factor general de NDP o a problemas del neurodesarrollo específicos.	N = 3921 gemelos suecos y sus padres. Edad: 9-12 y 15 País: Suecia	- Problemas del neurodesarrollo: inventario A-TAC - <i>Bullying: Olweus bully/victim scale</i> ; autoadministrado a los 15 años. Para línea base se usa 1 ítem del A-TAC	- Factor general NDP se asocia significativamente con la victimización por <i>bullying</i> . - Tras controlar el factor NDP general, ningún módulo específico se relaciona con las victimización por <i>bullying</i> en la adolescencia en chicos; en chicas sí interacción social y problemas de control motor. o Asociación problemas de interacción social y victimización mediada principalmente por variables del entorno.

Nota: PSS = Parenting Stress Scale; PREVNet = Promoting Relationship and Eliminating Violence Network Assessment tool; NCBRF = Nisonger Child Behavior Rating Form; AQ = Autism-Spectrum Quotient; A-TAC = Autism-Tics, ADHD and other comorbidities.

Tabla 2 (Continuación)

Título, autor y año	Revista	Objetivo	Muestra	Evaluación realizada	Hallazgos principales
Physical child abuse and teacher harassment and their effects on mental health problems amongst adolescent bully-victims in Taiwan (Yen, Ko, Liu y Hu; 2015)	Child Psychiatry and Human Develop	Examinar las asociaciones entre el abuso físico infantil y el hostigamiento por parte de profesores y los problemas de salud mental en las víctimas-agresoras, teniendo en cuenta el género como moderador.	N = 6160 Edad: 12-18 (7º-12º grado) País: Taiwán	<ul style="list-style-type: none"> - Perpetración y victimización por <i>bullying</i>: C-SBEQ - Abuso físico infantil y hostigamiento docente - Síntomas depresivos en el último mes: MC-CES-D - Insomnio en el último mes: AIS-8 - Intentos e ideación suicida en el último año: ítems del cuestionario K-SADS-E - Síntomas de ansiedad: MASC-T - Autoestima: RSES - Abuso de alcohol: CRAFFT <i>Alcohol Abuse Screening Test</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Las víctimas-agresoras que informaron de abuso físico infantil muestran niveles mayores de depresión severa, insomnio, suicidio, ansiedad, baja autoestima y abuso de alcohol que las víctimas-agresoras sin ese abuso. - Las víctimas-agresoras que informaron de hostigamiento docente muestran niveles mayores de depresión severa e insomnio que las víctimas-agresoras que no lo sufrieron.
Suicidality, internalizing problems and externalizing problems among adolescent bullies, victims and bully-victims (Kelly et al., 2015)	Preventive Medicine	Analizar las asociaciones entre los problemas internalizantes, externalizantes y la ideación suicida en los diferentes subgrupos de <i>bullying</i> .	N = 1588 Edad: 12-15 País: Australia	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Bullying: Revised Olweus Bully/Victim Scale</i> - Medida sobre ideación suicida: una cuestión del BSI - Problemas internalizantes: BSI, escalas de depresión y ansiedad - Problemas externalizantes: Subescala de problemas de conducta e hiperactividad/inatención del SDQ; prevalencia en los últimos 6 meses de uso de sustancias (alcohol, tabaco, cannabis) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor prevalencia de ideación suicida, problemas internalizantes y externalizantes entre los distintos subgrupos implicados en <i>bullying</i>, especialmente en víctimas-agresoras.

Nota: C-SBEQ = Chinese Version of the School Bullying Experience Questionnaire; MC-CES-D = Mandarin Chinese version of the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale; AIS-8 = Athens Insomnia Scale; K-SADS-E = Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; MASC-T = Taiwanese version of the Multidimensional Anxiety Scale for Children; RSES = Rosenberg Self-Esteem Scale; BSI = Brief Symptom Inventory; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire.

Tabla 2 (Continuación)

Título, autor y año	Revista	Objetivo	Muestra	Evaluación realizada	Hallazgos principales
The long-term effects of being bullied or a bully in adolescence on externalizing and internalizing mental health problems in adulthood (Sigurdson, Undheim, Wallander, Lydersen y Sund; 2015)	Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health	Examinar la asociación entre estar implicado en <i>bullying</i> durante la adolescencia y los problemas de salud mental en la adultez.	N =2464 estudiantes en 1998 Edad: 12-15 N =2432 reevaluados un año más tarde N = 1266, en 2012. País: Noruega	- Implicación en <i>bullying</i> : ser intimidado, ser agresivo hacia otros (YRS), ser víctima-agresora o no participe (grupo control). - Obtención de línea base: YRS, MFO y estatus socio-económico de padres. - Evaluación en la adultez: ASR <i>Mental Health Problems</i> , MFQ, funcionamiento psicosocial y uso de asistencia para problemas de salud mental.	- Las víctimas muestran mayor número de síntomas depresivos, mayor riesgo de funcionamiento social reducido y mayor probabilidad de recibir ayuda por problemas de salud mental en algún momento de su vida, en comparación con el grupo no participe.
Bullying and victimization are common in four-year-old children and associated with somatic symptoms and conduct and peer problems (Ilola, Lempinen, Huttunen, Ristkari y Sourander; 2016)	Acta Pediátrica	Conocer la prevalencia de comportamientos de <i>bullying</i> en niños de 4 años, los diferentes subtipos y las asociaciones entre <i>bullying</i> y factores psicosociales.	N = 931 Edad: 4 País: Finlandia	- Presencia y frecuencia de <i>bullying</i> verbal, físico o social de su hijo. - SDQ; 5: síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad e inatención, problemas de relación con iguales y comportamiento prosocial. - Variables demográficas: sexo, lengua materna, estructura familiar, edad padres, lengua materna de padres, educación padres, paro padres y eventos vitales importantes del niño. - Salud y síntomas somáticos	- Factores de riesgo asociados: ○ A ser víctima: dolores de cabeza, abdominal, estreñimiento, problemas con iguales y síntomas depresivos de padres. ○ A ser víctima-agresora: género masculino, dolor abdominal, problemas para dormir, enuresis diurna, dificultades percibidas, toda la psicopatología evaluada con el SDQ y síntomas depresivos de padres.

Nota: YRS = Youth Self Report; MFO = The Mood and Feeling Questionnaire; ASR = Adult Self-Report; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire.

Tabla 2 (Continuación)

Título, autor y año	Revista	Objetivo	Muestra	Evaluación realizada	Hallazgos principales
Bullying perpetration and victimization as externalizing and internalizing pathways: a retrospective study linking parenting style and self-esteem to depression, alcohol use, and alcohol-related problems (Luk et al., 2016)	Substance use and misuse	Estudiar la perpetración y victimización por <i>bullying</i> como mediadores potenciales entre los estilos educativos parentales y la autoestima global y la depresión y el uso de alcohol y problemas relacionados.	N = 646 estudiantes universitarios que consumen alcohol. País: EEUU	<ul style="list-style-type: none"> - Estilos educativos parentales: <i>The Parental Authority Questionnaire</i>. - Versión adaptada del <i>Revised Olweus Bullying/Victim Questionnaire</i>: informar retrospectivamente del acoso vivido en la escuela primaria. - Uso de alcohol: escala para medir frecuencia y cantidad. - Problemas relacionados con el alcohol: <i>Problem with Alcohol Use Scale</i> - Autoestima: <i>Self-Esteem Scale</i> - Depresión: CES-D. 	<ul style="list-style-type: none"> - Altos niveles de estilo democrático (tanto paterno como materno): asociados indirectamente con menos incidencias de ser víctimas, mediante niveles altos de autoestima. - Estilo educativo materno permisivo o autoritario se asocia con perpetración de <i>bullying</i>. - Ser víctima se asocia indirectamente con problemas relacionados con el alcohol mediante síntomas depresivos.
Bullying victimization: A risk factor of health problems among adolescents with hearing impairment (Akram y Munawar; 2016)	Journal of the Pakistan Medical Association	Estudiar los efectos de la victimización por <i>bullying</i> en la salud tanto física como psicológica en estudiantes con discapacidad auditiva.	N= 286 estudiantes con discapacidad auditiva Edad: 12-15 País: Pakistán.	<ul style="list-style-type: none"> - MPVS: victimización física, manipulación social, victimización verbal y ataque a la propiedad - <i>Health Questionnaire</i>: salud física (dolores de cabeza, abdominal, resfriado, tos, problemas respiratorios, de piel, náuseas y otros que provoquen absentismo escolar) y psicológica (problemas de apetito, para dormir, pesadillas, enuresis, preocupaciones sobre ir a la escuela) 	<ul style="list-style-type: none"> - Correlación significativa y positiva entre ser víctima de <i>bullying</i> y presentar problemas de salud, tanto físicos como psicológicos. - Mayor proporción de mujeres que de varones presentan problemas de salud (tanto físicos como psicológicos) asociados al <i>bullying</i>.

Nota: CES-D = Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale; MPVS=Multi-dimensional Peer Victimization Scale.

Tabla 2 (Continuación)

Título, autor y año	Revista	Objetivo	Muestra	Evaluación realizada	Hallazgos principales
Bullying victimization in medically hospitalized patients with somatic symptom and related disorders: Prevalence and associated factors (Ibeziako, Choi, Randall y Bujoreanu; 2016)	Hospital Pediatrics	Analizar la prevalencia de victimización por <i>bullying</i> en jóvenes hospitalizados con síntomas somáticos y trastornos relacionados. Comparar las características demográficas, físicas y psicosociales entre aquellos que presentan historia previa de <i>bullying</i> y aquellos que no.	N= 282 Edad: 12-22 País: EEUU (Boston)	- Protocolo SCAMP: entrevistas psiquiátricas semiestructuradas y los siguientes inventarios: CSI, FDI, SAM, LEC - Victimización por <i>bullying</i> - Diagnósticos somáticos: DSM-5	- Los pacientes víctimas de <i>bullying</i> con síntomas somáticos y relacionados presentan, en relación a los no acosados: o Diagnóstico de trastorno de conversión con mayor frecuencia. o Mayor número de eventos vitales impactantes en el último año, mayores tasas de dificultades de aprendizaje, significativamente menos logros académicos y mayores tasas de adaptaciones académicas. o Mayores tasas de trastornos de ansiedad comórbidos e historia previa de ideación suicida y/o autolisis.
Acoso escolar: Un análisis contextual en escuelas secundarias venezolanas desde el reporte de víctimas y perpetradores (Escobar y Reinoza; 2017)	Revista de Estudios y Experiencias en Educación	Conocer la presencia y frecuencia de acoso escolar en escuelas secundarias de Mérida; así como su relación con el género y el tipo de escuela (pública vs privada).	N = 540 Edad: 11-19 País: Venezuela (Mérida)	- Escala de medición de acoso escolar de Menesini, Noicentiny y Calussi	- Tipo de conductas de acoso sufridas más frecuentes: en primer lugar burlas, seguido de uso de sobrenombres, robos o daños materiales y rumores. - No se asocia entre la frecuencia de victimización y el género ni el tipo de escuela.
Bullying and behavior problems reported by victims and teachers: Brazilian findings (Alckmin-Carvalho, Rafihi-Ferrreira y da Silva; 2017)	Psico	Evaluar la incidencia de <i>bullying</i> en una escuela pública y comparar las puntuaciones en problemas de comportamiento según la información provenga de los alumnos o de los profesores.	N = 154 Edad: 12-14 País: Brasil (São Paulo)	- EVE: identifica víctimas - Funcionamiento adaptativo y problemas de comportamientos en víctimas: YRS, TRF	- Los profesores informan de más problemas externalizantes que las víctimas; y a su vez las víctimas informan de más problemas internalizantes que los profesores. - Las víctimas informan con mayor frecuencia que los profesores de: depresión, ansiedad, quejas somáticas y problemas de concentración.

Nota: SCAMP = Standardized Clinical Assessment and Management Plan; CSI = Children's Somatization Inventory; FDI = Functional Disability Inventory; SAM = School Absence Measure; LEC = Life Events Checklist; EVE = Escala de violencia en la escuela (*School Violence Scale-Student version*); YSR = Youth Self Report; TRF = Teacher Report Form.

Los artículos aquí presentados nos permiten tener una noción más clara de las asociaciones de la victimización por *bullying* con la salud mental de las víctimas así como las variables moderadoras de dichas asociaciones; pero no sólo eso, sino que adicionalmente ofrecen también información interesante sobre la prevalencia del *bullying* en las diferentes muestras estudiadas. Por ello, antes de dar paso a la descripción de los resultados que nos interesan específicamente en este trabajo, trataremos estas cuestiones, que se repiten a lo largo de los diferentes trabajos y que nos permiten tener una idea más amplia sobre la relevancia del acoso escolar en nuestras sociedades.

1. Prevalencia de victimización en las diferentes muestras

La alta presencia de *bullying* en todas las instituciones educativas del mundo está constatada en numerosos estudios, aunque sus cifras varían ligeramente de unos a otros.

Es preciso mencionar que las investigaciones difieren en ocasiones en el criterio de “víctima”, pues unos consideran a aquellos individuos que han sufrido la victimización en por lo menos una ocasión; mientras que otros recogen datos sólo de aquellos que han sido víctimas de *bullying* frecuente. Asimismo, algunos estudios diferencian a las víctimas puras de las víctimas-agresoras; mientras otros no. De igual modo, los estudios son diversos en cuanto a la metodología utilizada para evaluar la implicación en *bullying*, utilizando en algunos casos instrumentos estandarizados (Akram y Munawar, 2016; Boyes, Bowes, Cluver, Ward y Badcock, 2014; Eiden et al., 2010; Garnefski y Kraaij, 2014; Kelly et al., 2015; Lereya, Copeland, Zammit y Wolke, 2015; Luk et al., 2016; Swearer, Wang, Maag, Siebecker y Frerichs, 2012; Törn et al., 2015; Yen, Ko, Liu y Hu, 2015), mientras que en otras ocasiones se hace uso de cuestionarios o entrevistas no estandarizadas (Copeland, Wolke, Angold y Costello, 2013; García-Contiente, Pérez-Giménez, Espelt y Adell, 2013; Ibeziako, Choi, Randall y Bujoraneanu, 2017; Ilola, Lempinen, Huttunen, Ristkari y Sourander, 2016; McGukin, Lewis y Cummis, 2010; Sigurdson, Undhein, Wallander, Lydersen y Sund, 2015; Sugden et al., 2010; Zablotsky, Bradshaw, Anderson y Law, 2013).

A lo largo de la revisión de los diferentes estudios se ha observado que los porcentajes de victimización varían desde un 5.7% en una muestra brasileña (Isolan, Salum, Osowski, Zottis y Manfro, 2013) hasta un 80% en una muestra australiana (Kelly et al., 2015); pasando

por porcentajes intermedios. Por ejemplo, se ha hallado, en muestras estadounidenses, que un 26.1% de los estudiantes han sido victimizados alguna vez y el 8.9% más de una vez (Copeland et al., 2013). En muestras inglesas se evidencia que han sido víctimas el 62% (Lereya et al., 2015) o el 13.4%, siendo victimizados siempre el 0.9% y a menudo, el 4% (McGuckin et al., 2010). También se encuentra que el 29% han sido víctimas en una muestra egipcia, el 12.5% en una muestra noruega, y el 19.4% en otra muestra brasileña más pequeña (Alckmin-Carvalho, Rafihi-Ferreira y Da Silva, 2017) que la utilizada en el estudio de Isolan et al. (2013).

Al tener en cuenta la diferenciación entre victimización pura y victimización-agresión al calcular los porcentajes de jóvenes que han sufrido acoso se encuentran prevalencias de víctimas-agresoras del 4.5% en muestras estadounidenses (Copeland et al., 2013), del 5% en muestras igual de grandes pero australianas (Kelly et al., 2015), del 20% en inglesas (Lereya et al., 2015) o del 9.6% para víctimas-agresoras frecuentes y del 15% para moderadamente frecuentes en muestras brasileñas (Isolan et al., 2013). En muestras más pequeñas, se han obtenido datos del 9.5% de víctimas-agresoras en Egipto (Hussein, 2013), y un 3.1% de víctimas-agresoras en Noruega (Sigurdson et al., 2015).

Un hallazgo interesante se observa en el estudio de Lereya et al. (2015) al demostrar que el 61.8% de las víctimas-agresoras a los 13 años habían sido víctimas o víctimas-agresoras a los 10 años. Esto parece indicar una cierta estabilidad de la victimización.

Los estudios mencionados analizan la victimización en primaria o secundaria; no obstante existen otros, como el de Ilola et al. (2016), que han hecho hincapié en la importancia de tener en cuenta el *bullying* desde preescolar, mostrando que el 35% de 931 niños de 4 años de Turku (Finlandia) han sido victimizados alguna vez y el 4%, frecuentemente. De ese 35%, han sido víctimas-agresoras el 28%.

De igual modo, muchos documentos se centran en investigar la presencia del fenómeno del *bullying* en jóvenes procedentes de la comunidad, pero se ha analizado también en pacientes hospitalizados por síntomas somáticos y trastornos relacionados y se demuestra que el 32% han sido victimizados por *bullying* (Ibeziako et al., 2016). En una muestra con TEA se ha encontrado que el 38% habían sido víctimas en el último mes y el 28.2%, frecuentemente (Zablotsky et al., 2013).

Podemos comprobar por tanto la alta incidencia de esta problemática entre los jóvenes, pues a través de los diversos estudios se demuestra que entre el 5.7 y el 80% de los estudiantes han sido víctimas; y que entre el 3.1 y el 20%, víctimas-agresoras.

Estos datos no son los únicos que nos aportan estos documentos, sino que además de constatar que se trata de una problemática común a las diferentes naciones y altamente presente a día de hoy, nos informan asimismo de las diferencias en el porcentaje de víctimas, agresores o víctimas-agresoras en función del género y la edad. A continuación nos centraremos en las diferencias en la prevalencia de víctimas (tanto puras como agresoras), por ser éste nuestro grupo objetivo.

1.1 Diferencias en la prevalencia de victimización según la edad

Siete de los artículos revisados hablan sobre cómo cambia la presencia de victimización en función de la edad y muestran que al aumentar la edad disminuye el número de víctimas.

Con muestras estadounidenses se realizan los estudios de Wang, Iannotti y Luk (2010), Swearer et al. (2012) y Copeland et al. (2013). El primero (Wang et al., 2010) estudia a jóvenes de 6º a 10º grado; Copeland et al. (2013), de 9 a 16 años, y por su parte Swearer et al. (2012) se centran en jóvenes de 9 a 18 años de educación especial, creando tres grupos: discapacidad observable (alteración del habla, discapacidad auditiva, discapacidad mental leve), no observable (dificultades de aprendizaje específicas) y comportamental (problemas de comportamiento y otros problemas de salud).

Los resultados de estos tres estudios concuerdan en que la victimización se reduce con la edad en educación ordinaria. En el estudio de Wang et al. (2010) se evidencia que la edad se relaciona negativamente con la victimización y en el de Copeland et al. (2013) que ser víctima aparece con 2 veces más frecuencia en la niñez (9-13 años) que en la adolescencia (14-16 años). El estudio de Swearer et al. (2012) indica también que en educación ordinaria los alumnos de 5º grado presentan mayores porcentajes de victimización que en el resto de cursos superiores; no obstante, en educación especial no se observan diferencias.

A conclusiones semejantes llegan los estudios de Boyes et al. (2014), Isolan et al. (2013), Meland, Rydning, Lobben, Bredablik y Ekeland (2010) y Yen et al. (2015), pues

evidencian que tanto en Sudáfrica como en Brasil, Noruega o Taiwán la prevalencia de víctimas y víctimas-agresoras disminuye con la edad, de modo que la proporción de niños victimizados es mayor que la de adolescentes.

En resumen, estos estudios nos permiten concluir que la victimización disminuye con la edad en educación ordinaria, siendo los más jóvenes los que mayor probabilidad presentan de sufrir *bullying*. En relación a la educación especial, no podemos extraer conclusiones, pues tan sólo un estudio (Swearer et al., 2012) compara los dos tipos de educación, revelando en este caso que aquellos con necesidades especiales no muestran cambios en la presencia de victimización al hacerse mayores.

1.2 Diferencias en la prevalencia de victimización según el género

El género es otra variable socio-demográfica que incide en la prevalencia del *bullying* a lo largo de diferentes muestras, tal y como ejemplifican los siguientes estudios.

Los resultados obtenidos son consistentes a lo largo de los diferentes documentos, e indican una mayor probabilidad de ser varón tanto para los agresores como para las víctimas-agresoras (Meland et al., 2010; Isolan et al., 2013; Ilola et al., 2016; Copeland et al., 2013; Yen et al., 2015).

En relación a las víctimas puras existen discrepancias en los resultados de las diversas investigaciones. Por una parte, en algunos estudios no se obtienen diferencias significativas en la probabilidad de ser víctima en función del género (Boyes et al., 2014; Copeland et al., 2013; Escobar y Reinoza, 2017; Weiss, Cappadocia, Tint y Pepler, 2015). Sin embargo, por otra parte García-Continente et al. (2013) y Hussein (2013) muestran que el género masculino se asocia con cualquiera de los tres roles implicados en *bullying* (agresor, víctima-agresora o víctima). Por ejemplo, se encuentra que los varones tienen 5 veces más probabilidades de ser agresores que sus compañeras, 7 de ser víctimas-agresoras y 2 de ser víctimas puras (Hussein, 2013). En otros estudios, en cambio, se halla que las mujeres son victimizadas con mayor frecuencia que los varones (Meland et al., 2010). Dado el poco consenso de estos resultados, no se pueden extraer afirmaciones en relación a cómo afecta el género a la victimización pura.

En otros estudios se muestran diferencias en la prevalencia del *bullying* según el género en función del subtipo de acoso que se analice (físico, verbal, relacional, daños materiales, etc.).

Los hallazgos coinciden en que los varones presentan niveles más altos de victimización por *bullying* físico (Akram y Munawar, 2016; Boyes et al., 2014; Fite, Evans, Cooley y Rubens, 2014; Ilola et al., 2016). No obstante, este es el único punto de común acuerdo. En relación a la victimización relacional algunos estudios no encuentran diferencias según el género (Akram y Munawar, 2016; Fite et al., 2014; Ilola et al., 2016), mientras otros indican que es más común en mujeres (Boyes et al., 2014). Lo mismo ocurre para el acoso verbal, pues en ciertos documentos no se evidencian diferencias para hombres y mujeres (Akram y Munawar, 2016; Ilola et al., 2016), mientras que en otros se halla que es más frecuente en varones (Boyes et al., 2014). Por último, es preciso mencionar que los ataques a la propiedad sólo se valoran en un estudio (Akram y Munawar, 2016) y se muestra que las mujeres sufren más este tipo de acoso que los hombres.

Es interesante asimismo señalar un resultado hallado en el estudio de Ilola et al. (2016) que indica que los varones son victimizados con mayor frecuencia por individuos del mismo sexo, las mujeres por individuos del sexo contrario, y ser victimizado por un grupo no presenta diferencias según el género. Ningún otro estudio revisado hace referencia a esto.

Como podemos observar, a pesar de que existen pequeñas discrepancias, puede concluirse en líneas generales que los varones se ven implicados en *bullying* en cualquier rol con mayor asiduidad que sus compañeras de género femenino; específicamente, los varones presentan mayores tasas de perpetración de acoso que las mujeres, siendo con mayor frecuencia tanto agresores como víctimas-agresoras. Para extraer conclusiones sobre las víctimas puras es preciso seguir investigando. Además, se encuentra que según el tipo de *bullying* sufrido la victimización es mayor en uno u otro género. Cuando existe *bullying* físico son los varones quienes muestran más probabilidades de ser víctimas. En otros subtipos, como el *bullying* relacional o el verbal, no se ha hallado consenso.

1.3 Diferencias en la prevalencia de victimización según otras variables

Existen otros factores que pueden incidir en los porcentajes de victimización. La variable más estudiada en relación a la implicación al *bullying*, después del género y la edad, ha sido el peso corporal. Los datos indican que los niños con obesidad presentan un riesgo mayor que sus compañeros de ser víctimas-agresoras, pero no de ser agresores o víctimas puras (Jansen et al., 2014).

Cuando los jóvenes presentan sobrepeso existen discrepancias, pues en ocasiones no se observan diferencias con respecto a sus compañeros normo-peso en las probabilidades de sufrir acoso (Jensen et al., 2014), mientras que en otras parece que va a depender del género, de modo que sólo en varones el sobrepeso se relacionaría con altas tasas de victimización verbal. En mujeres ésta se daría solamente si hay obesidad (Wang et al., 2010).

El IMC alto es, por tanto, un factor a tener en cuenta, pero lo es asimismo el bajo peso. Se ha hallado que los varones con bajo peso sufren más *bullying* físico que los normo-peso, y que las mujeres con bajo peso presentan más victimización relacional (Wang et al. 2010).

En resumen, los hallazgos obtenidos en los diferentes estudios permiten concluir que el *bullying* es una realidad altamente presente en la actualidad en muestras de diferentes países, así como que su desarrollo dependerá de variables como el género, la edad o el IMC.

2. Asociaciones entre victimización por *bullying* y salud mental

El objetivo principal de este trabajo es conocer las asociaciones, tanto en términos de precedentes como de correlatos y de consecuencias, de la victimización con la salud mental de aquellos que han sufrido *bullying*, para tener una imagen precisa de estas relaciones y ser capaces de trazar un protocolo de intervención adecuado a este tipo de problemas.

Por tanto, a continuación se mostrarán los principales resultados observados, comenzando con las asociaciones entre participación en acoso escolar y salud mental y

terminando con las relaciones específicas entre salud mental y victimización pura y entre salud mental y victimización-agresión.

Los resultados indican que todos los implicados presentan más probabilidades de sufrir malestar psicológico, considerarse a sí mismos como más pesimistas y mostrar más problemas relacionales y menos apoyos sociales (Meland et al., 2010) que los no implicados (grupo control); sufren de más déficits tanto en habilidades sociales como emocionales (Hussein, 2013) y presentan asociaciones con problemas tanto externalizantes como internalizantes, incluyendo ideación suicida y síntomas críticos tales como auto y heteroagresividad (Kelly et al., 2015; Sigurdson et al., 2015).

Dado que este trabajo se centra en las víctimas a continuación se exponen las asociaciones concretas encontradas entre victimización y salud mental.

Tras revisar los documentos que se centran en la victimización sin diferenciar entre las víctimas puras y las víctimas-agresoras se advierte que ser victimizado se asocia con un peor funcionamiento psicológico. Por ejemplo, McGuckin et al. (2010), tras estudiar a 824 adolescentes de 16 años de Irlanda del Norte concluyen que la victimización y el bienestar psicológico están significativamente relacionados, pero de manera negativa, de modo que a mayor victimización menores puntuaciones presentarán los jóvenes en bienestar psicológico (evaluado con el GHQ-12). Asimismo, la victimización se relaciona con el estrés, presentando las víctimas niveles más altos de estrés que sus compañeros.

Partiendo de una muestra mayor, en Reino Unido, el estudio longitudinal de Lereya et al. (2015) también coincide en que la victimización por *bullying* durante la edad escolar (10-13 años) se asocia con mayor riesgo de sufrir dificultades psicológicas en la adultez, incluyendo tanto experiencias psicóticas como síntomas depresivos, incluso tras ajustar diversos factores de riesgo como son la crianza desadaptativa, la violencia doméstica u otros diagnósticos previos.

Otros autores estudian por separado los problemas internalizantes de los externalizantes (Boyes et al., 2014; Alckmin-Carvalho et al., 2017) y manifiestan que la victimización por *bullying* se asocia tanto con unos como con otros.

Se demuestra que la victimización múltiple (es decir, haber sido víctima de mínimo cuatro subtipos de acoso diferentes) se relaciona de manera significativa con el riesgo de presentar problemas tanto internalizantes como externalizantes un año más tarde, incluso tras controlar problemáticas preexistentes. La victimización se asocia principalmente con síntomas ansiosos, depresivos, de estrés postraumático y de problemas de conducta, independientemente del género de la víctima (Boyes et al., 2014).

A conclusiones semejantes llega el estudio de Garnefski y Kraaij (2014) al afirmar que la victimización se relaciona tanto con síntomas depresivos como ansiosos, incluso tras controlar el género y eventos vitales.

A diferencia de los estudios anteriores, Tom, Schwartz, Chang, Farver y Xu (2010) se centran en otro tipo de correlatos de la victimización, y demuestran que ésta correlaciona positivamente con sumisión-retraimiento y negativamente con asertividad-sociabilidad y rendimiento académico. Es decir, que las víctimas tienen más probabilidades de ser sumisos, poco asertivos y malos académicamente.

Asimismo, se ha observado que la victimización múltiple en la línea base se asocia con una mayor probabilidad de presentarla también un año más tarde (Boyes et al., 2014); esto es, parece que la victimización suele ser estable, lo cual coincide con lo mencionado en el estudio de Lereya et al. (2015).

Además de mostrar una relación entre ser víctima y presentar alteraciones psicológicas un año más tarde, los resultados evidencian de igual modo que experimentar síntomas tanto internalizantes como externalizantes en la línea base se asocia con el riesgo de sufrir victimización múltiple un año después (Boyes et al., 2014) y que los problemas emocionales a los 5 años incrementan asimismo el riesgo de victimización frecuente a los doce años (Sugden et al. 2010). Esto es, existe una relación bidireccional entre victimización y problemas psicopatológicos.

Con un enfoque diferente a los anteriores llevan a cabo su estudio Alckim-Carvalho et al. (2017), puesto que analizan las diferencias en la presencia de problemas internalizantes y externalizantes en las víctimas en función de si la información proviene de los profesores o de las propias víctimas. Se observa que los profesores informan de problemas externalizantes

en mayor medida que las víctimas, quienes reportan más problemas internalizantes que sus docentes. Entre esos problemas internalizantes destacan las diferencias en la información de víctimas y profesores en síntomas de depresión, ansiedad, quejas somáticas y problemas de concentración. Estos resultados son comprensibles teniendo en cuenta que para los profesores son más fácilmente observables los problemas de conducta que los internalizantes.

Todos los resultados presentados hasta el momento se extraen de diferentes muestras generales, pero otros autores se han centrado en muestras más específicas. Por ejemplo, Akram y Munawar (2016) han analizado las asociaciones entre victimización por *bullying* y salud mental en estudiantes con discapacidad auditiva, e Ibeziako et al. (2016) lo han hecho en pacientes hospitalizados que muestran síntomas somáticos y trastornos relacionados. El primer estudio se centró tanto en problemas de salud psicológica, entre los que han incluido los problemas de apetito, para dormir, las pesadillas, enuresis y preocupaciones sobre las escuela; como en problemas de salud física, que abarcan los dolores de cabeza, abdominal, resfriados, tos, problemas respiratorios, de piel, náuseas y otros que provocan absentismo escolar. De sus resultados se concluye que la victimización se relaciona tanto con unos como con otros, siendo los problemas más comunes los dolores de cabeza, la enuresis, los dolores estomacales, el apetito pobre y las pesadillas. Además, se observa que cuando las víctimas sufren *bullying* físico, manipulación social o daños a la propiedad existe asociación con problemas físicos; mientras que las dificultades psicológicas se relacionan con cualquiera de los cuatro subtipos analizados (físico, verbal, manipulación social y daños a la propiedad).

Por su parte, Ibeziako et al. (2016) muestran que los pacientes que han sufrido *bullying* presentan mayores tasas de síntomas neurológicos funcionales (como ataques no epilépticos, ceguera, sordera, entumecimiento o parálisis de extremidades), mayor frecuencia de diagnósticos de trastorno de conversión, mayor número de eventos vitales impactantes (como enfermedad personal importante, cambio de curso o problemas de autoimagen), mayores tasas de dificultades de aprendizaje previas, menos logros académicos y mayores tasas de trastornos de ansiedad y de historia previa de ideación suicida y/o autolisis que los no implicados. Las víctimas puntúan más alto en somatización, y al igual que señala el estudio anterior, el tipo de dolor informado con mayor frecuencia es el de cabeza, aunque también informan comúnmente de dolores de estómago, musculares y de espalda. Otro dato que revela este estudio es que las víctimas permanecen hospitalizadas, en general, el doble de

tiempo que los pacientes no victimizados. El servicio con mayor proporción de víctimas de *bullying* ha sido neurología, seguido por pediatría generalista.

Un resultado interesante de ese trabajo, en el que coinciden otros estudios como el de Ilola et al. (2016), es que los padres de las víctimas presentan un mayor número de problemas psicológicos que los padres de los no victimizados. En concreto, Ibeziako et al. (2016) demuestran que estas madres son diagnosticadas de trastornos de ansiedad con mayor frecuencia que las madres de los no-víctimas; mientras que en otros trabajos se señala que los padres de las víctimas muestran síntomas depresivos con mayor frecuencia que los padres del grupo control (Ilola et al., 2016).

Con muestras de jóvenes de educación especial se evidencia que la victimización por *bullying* se relaciona con la presencia de un número mayor de comportamientos negativistas y niveles más bajos de vinculación escolar que en el resto de sus compañeros (Farmer et al., 2012). Asimismo, se observa que asistir a educación especial incrementa el riesgo de ser victimizado (Farmer et al., 2012). En concreto, presentar discapacidades observables y problemas comportamentales se asocia a la victimización en mayor medida que las discapacidades no observables o asistir a educación ordinaria (Swearer et al., 2012).

Se encuentran además otras asociaciones de la victimización con diagnósticos psicopatológicos, como el TDAH o el TOD. Se observa que los estudiantes con TDAH informan de tasas mayores de victimización tanto directa como relacional, en comparación con el grupo sin el diagnóstico, y que los síntomas de TOD se relacionan con el informe de victimización directa (Sciberras, Ohan y Anderson, 2012).

A pesar de que estos estudios anteriores analizan la victimización de modo general, la mayoría de los documentos revisados para este trabajo tienen en cuenta las diferencias entre víctimas puras y víctimas-agresoras. Por ello se hará una subdivisión en este apartado, contando con un epígrafe para las asociaciones entre salud mental y victimización pura y otro para victimización-agresión. No obstante, antes se mencionarán algunas de las relaciones que comparten tanto las víctimas puras como las víctimas-agresoras con diferentes aspectos de la salud mental, cuando se analizan ambos grupos de manera separada.

A grandes rasgos, los resultados indican que la victimización se asocia con una autopercepción desfavorable, incluyendo tanto preocupaciones corporales como autorreproches, en mayor medida que en el grupo control (Meland et al., 2010); con mayor riesgo de sufrir problemas psicopatológicos tanto en la vida adulta como en la niñez y adolescencia (Copeland et al., 2013); con más probabilidades de presentar ansiedad que el grupo control, incluyendo síntomas de pánico, ansiedad generalizada, ansiedad de separación, fobia social o fobia escolar (Isolan et al., 2013); y con sufrir síntomas críticos (auto y heteroagresividad) en la adultez con mayor frecuencia que otros grupos (Sigurdson et al., 2015). Además, Hussein (2013) señala que los victimizados presentan con mayor frecuencia ingenuidad social (es decir, son menos capaces de aplicar las normas sociales en contextos de interacción social) y muestran con una frecuencia menor que sus compañeros simpatía (o sea, son menos populares) y diferenciación de emociones (muestran menos capacidades para diferenciar entre varias emociones y para entender su causa).

Del análisis de todos estos documentos se puede concluir que la implicación en *bullying* se relaciona con un riesgo mayor de presentar dificultades psicológicas que para los no implicados; en concreto, la victimización se asocia con malestar psicológico, estrés, autopercepción negativa, quejas somáticas entre las que destaca el dolor de cabeza, problemas internalizantes (síntomas ansiosos, depresivos, incluyendo ideación e intentos suicidas y síntomas críticos) y externalizantes (principalmente, problemas de conducta), problemas de concentración, déficits emocionales y sociales y una mayor probabilidad de recibir tratamiento hospitalario a lo largo de sus vidas. Además, los estudiantes con necesidades especiales tienen más probabilidades de ser victimizados. Se halla también que los progenitores de las víctimas presentan más probabilidades de sufrir síntomas ansiosos y/o depresivos. Por último, es destacable que la victimización suele ser estable, dado que ser victimizado en la infancia se asocia con ser victimizado en la adolescencia.

2.1 Asociaciones entre salud mental y victimización pura

Los documentos analizados permiten afirmar que las víctimas presentan síntomas internalizantes con mayor frecuencia que sus compañeros no participantes en *bullying* así como un peor funcionamiento social.

2.1.1 Victimización pura y problemas internalizantes y externalizantes

Los estudios evidencian que ser víctima pura se asocia con presentar un estado de ánimo bajo, desesperanza e insomnio frecuente en mayor medida que el grupo control (García-Continente et al., 2013) así como un número más bajo de actividades placenteras (Sigurdson et al., 2015). Además, incluso tras controlar los problemas preexistentes, las víctimas muestran un mayor riesgo que el resto de grupos para todos los trastornos de ansiedad que se incluyen en el DSM-IV (Copeland et al., 2013).

A conclusiones semejantes llegan estudios con muestras igual de amplias tanto australianas como noruegas al mostrar que la victimización pura se asocia de manera significativa con el riesgo de sufrir problemas internalizantes tales como síntomas depresivos y ansiosos tanto en la infancia/adolescencia como en la adultez, incluso tras controlar síntomas mentales preexistentes (Kelly et al., 2015; Sigurdson et al., 2015).

Además, las víctimas puras son el grupo implicado en *bullying* con mayor probabilidad de recibir ayuda hospitalaria en algún momento de su vida (Sigurdson et al., 2015) y presentan más riesgo que el grupo control de sufrir síntomas somáticos tales como dolores de cabeza, dolor abdominal o estreñimiento (Ilola et al., 2016).

Con otro tipo de muestra, en este caso 1221 jóvenes estadounidenses de 6 a 15 años con diagnóstico de TEA, se observa que, de acuerdo con los estudios anteriores, ser víctima frecuente se asocia con puntuaciones más altas en síntomas internalizantes, así como con el diagnóstico de depresión y de TDAH (Zablotsky et al., 2013).

Por otra parte, cuando se tienen en cuenta otro tipo de problemas como el consumo de sustancias, nos encontramos con ciertas discrepancias. Por un lado, García-Continente et al. (2013) evidencian que la victimización se relaciona con no haber consumido marihuana en ningún momento; mientras que Kelly et al. (2015) encuentran que ser víctima se asocia con el uso de cannabis. Además, estos últimos autores indican que el consumo de alcohol disminuye la probabilidad de ser víctima pura (mientras que aumenta la de ser agresor). Por otro lado, Copeland et al. (2013) no encuentran ninguna diferencia en el consumo de sustancias entre ninguno de los grupos, en comparación con el grupo control.

2.1.2 Victimización pura y funcionamiento social

Al analizar las diferencias en integración social entre los diferentes grupos implicados en *bullying* se observa que las víctimas puras son el grupo con mayor falta de integración social entre sus compañeros, mostrando más déficits sociales cuanto mayor es la victimización (Meland et al., 2010). De acuerdo con estos resultados, Sigurdson et al. (2015) también hallan que los victimizados tienen un funcionamiento social más significativamente reducido, en comparación con el grupo no involucrado. Asimismo, en el estudio de Ilola et al. (2016) se demuestra la asociación existente entre victimización y problemas relacionales con iguales.

Además de mostrar déficits en sus habilidades sociales, también se hacen patentes sus dificultades en habilidades emocionales, tal y como pone en relieve el estudio de Hussein (2013) al mostrar la relación existente entre ser víctima y presentar una baja conciencia de las reacciones físicas de las emociones, así como con ocultar las emociones negativas.

En resumen, las víctimas puras presentan, en relación con el resto de sus compañeros no partícipes en *bullying*, más síntomas depresivos, ansiosos y quejas somáticas; así como más probabilidades de recibir tratamiento a lo largo de sus vidas. Además, muestran un peor funcionamiento emocional y social. En cuanto al consumo de sustancias, es preciso continuar investigando.

2.2 Asociaciones entre salud mental y victimización-agresión

Los resultados demuestran que las víctimas-agresoras son el grupo con mayor afectación psicológica, mostrando tanto problemas internalizantes como externalizantes, en mayor medida que las víctimas puras. Al igual que para víctimas puras, su funcionamiento social es también pobre. La principal diferencia con el grupo anterior es que las víctimas-agresoras muestran más comportamientos antisociales y problemas de conducta.

2.2.1 Victimización-agresión y problemas internalizantes y externalizantes

Las víctimas-agresoras presentan más síntomas somáticos, depresivos y ansiosos que el grupo control, pero también que los agresores (Meland et al., 2010); mayores tasas en diagnósticos de trastornos depresivos y trastorno de pánico (Copeland et al., 2013); son el

grupo implicado en *bullying* a los 13 años con más probabilidades de presentar problemáticas de salud mental en la adultez (Lereya et al., 2015); incluyendo tasas más altas de ideación suicida, problemas internalizantes y externalizantes (Kelly et al., 2015). Entre los síntomas somáticos y de salud relacionados con ser víctima-agresora destacan el dolor abdominal, la enuresis diurna y los problemas para dormir (Ilola et al., 2016).

Además, ser víctima-agresora se asocia también con toda la sintomatología que valora el SDQ, en especial, se observa que la victimización-agresión se relaciona con problemas de conducta (Ilola et al., 2016). Otros estudios coinciden en mostrar que las víctimas-agresoras presentan más problemas de conducta que las víctimas puras, incluso comportamiento antisociales tales como robar o romper objetos (García-Continente et al., 2013), hiperactividad o uso de tabaco (Kelly et al., 2015).

Partiendo de muestras con necesidades especiales, también se observa que la victimización-agresión se relaciona con presentar más comportamientos negativistas y menos positivos que otros grupos (Farmer et al., 2012) y que se asocia de igual modo con trastornos de conducta, además de con diagnósticos de TOD y/o TDAH (Zablotsky et al., 2013). Al igual que en muestras anteriores, las víctimas-agresoras de esta población tienen más riesgo de informar de altas puntuaciones en síntomas internalizantes (Zablotsky et al., 2013).

Otros síntomas que suelen relacionarse con las víctimas-agresoras son el nerviosismo o tensión, la fatiga, el aburrimiento (García-Continente et al., 2013) o problemas atencionales (Sigurdson et al., 2015).

2.2.2 Victimización-agresión y funcionamiento social

Los resultados señalan que las víctimas-agresoras son el grupo implicado en *bullying* que presenta más problemas de regulación emocional y déficits sociales, tanto en población no clínica (Hussein, 2013) como en muestras con TEA (Zablotsky et al., 2013).

Las víctimas-agresoras tienen menos probabilidades de adherirse a las normas sociales, de modo que al descender las puntuaciones en adherencia a reglas sociales aumenta la probabilidad de ser un agresor o una víctima-agresora (Hussein, 2013).

Como conclusión, se evidencia que las víctimas-agresoras son el grupo con más riesgo de sufrir todos los tipos de problemas estudiados, incluyendo tanto los internalizantes como los externalizantes, los problemas atencionales, la fatiga y el aburrimiento, y un peor funcionamiento social.

3. Moderadores de la asociación entre *bullying* y salud mental de las víctimas

A lo largo de la revisión de los diferentes estudios se ha podido comprobar que la relación entre victimización y salud mental no es simple, sino que se encuentra moderada por diversos factores. A continuación aparecen descritas las variables moderadoras que se han estudiado hasta el momento. Como podrá apreciarse, es difícil extraer conclusiones en este punto porque, por lo general, cada estudio evalúa una o varias variables diferentes, pero pocos coinciden, haciendo difícil la generalización. Por esta razón, la mayoría de los resultados que aparecen aquí expuestos se basan en los análisis de un único estudio.

3.1 El género

El género ha sido el factor moderador más estudiado en la relación victimización – salud mental en las diversas investigaciones. Específicamente, se ha tenido en cuenta el género como variable moderadora en la relación entre victimización y síntomas internalizantes y externalizantes (Copeland et al., 2012; Boyes et al., 2014); problemas de salud (Akram y Munawar, 2016); agresividad (Tom et al., 2010); competencias interpersonales, perfil de comportamientos positivos y negativistas, vinculación y valoración escolar (Farmer et al., 2012); y estrategias de afrontamiento (Tenenbaum, Varjas, Meyers y Parris, 2011).

En primer lugar, tal y como ya se ha comentado previamente, la victimización se asocia con la presencia de síntomas tanto internalizantes como externalizantes. Algunos autores han visto conveniente analizar cómo el género puede moderar esta relación. Tras la revisión realizada sólo puede concluirse que es necesario seguir indagando en el tema. Algunos estudios encuentran que en el grupo de víctimas-agresoras los varones presentan una probabilidad mayor que las mujeres de sufrir ideación e intentos suicidas, mientras que las

mujeres muestran más probabilidades de sufrir agorafobia (Copeland et al., 2013); en cambio, otros estudios indican que el género no modera de manera significativa la relación entre victimización y síntomas ni internalizantes ni externalizantes (Boyes et al., 2014). Es importante considerar que este último estudio no tiene en cuenta las diferencias entre victimización pura y victimización-agresiva, razón que podría llevar a la diferencia de resultados.

En relación a los problemas de salud físicos, tan sólo un estudio ha tenido en cuenta la moderación del género, revelando que una mayor proporción de mujeres que de varones presentan problemas de salud asociados al *bullying*, tanto físicos como psicológicos (Akram y Munawar, 2016). Esto es, es más probable que las mujeres sufran problemas de salud cuando son victimizadas que los hombres.

Otros estudios presentan un enfoque diferente, puesto que analizan cómo se relacionan otro tipo de correlatos, tales como la agresividad (Tom et al., 2010) o las estrategias de afrontamiento (Tenenbaum et al., 2011) con la victimización. Encuentran que en mujeres víctimas-agresoras existe una asociación significativa positiva entre agresión directa y victimización directa, y negativa entre agresión relacional y victimización directa; mientras que en varones no se dan estas asociaciones. Cuando se estudia la relación entre agresión directa y victimización relacional se observa que ésta es significativa para ambos géneros, pero más fuerte en mujeres. En la asociación agresión relacional – victimización relacional no se evidencian interacciones del género. Esto quiere decir que cuando las mujeres víctimas-agresoras ejercen agresión directa tienen más probabilidades de sufrir ambos tipos de victimización, mientras que si ejercen agresión relacional, presentan menos probabilidades de sufrir victimización directa (Tom et al., 2010).

Al analizar las diferencias de género en el uso de estrategias de afrontamiento ante la victimización, se observa que las mujeres tienden a utilizar en mayor medida métodos que implican discutir el problema con un adulto y buscar y recibir apoyo social por parte de seres queridos; mientras que los varones suelen informar del acoso pero en raras ocasiones buscan apoyo social. Otras diferencias que se encuentran respecto al género es que cuando hacen uso de la estrategia de externalización los varones tienden a usar la violencia física e informar de ira, mientras que las mujeres usan con más frecuencia respuestas verbales. Además, las

mujeres afirman usar con más frecuencia que sus compañeros estrategias de regulación emocional al final del día, como leer, dibujar o escuchar música. En otras estrategias tales como distanciamiento o internalización no se encuentran diferencias en su uso según el género. Es interesante recordar que las estrategias de búsqueda de apoyo social y de regulación emocional han sido vistas como las más útiles, y son, en ambos casos, más utilizadas por mujeres (Tenenbaum et al., 2011).

A diferencia de los estudios anteriores, Farmer et al. (2012) tenían como objetivo comparar las puntuaciones de estudiantes con y sin discapacidades, al tiempo que analizaban el género como moderador. De sus resultados se obtiene que en educación ordinaria las víctimas puras y víctimas-agresoras presentan las puntuaciones más bajas en popularidad y competencia académica en ambos género, pero en varones además también presentan las puntuaciones más bajas en competencia atlética. Las víctimas puras son el grupo implicado con mayores puntuaciones en internalización en ambos géneros, pero en mujeres además presentan las puntuaciones más bajas también en competencia atlética. Las víctimas-agresoras son el grupo con puntuaciones más bajas en afiliación, pero en mujeres además, con las puntuaciones más altas en agresión. Cuando se comparan las puntuaciones de los estudiantes con y sin educación especial se halla que los varones de educación especial que son además víctimas-agresoras presentan menos afiliación que los varones víctimas-agresoras de educación ordinaria; y que los varones víctimas puras de educación especial presentan menos puntuaciones en internalización y más vinculación escolar que los varones víctimas de educación ordinaria. Además, las mujeres agresoras de educación especial muestran puntuaciones más altas en popularidad que las mujeres agresoras de educación general (Farmer et al., 2012).

En esta misma muestra se observa que el género no modera las relaciones entre victimización y perfil de comportamientos, ni entre victimización y vinculación escolar. Los datos indican que las víctimas puras y los agresores varones presentan niveles más bajos de valoración escolar que el grupo control, al igual que las víctimas-agresoras mujeres (Farmer et al., 2012).

A diferencia de los estudios mencionados, debe tenerse en cuenta que en otros documentos el género se ha valorado como moderador asociado a otras variables, y no de

manera única. Por ejemplo, se ha estudiado la relación entre victimización y sumisión-retraimiento, asertividad-sociabilidad y rendimiento académico teniendo en cuenta de manera conjunta el género y la edad como moderadores (Tom et al., 2010); o la asociación entre implicación en *bullying* y diagnósticos de TDAH y TOD valorando como moderadores el género y la afiliación con pares delincuentes (Fite et al., 2014).

Algunos estudios observan que la relación entre sumisión-retraimiento y victimización disminuye al aumentar la edad (es decir, que al hacerse mayores pierde peso la asociación); la relación negativa entre rendimiento académico y victimización está moderada por la edad en varones, pero no mujeres; de modo que en varones esta asociación también disminuye con la edad (es decir, que para los más jóvenes la relación entre victimización y bajo rendimiento académico es mayor). En la asociación asertividad-sociabilidad-victimización no se encuentran interacciones de edad o género (Tom et al., 2010).

Con una muestra más pequeña y de EEUU, el estudio de Fite et al. (2014) se centra en examinar las interacciones entre género, afiliación a pares delincuentes y síntomas de TDAH y TOD tanto para *bullying* físico como para relacional. Encuentran diversos resultados en cuanto a la perpetración de *bullying*, pero, atendiendo al tema que nos interesa, en relación a la victimización no se encuentran asociaciones significativas entre presentar síntomas de TDAH y victimización en mujeres; en varones los síntomas de TDAH se relacionan positivamente con la victimización relacional cuando los niveles de afiliación a pares delincuentes son altos, pero no cuando son bajos. Esto es, los varones con síntomas de TDAH que muestran altos niveles de afiliación con pares delincuentes presentan mayor riesgo de victimización por *bullying* relacional que aquellos sin esas afiliaciones.

En resumen, los resultados aquí presentados deben ser tenidos en consideración con cautela, pero parecen indicar que las mujeres tiene más probabilidades que los hombres de presentar síntomas físicos de salud al ser victimizadas, más posibilidades de sufrir victimización directa cuando ejercen ese tipo de acoso y más probabilidades de utilizar estrategias de afrontamiento que resulten útiles. Por su parte, parece ser que los varones utilizan estrategias de afrontamiento que son vistas como menos eficaces que las usadas por sus compañeras, y muestran un riesgo mayor de sufrir victimización relacional cuando presentan síntomas de TDAH y altos niveles de afiliación con pares delincuentes. Cuando se

valora cómo influye el género en la presencia de síntomas internalizantes y externalizantes se observa que deben seguir realizándose estudios que lo analicen.

3.2 Estrategias cognitivas de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento utilizadas en uno y otro género son diferentes, tal y como se ha comentado previamente (Tenenbaum et al., 2011). Adicionalmente, se ha analizado cómo las estrategias cognitivas de afrontamiento pueden moderar la relación entre victimización y síntomas emocionales (Garnefski y Kraaij, 2014). Ya hemos concluido anteriormente que la victimización se relaciona con síntomas tanto depresivos como ansiosos incluso tras controlar otros factores; en este caso se evalúa cómo las estrategias cognitivas de afrontamiento moderan esa relación, y se hallan los siguientes resultados. Las estrategias cognitivas de afrontamiento que moderan la relación entre victimización y síntomas depresivos son, positivamente, la rumiación, pues un alto grado de rumiación aumenta la asociación entre victimización por *bullying* y síntomas depresivos; y de manera negativa, el reenfoque positivo, de modo que el uso del reenfoque positivo en alto grado disminuye la asociación entre victimización por *bullying* y síntomas depresivos.

Las estrategias cognitivas de afrontamiento que moderan la relación entre victimización y síntomas ansiosos son, de forma positiva, tanto la rumiación como la catastrofización, pues a niveles altos de rumiación y a niveles tanto altos como moderados de catastrofización la relación entre victimización por *bullying* y síntomas ansiosos se hace más fuerte; mientras que la estrategia que modera negativamente la relación es la reevaluación positiva, pues un alto grado de reevaluación positiva disminuye la asociación victimización-síntomas ansiosos (Garnefski y Kraaij, 2014).

Todo esto sugiere que utilizar estrategias cognitivas como rumiación o catastrofización puede hacer a la persona más vulnerable a problemas emocionales; mientras otras como la reevaluación positiva o el reenfoque positivo le harían más resiliente.

3.3 Factores familiares

El género ha sido el factor moderador más ampliamente estudiado, no obstante, existen estudios que se han centrado en otras variables, como es el caso de Weiss et al. (2015)

al analizar el estrés de crianza materno; de Luk et al. (2016) al tener en cuenta los estilos educativos paternos; de Eiden et al. (2010) al considerar el alcoholismo parental; o de Bowes, Maughan, Caspi, Moffitt y Arseneault (2010) al hablar de calidez tanto materna como fraternal y de atmósfera positiva en el hogar.

Con una muestra con TEA (Weiss et al., 2015) los resultados indican que la victimización por *bullying* no se asocia significativamente con la ansiedad cuando el nivel de estrés de crianza es bajo, pero sí cuando el nivel es moderado o alto (siendo más fuerte la asociación cuando mayor sea el nivel). Es decir, que las víctimas cuyas madres han presentado estrés de crianza son más vulnerables para sufrir síntomas ansiosos.

Partiendo de muestras estadounidenses otros estudios se centran en el análisis de factores familiares diferentes al anterior. Los datos indican que el estilo educativo parental democrático es un factor protector de la victimización por *bullying*; mientras que el estilo autoritario es un factor de riesgo. El estilo democrático se relaciona con un autoestima positiva, la cual se relaciona también con una menor probabilidad de victimización y con un menor riesgo de presentar síntomas depresivos tras ésta (Luk et al., 2016).

Asimismo, los resultados indican que los problemas paternos de abuso de alcohol a los 12 meses del niño se asocian con un apego inseguro a los 18 meses, y éste a su vez, se relaciona con la perpetración de *bullying* a los 9-10 años; pero en relación a la victimización, no se evidencian relaciones entre ésta y el apego. Cuando se tienen en cuenta tanto el género como el apego como potenciales moderadores, no se evidencia asociación entre problemas parentales con el alcohol y victimización y tampoco que el apego actúe como moderador. Es decir, que de manera contraria a lo hipotetizado, el apego no va a influir en la probabilidad de que un niño sufra acoso (Eiden et al., 2010).

Los hallazgos presentados hasta el momento señalan que el estrés de crianza materno y el estilo parental autoritario van a influir negativamente en la victimización por *bullying*. Sin embargo, las aportaciones más interesantes son aquellas que nos permiten conocer las variables que van a fomentar la resiliencia. La resiliencia es un concepto interactivo que se refiere a la resistencia relativa a experiencias ambientales de riesgo o a la superación del estrés o la adversidad (Rutter, 2006, citado en Bowes et al., 2010). Acaba de comentarse que tanto el estilo educativo democrático como la autoestima son factores que disminuyen el

riesgo de ser victimizado y manifestar síntomas depresivos. Además, se ha observado que existen otros factores que influyen en la resiliencia a la victimización cuando los jóvenes sufren *bullying*. En primer lugar, el género, pues las mujeres tienen más probabilidades que los varones de ser resilientes comportamentalmente ante los efectos del *bullying*. También tener un CI bajo y altos niveles de dificultades socioeconómicas se asocia con un descenso en la probabilidad de ser resiliente, tanto emocional como comportamentalmente. Los niveles altos de problemas emocionales y comportamentales a los 5 años también se asocian con una probabilidad menor de ser resiliente a los 10-12 años (Bowes et al., 2010).

Cuando se controlan las variables anteriores (género, CI, estatus socioeconómico), se observa que la calidez materna, la atmósfera positiva en el hogar y la calidez fraternal se asocian significativamente con la resiliencia a la victimización. Es decir, las víctimas con familias con un alto grado de apoyo presentan menos probabilidades de mostrar problemas emocionales o comportamentales a lo largo de su vida que las víctimas con familias con menos apoyo. Además, se observa que los efectos protectores de la familia son más fuertes para las víctimas que para los no-víctimas (Bowes et al., 2010).

Este estudio es de especial interés asimismo porque se realiza con gemelos, lo cual permite investigar si las relaciones se ven influidas en mayor medida por el medio ambiente o por el genotipo. Se ha hallado que las diferencias en calidez materna se correlacionan significativamente con las diferencias en problemas comportamentales en el par de gemelos monocigóticos, pero no con las diferencias en problemas emocionales (Bowes et al., 2010). Esto indica que la calidez materna ejerce un efecto protector ambiental en la probabilidad de las víctimas de tener problemas comportamentales, pero no en problemas emocionales; es decir, la relación entre calidez materna y ajuste comportamental en víctimas se ve moderada por el medioambiente.

3.4 El genotipo

Una cuestión que se ha intentado responder en diferentes estudios es cómo el genotipo puede influir en la relación entre victimización por *bullying* y la presencia de alteraciones psicológicas. Se ha analizado cómo las variaciones genéticas en la 5-HTTLPR (región polimórfica ligada al transportador de serotonina) moderan la asociación entre victimización y problemas emocionales (Sugden et al., 2010); y se han examinado las asociaciones entre

problemas del neurodesarrollo (NDP) y victimización por *bullying*, analizando si dichas asociaciones están moderadas por factores genéticos o ambientales (Törn et al., 2015). Ambos estudios se han llevado a cabo con gemelos.

Se observa que el genotipo por sí solo no se asocia con la victimización; pero sí modera la relación victimización-alteraciones emocionales, de manera que el efecto de la victimización frecuente en los problemas emocionales de los niños es especialmente fuerte cuando presentan alelos homocigóticos SS en la 5-HTTLPR (tanto a corto como a largo plazo).

Cuando se controlan otros factores familiares compartidos por ambos gemelos, se encuentra que existe una correlación positiva y significativa entre la discordancia en la presencia de *bullying* y la discordancia en la presencia de problemas emocionales en pares de gemelos homocigóticos SS, pero no en SL o LL. Es decir, el gemelo victimizado presenta más problemas emocionales que el no victimizado cuando su genotipo es SS. Esto implicaría que el alelo L protege de los efectos de la victimización (Sugden et al., 2010).

Partiendo de la premisa anteriormente mencionada sobre la complejidad de las interacciones cuando se estudian las relaciones entre victimización y salud mental, es lógico encontrarnos con estudios que pretendiendo estudiar las asociaciones entre problemas del neurodesarrollo e implicación en *bullying* encuentren, de nuevo, que el género es un factor importante a tener en cuenta. Los estudios encuentran que en varones, tras controlar el factor general NDP, ningún módulo específico predice la victimización. El factor general NDP sólo se asocia de manera significativa con la victimización en mujeres. Tras controlar este factor general NDP, en mujeres, los módulos de interacción social y problemas del control motor siguen asociándose con la victimización por *bullying*. Al analizar si dichas asociaciones están moderadas por factores genéticos o ambientales, se observa que la asociación entre factor general NDP y victimización está influenciada tanto por factores genéticos como ambientales. Tras controlar este factor general, se encuentra que la asociación entre problemas de control motor y victimización está principalmente influida por factores genéticos; mientras que la asociación entre interacción social y victimización, por factores ambientales (Törn et al., 2015).

Estos resultados indican que cuando una víctima presenta alelos SS en la 5-HTTLPR es más probable que manifieste problemas emocionales tras sufrir *bullying*. Además, señalan la importancia de trabajar las habilidades de interacción social, especialmente en mujeres con problemas del neurodesarrollo, para prevenir su victimización.

3.5 Otros factores estudiados

3.5.1 Abuso físico infantil y/o hostigamiento docente

Como se ha adelantado, muchas variables moderadoras son analizadas en sólo uno de los estudios revisados. Es el ejemplo del estudio de Yen et al. (2015) al centrarse en cómo el abuso físico infantil o el hostigamiento docente pueden moderar la relación entre sufrir victimización por *bullying* y presentar problemas psicopatológicos. Se centran en las víctimas-agresoras y hallan que éstas presentan más probabilidades que los no implicados, las víctimas puras o que los agresores de haber sufrido experiencias de abuso físico infantil u hostigamiento docente. Las víctimas-agresoras que informan de abuso físico infantil presentan más síntomas de depresión severa, insomnio, mayores tasas de suicidio, síntomas ansiosos, baja autoestima y abuso de alcohol que las víctimas-agresoras sin abuso físico infantil. Por otra parte, las víctimas-agresoras que informan de hostigamiento docente presentan más síntomas de depresión severa e insomnio que las víctimas-agresoras sin ese hostigamiento. Además, se observa que existe una asociación significativa entre haber sufrido abuso físico infantil y presentar riesgo de suicidio entre mujeres; pero no en varones.

3.5.2 Comportamientos prosociales

Se sabe que las víctimas de *bullying* presentan mayor déficit en habilidades sociales que el resto de sus compañeros. También se ha observado que los estudiantes de educación especial muestran menos comportamientos prosociales que sus análogos de educación ordinaria, así como que los estudiantes con discapacidades observables y problemas comportamentales son victimizados con mayor frecuencia (Swearer et al., 2012). Por este motivo, Swearer et al. (2012) consideran interesante analizar si los comportamientos prosociales influyen en la relación entre educación especial y victimización. Sus resultados apuntan que la implicación en comportamientos prosociales no predice la implicación en *bullying*; de modo que no sirve como un mediador entre educación especial y *bullying*.

3.5.3 Estabilidad de la victimización

Los estudios indican que la victimización tiende a ser estable (Boyes et al., 2014). Ciertos estudios se han centrado en analizar las diferencias en las asociaciones victimización – salud mental en función de la estabilidad de ésta. Encuentran que en el grupo de víctimas-agresoras la estabilidad modera esas relaciones. En concreto, cuando la victimización-agresión es estable no se evidencian más probabilidades de sufrir ansiedad en la adultez que el resto de estudiantes; mientras que si es inestable, sí se asocia con un mayor riesgo de presentar síntomas ansiosos (Lereya et al., 2015).

Como conclusión, podemos afirmar que cuando sufren *bullying*, las víctimas muestran más probabilidades de sufrir problemas emocionales cuando han sufrido abuso físico infantil, hostigamiento docente o si la victimización-agresión es inestable.

Discusión

El presente trabajo se ha realizado con el propósito de dar respuesta a las preguntas sobre qué factores de la salud mental se asocian con la victimización por *bullying* y qué variables moderan esas relaciones. Tras llevar a cabo una revisión exhaustiva de los principales estudios sobre este tema desde el año 2010 se han expuesto los hallazgos principales, si bien queda patente la importancia de continuar con estas líneas de investigación debido a los múltiples interrogantes que todavía no pueden ser respondidos con claridad a día de hoy.

Los resultados indican que los alumnos victimizados presentan más síntomas internalizantes y externalizantes que sus compañeros, incluyendo síntomas depresivos, ansiosos, somáticos, problemas de conducta, atencionales, baja autoestima e incluso experiencias psicóticas e ideación e intentos autolíticos, hallazgos consistentes con la literatura existente hasta el momento como se ha mencionado en la introducción (Arseneault et al., 2010; Berger, 2007; Gini y Pozzoli, 2009; Griffin y Gross, 2004; Hawker y Boulton, 2000; Houbre et al., 2006; Klomek et al., 2010; Reijntjes et al., 2010; Rigby, 2003).

Además, los jóvenes con problemas internalizantes muestran una probabilidad mayor de ser victimizados por sus iguales que el resto de alumnos. Esto, unido a la tendencia que muestran los hallazgos sobre la estabilidad de la victimización, sugiere la existencia de un

círculo vicioso victimización ↔ problemas internalizantes. ¿Cómo se explican estas relaciones?

Diferentes hipótesis han intentado arrojar luz sobre esta cuestión, desde distintas perspectivas teóricas. Una explicación tentativa para comprender estos resultados es seguir el modelo diátesis-estrés, que postula que la psicopatología ocurre como resultado de la combinación de vulnerabilidades cognitivas o biológicas con ciertos estresores ambientales. Desde esta perspectiva, el *bullying* es considerado un estresor vital negativo, que afectará mayormente a aquellos niños con vulnerabilidades previas.

Este modelo parece tener sentido cuando se observa que aquellos niños que han sufrido *bullying* presentan, a largo plazo, más problemas internalizantes; no obstante, es difícil explicar por qué los alumnos con problemas internalizantes muestran en el futuro más probabilidades de ser victimizados.

Otra hipótesis plausible sería considerar la teoría de ecología social (Bronfenbrenner, 1979), que conceptualiza el desarrollo humano como la interacción bidireccional entre el individuo y los múltiples sistemas en los que opera. En este caso, el *bullying* sería considerado como el resultado de una experiencia dinámica influenciada por múltiples relaciones con pares, familia, profesores, vecinos e incluso medios de comunicación. Desde esta perspectiva no se puede establecer una causalidad clara, sino que se aboga por la multidireccionalidad, de modo que el contexto influencia la medida en que los factores individuales funcionan como antecedentes, correlatos o consecuentes de la implicación en *bullying*; es decir, según este modelo, tratar de responder a esta pregunta sería como intentar resolver si fue antes el huevo o la gallina.

Sin embargo, parece más aceptable la consideración unificada de ambos modelos, tal y como han realizado Swearer y Hymel (2015) al tratar de integrar estas dos perspectivas. Afirman que el impacto de predisposiciones genéticas puede variar en función del contexto. Desde el modelo unificado diátesis-estrés y teoría de ecología social se hipotetiza que la victimización podría activar auto-esquemas negativos (es decir, activar la vulnerabilidad subyacente), llevando al niño a la percepción de no ser merecedor de amor o ver el mundo como un lugar hostil y desarrollar expectativas negativas de futuro, lo cual aumentaría el riesgo de presentar síntomas depresivos; pero esas vulnerabilidades dependerán de las

interconexiones del niño con su medio a lo largo del tiempo. Por ejemplo, se postula que durante la adolescencia, coincidiendo con el desarrollo biológico, psicológico y social del joven, pueden incrementarse las vulnerabilidades individuales ante estresores externos, como por ejemplo el *bullying*.

¿Qué sucede entonces con las víctimas-agresoras? Desde este modelo integrador se hipotetiza que la perpetración de *bullying* podría ser el resultado de la activación de esquemas “de amenaza” del medio, que provocarían creencias negativas del yo y de otros, llevando a los niños a un comportamiento agresivo en sus relaciones sociales como medio para mantener el control y el poder.

Además de tener en cuenta estos posibles sesgos atribucionales, otros potenciales mecanismos explicativos incluyen la consideración de cambios fisiológicos en sistemas biológicos de respuesta al estrés, de modo que los que sufren victimización crónica estarían hipo o hiperactivados ante el estrés, dando lugar a una mayor facilidad para el desarrollo temprano de problemas de salud mental (Arseneault et al., 2010). Asimismo, la respuesta condicionada al estrés incrementaría el riesgo de las víctimas crónicas de convertirse en víctimas-agresoras, aumentando su nivel de agresividad e impulsividad ante ciertas situaciones (Wolke y Lereya, 2015). Este supuesto sería consistente con los hallazgos obtenidos en la revisión que demuestran que la mayoría de víctimas-agresoras habían sido previamente víctimas puras o víctimas-agresoras (Lereya et al., 2015).

Con todo, existe la posibilidad de que otras variables lleven tanto a la victimización como a los problemas internalizantes. Se ha encontrado que los alumnos con necesidades especiales, principalmente aquellos con discapacidades observables, así como los niños con diagnósticos de TDAH y TOD presentan más probabilidades de sufrir *bullying* (Sciberras et al., 2012; Zablotsky et al., 2013). Todos estos grupos, al igual que las víctimas, comparten una serie de factores como son la presencia de bajo rendimiento académico (Tom et al., 2010), menor vinculación a actividades escolares (Farmer et al., 2012) y déficits en su comportamiento social (Hussein, 2013).

Una de las conclusiones de este trabajo es que las víctimas presentan más déficits en habilidades sociales que sus compañeros, así como menos apoyos sociales y menos amigos íntimos (Hussein, 2013; Meland et al., 2010). Estas dificultades para la interacción social

aumentarían la probabilidad de ser victimizado, al igual que ser víctima dificultaría el aprendizaje de las habilidades sociales. El círculo vicioso se explicaría del siguiente modo, a saber, la victimización provocaría síntomas ansiosos en el niño porque se trata de una fuente de estrés; y esos síntomas ansiosos impedirían una adecuada interacción social, dificultando el aprendizaje de nuevas habilidades sociales y manteniendo así la vulnerabilidad de las víctimas.

Se sabe que tener amigos es un factor protector contra la victimización. Como se ha observado, las víctimas tienen pocos amigos y poco contacto con sus compañeros, en tanto que muestran altas puntuaciones en soledad y aislamiento (Meland et al., 2010; Sigurdson et al., 2015), de modo que su oportunidad tanto para aprender como para desarrollar sus habilidades sociales es limitada. Asimismo, al carecer de apoyos sociales no pueden hacer uso de la estrategia de afrontamiento de búsqueda de apoyo, una de las más eficaces (Tenenbaum et al., 2011).

Además, las víctimas muestran un comportamiento sumiso y poco asertivo, tal y como se ha observado en el estudio de Tom et al. (2010), lo cual hace más fácil agredirles, teniendo menos probabilidades de sufrir represalias. No obstante, en este estudio no se ha hecho distinción entre victimización pura y victimización-agresión. Es posible que las víctimas-agresoras funcionen de manera diferente. Se sabe que presentan también déficits en habilidades sociales, pero además muestran dificultades de regulación emocional en mayor medida que otros grupos (Zablotsky et al., 2013). Las víctimas-agresoras presentan más problemas de autocontrol, de forma que ante la victimización es más probable que respondan con represalias físicas.

En lo referente a síntomas somáticos, otra conclusión de este trabajo es que las víctimas suelen presentarlos frecuentemente, especialmente el dolor de cabeza (Ibeziako et al., 2016; Ilola et al., 2016). Este dato es importante en la medida en que puede ser utilizado como un signo de alarma para la detección de *bullying* cuando se muestra de manera frecuente y sin causa aparente.

Debe ser mencionado asimismo otro de los hallazgos encontrados, y es que es más probable que los progenitores de las víctimas muestren síntomas tanto ansiosos como depresivos que los padres del grupo control (Ibeziako et al., 2016; Ilola et al., 2016). En este

punto, por una parte es posible que los problemas del hijo por ser victimizado incrementen los síntomas ansiosos y depresivos en los padres; o por el contrario, que la exposición del niño a los síntomas depresivos o ansiosos de sus padres lo hagan más vulnerable. Incluso es posible, por otro lado, que dado que en algunos estudios son los padres quienes informan sobre la exposición de sus hijos a la victimización, sus síntomas interfieran en su percepción y vean a sus hijos como posibles víctimas más fácilmente. Por el momento son todo suposiciones, siendo necesario seguir trabajando en esta línea para conocer la relación auténtica.

En definitiva, las vías de discusión están todavía abiertas a debate en lo referente a las explicaciones sobre causalidad, si bien queda claro la importancia de frenar la victimización para prevenir futura sintomatología psicopatológica, así como la necesidad de intervenir con jóvenes que muestran síntomas internalizantes para prevenir la victimización por *bullying*, además de para paliar su sufrimiento.

Ahora bien, aparte de conocer los principales correlatos de la victimización, es incluso más interesante analizar aquellos factores que puedan servir de protección o amortiguadores cuando un niño sufre *bullying*, de modo que no desarrolle otros problemas psicopatológicos. Se sabe que no todos los niños que experimentan victimización por *bullying* sufrirán las mismas dificultades, siendo el estudio de los factores protectores claves en este asunto. A la hora de realizar las intervenciones, será igual de importante centrarse en reducir los factores de riesgo como en potenciar los factores protectores. En este punto entran en juego los estudios que han analizado las variables moderadoras y que permiten un mejor entendimiento del complejo fenómeno que es el *bullying*.

En primer lugar se ha tenido en cuenta el género. Se ha observado que las mujeres tienen más probabilidades de sufrir síntomas físicos asociados a la victimización por *bullying* (Akram y Munawar, 2016); utilizan estrategias de afrontamiento basadas en la búsqueda de apoyo social y en la regulación emocional, siendo éstas vistas como las más útiles (Tenenbaum et al., 2011); y cuando son víctimas-agresoras muestran un riesgo mayor de sufrir victimización directa cuando ejercen agresión directa, pero una probabilidad menor si ejercen agresión relacional (Tom et al., 2010). Además, ser mujer se relaciona con una probabilidad más alta de ser resiliente comportamentalmente (Bowes et al., 2010).

Estos resultados pueden ser explicados por la socialización diferencial según el género. Es posible que los comportamientos considerados como inconsistentes con la definición social de los diferentes roles de género tengan implicaciones negativas. Por eso las mujeres que agreden físicamente, al considerarse como un comportamiento no normativo para su género, tienen más probabilidades de sufrir victimización directa (mientras que en los varones esto no sucede). Es decir, las diferencias en la socialización según los géneros implican diferencias en la participación en *bullying* y también diferentes formas de enfrentarse al malestar psicológico, siendo ésta la posible razón por la cual las mujeres manifiestan síntomas físicos asociados a la victimización en mayor medida que los varones.

En los estudios se han tenido en cuenta también diferentes factores familiares. Por una parte se ha observado que las víctimas tienen más posibilidades de sufrir síntomas ansiosos cuando las madres experimentan estrés de crianza moderado o alto (Weiss et al., 2015); los niños cuyos padres han mantenido un estilo de crianza democrático tienen menos probabilidades de sufrir victimización, y cuando la sufren, menos riesgo de presentar síntomas depresivos (Luk et al., 2016); y aquellos jóvenes que cuentan con calidez materna y fraterna así como con una atmósfera positiva en el hogar presentan también menos probabilidades de sufrir problemas comportamentales tras la victimización (Bowes et al., 2010).

Estos hechos pueden explicarse teniendo en cuenta, por un lado, que el estrés de crianza refleja la experiencia de afecto negativo o falta de afecto positivo con respecto a las demandas de ser padres. Cuando el estrés de crianza es alto, la atmósfera en el hogar se percibe como poco segura, de modo que la comunicación puede hacerse más difícil; además, el estrés de crianza puede ser un factor estresante añadido para el niño. Cuando los niveles de estrés de crianza son bajos o nulos, los padres exhiben más calidez y son más capaces de ayudar a sus hijos a afrontar situaciones estresantes. Si existe una atmósfera positiva hay altos niveles de organización y rutina, el ambiente es calmado y bien estructurado, lo cual puede aliviar los síntomas de estrés y proveer seguridad al niño. La relación positiva entre padres e hijo puede traducirse en una oportunidad para los padres para guiar a sus hijos en el afrontamiento de experiencias difíciles, como el *bullying*. Por otra parte, la calidez fraterna puede ayudar satisfaciendo las necesidades sociales del niño y proporcionando apoyo social.

Es decir, cuando existe una atmósfera positiva, y un estilo educativo democrático, las víctimas pueden ser capaces de desarrollar estilos de respuesta más activos y acertados, gracias a una comunicación de confianza, presencia de apoyo y a sentirse seguros en su ámbito familiar.

En cambio, cuando el hogar no provee al niño la seguridad que necesita, éste puede desarrollar estrategias de regulación emocional disfuncionales, que empeoren la situación e impliquen un mayor riesgo para futuros problemas psicopatológicos. Esto puede relacionarse con otros resultados hallados que demuestran que las víctimas-agresoras que han sufrido abuso físico infantil dentro del contexto familiar, así como aquellos que han sido hostigados por sus docentes, otro de los contextos principales para el desarrollo de los jóvenes, presentan sintomatologías más severas cuando son victimizados (Yen et al., 2015).

De acuerdo con la teoría del apego de Bowlby (1988) el abuso físico infantil no sólo dañaría la relación entre el niño y sus padres, sino que también podría dañar su marco de referencia para percibir situaciones estresantes, las acciones de los otros o la percepción de sus propias capacidades (esto es, podría dañar sus modelos de funcionamiento interno). Las experiencias familiares llevan a la construcción de ciertos esquemas relacionales, que se activan y sirven de guía social de percepción y comportamiento ante situaciones de interacción. Cuando estos esquemas son disfuncionales los niños pueden, por ejemplo, percibir la necesidad de protegerse ante interacciones sociales y actuar violentamente contra los pares, como en el caso de las víctimas-agresoras.

Otros resultados de este trabajo con importantes implicaciones prácticas son que ciertas estrategias de afrontamiento pueden aumentar o disminuir la probabilidad de manifestar síntomas depresivos o ansiosos tras la victimización (Garnefski y Kraaij, 2014); así como que las alumnas con problemas del neurodesarrollo que presentan dificultades de interacción social tienen un riesgo mayor de ser víctimas de *bullying* (Törn et al., 2015). Esto significa que a la hora de intervenir con las víctimas, deberán trabajarse habilidades sociales y fomentar estrategias de afrontamiento como la reevaluación positiva y el reenfoque positivo, mientras que debe reducirse el uso de otras como la catastrofización y la rumiación.

Es interesante hacer mención igualmente a los hallazgos que nos indican que el *bullying* se manifiesta ya a edades muy tempranas, en preescolar (Ilola et al., 2016), de modo

que las intervenciones deben cubrir también este grupo de edad. Igualmente, se ha observado que la victimización disminuye con la edad (Boyes et al., 2014; Copeland et al., 2013) y que tanto los agresores como las víctimas-agresoras tienen más probabilidades de ser varones (Meland et al., 2010; Isolan et al., 2013). Una posible explicación es que la victimización se reduce con la edad porque los niños progresivamente comienzan a adquirir más habilidades sociales y la maduración permite un incremento en la habilidad de resolver conflictos; además, a medida que crecen, cada vez hay menos “niños mayores”, siendo éstos los que suelen agredir. En relación al género, ya se ha comentado que la socialización diferencial para niños y niñas incide en la implicación en *bullying*.

Algunos estudios indican también que los niños con obesidad presentan un riesgo mayor de victimización-agresión (Jansen et al., 2014). Algunas hipótesis contemplan la posibilidad de que tanto la obesidad como la implicación en *bullying* tengan una misma causa, la pobre regulación emocional (Wang et al., 2010). Otros apuntan al estigma contra la obesidad como motivación subyacente. Por otra parte, los jóvenes con bajo peso son también victimizados en mayor medida que los normo-peso (Wang et al., 2010), lo cual sería consistente con el desequilibrio de poder que debe existir entre agresor y víctima para que se considere una acción como acoso; en este caso, se debería a una asimetría de poder física.

Para concluir, teniendo en mente el siguiente objetivo del trabajo, trazar un protocolo de intervención para reducir el *distress* de las víctimas tras sufrir *bullying*, debemos recordar los principales focos que deben ser atendidos. De una parte, debemos tener en cuenta que la intervención debe considerar tanto a los niños como a los padres y debe abarcar todos los niveles educativos, desde preescolar hasta secundaria. Con los jóvenes, se intentarán reducir los problemas internalizantes y externalizantes, haciendo hincapié en reducir sesgos atribucionales y cogniciones disfuncionales. Además deberán ser potenciados el desarrollo de habilidades sociales, las estrategias de regulación emocional y las estrategias de afrontamiento como la reevaluación positiva, el reenfoque positivo o la búsqueda de apoyo social. En lo referente a los padres, se trabajará con ellos el manejo de situaciones difíciles y la promoción de un contexto familiar positivo y estable, en el cual exista una comunicación positiva y calidez dentro de la familia. A continuación se describe el protocolo de intervención que se propone a partir de los resultados hallados tras esta revisión.

Propuesta de intervención

El objetivo principal de la intervención será potenciar los factores protectores y disminuir los factores de riesgo para la manifestación de sintomatología psicopatológica tras la victimización por *bullying*.

Si bien esta intervención está destinada a las víctimas, como se ha mencionado previamente será igual de importante realizar por otra parte una intervención con los agresores. Además, suponemos que en el momento de llevarse a cabo este tratamiento la situación de *bullying* ha cesado o está controlándose gracias a otros programas anti-*bullying*. Asimismo, es frecuente que en un intento por controlar la situación de acoso de sus hijos los padres cambien al menor a otro centro; sin embargo, como hemos visto es probable que el niño vuelva a ser victimizado, de modo que esta intervención es útil también como medida preventiva ante estos casos, especialmente gracias a 1) la mejora de habilidades sociales y a la percepción de autoeficacia y mayor autoestima con la que se pretende dotar al individuo, así como a 2) la comunicación positiva entre padres e hijos que facilitará la información y el apoyo en caso de que el niño vuelva a sufrir *bullying*.

Como hemos explicado, basándonos en un modelo unificado de teoría de ecología social y diátesis-estrés (Swearer y Hymel, 2015) entendemos que el joven presenta una serie de vulnerabilidades cuya formación y expresión dependerá de los diferentes contextos en los que interactúa. Por esta razón, es importante tener en cuenta tanto a la familia como a la

escuela, además de intervenir sobre las vulnerabilidades de las víctimas. Existen protocolos de acoso escolar que se centran en las medidas que ha de tomar el centro escolar, principalmente fomentar un clima positivo de confianza que desaprobe el acoso, y que deberán implementarse de manera complementaria a esta intervención (por ejemplo, programa Olweus de prevención contra el acoso escolar). Además, será de vital importancia que los padres y el centro estén en continuo contacto, de manera que los diferentes contextos en los que se sitúa el niño interactúen y éste no se sienta desprotegido en ninguno de ellos.

La intervención aquí propuesta para reducir el *distress* de las víctimas de *bullying* se integra principalmente de componentes y técnicas cognitivo-conductuales, por haber demostrado su eficacia previamente. Como se ha concluido, será necesario incluir tanto a las víctimas como a sus padres en un esfuerzo por mejorar la atmósfera del hogar y la calidez en la relación padres-hijo, uno de los factores que han demostrado ser importantes a la hora de disminuir el impacto de la victimización en las dificultades psicopatológicas del niño (Bowes et al., 2010; Luk et al., 2016; Weiss et al., 2015). No obstante, cada caso es único y precisa de una valoración de las principales áreas a tratar, de modo que esta propuesta de protocolo de intervención deberá ser modificada según el caso para adaptarse a las necesidades específicas de cada situación.

Este protocolo está destinado a niños de educación primaria principalmente (por ser a estas edades cuando existe más victimización; Sullivan et al., 2005; Copeland et al., 2013), pudiendo aplicarse a otras edades con ligeras variaciones. Por ejemplo, si se destina a adolescentes, deberá tenerse en cuenta que el papel de la familia cambia en ese momento evolutivo, de modo que sería interesante incrementar el trabajo con iguales. Cuando se realice con niños de infantil, deberán adaptarse las diferentes técnicas a sus capacidades cognitivas, de forma que puedan entender las diferentes estrategias.

Esta propuesta está pensada para realizarse en formato grupal, si bien puede adaptarse a un formato individual. El formato grupal será especialmente interesante en este tipo de pacientes, pues como hemos podido comprobar (Hussein, 2013; Ilola et al., 2016; Meland et al., 2010; Rigby, 2003; Sigurdson et al., 2015) en la mayoría de los casos las víctimas no cuentan con una red de apoyo social. Al formarse un grupo con niños de edades parecidas se les ofrece la posibilidad de, poco a poco, ir creando esa red. Además, muchas de las

intervenciones, como por ejemplo el entrenamiento en habilidades sociales, se beneficiarán de ser realizadas en grupo, puesto que permiten la realización de discusiones en grupo, *role-playing* y modelado. Lo mismo sucede con los padres, quienes podrán contar con el apoyo de otros padres en situaciones semejantes, con las mismas preocupaciones por sus hijos. Los grupos estarán formados por 5-6 niños y, por tanto, por 10-12 padres. Las sesiones de padres y niños se llevarán a cabo de manera independiente, a excepción de aquellas en las que se fomentará una comunicación positiva entre los miembros de la familia.

Estructura de la intervención

Tras la revisión realizada hemos concluido que será necesario intervenir con los niños en síntomas depresivos y ansiosos (malestar psicológico, estrés, baja autoestima, desesperación, insomnio, bajo número de actividades placenteras, ideación suicida), en estrategias de afrontamiento y de regulación emocional y en habilidades emocionales y sociales principalmente. Con la familia se trabajará en el fomento de calidez paterno-filial, en la mejora de la atmósfera hogareña y la comunicación familiar, así como en el incremento de la sensación de autoeficacia en lo referente a la crianza de sus hijos. Además, de ser necesario se trabajará también en la disminución de síntomas ansiosos o depresivos de los progenitores o en problemáticas que puedan dificultar la mejora de la atmósfera en el hogar.

En este caso el protocolo se destinará tanto a víctimas puras como a víctimas-agresoras, si bien el profesional deberá adecuarse a cada individuo, de modo que, por ejemplo, cuando se trate de víctimas-agresoras deberá hacerse un mayor énfasis en el manejo de los problemas de conducta y la regulación emocional, por presentar este grupo estas dificultades con mayor frecuencia y en mayor intensidad que las víctimas puras.

En total, el tratamiento consistirá en 20 sesiones con los niños y cinco con los padres (más las necesarias en función de la valoración del caso), de diferentes duraciones y con frecuencia semanal. Por consiguiente, el tratamiento tendrá una duración aproximada de cinco meses.

En las Tablas 3 y 4 se detallan los diferentes componentes de la intervención. Se ha dividido la intervención en bloques, si bien muchos de los componentes se trabajarán a lo largo de todo el tratamiento y de manera interrelacionada. En general, se trabajará a través de

cuentos/viñetas, vídeos y dinámicas grupales, incluyendo técnicas y componentes cognitivo conductuales (ensayo conductual, modelado, práctica supervisada, refuerzo, tareas para casa) para la adquisición y consolidación de habilidades.

Tabla 3

Componentes de la intervención con niños

Bloque I. Síntomas internalizantes	
<ul style="list-style-type: none"> - Relación situación-pensamiento-emoción-conducta - Cogniciones disfuncionales y sesgos - Fomento de locus de control interno, autoeficacia y autoestima - Relajación - Programación de actividades agradables - Solución de problemas - Trauma 	<p>6 sesiones grupales de 1,5 horas + Sesiones individuales necesarias para trabajar el trauma si procede</p>
Bloque II. Afrontamiento y regulación emocional	
<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación sobre emociones - Solución de problemas - Relajación - Autoinstrucciones - Búsqueda de apoyo social - Prestar atención a la emoción sin juzgar - Exposición - Reenfocar la atención (reenfoque positivo) - Reformular experiencias (reevaluación positiva) 	<p>9 sesiones de 1,5 horas</p>
Bloque III. Habilidades sociales	
<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación sobre HHSS - Práctica de estas habilidades 	<p>5 sesiones de 2 horas</p>

Tabla 4

Componentes de la intervención con padres

Bloque IV. Vínculo y calidez paterno-filial; autoeficacia en la crianza	
<ul style="list-style-type: none">- Psicoeducación: explicación sobre los síntomas de su hijo, importancia del contacto con la escuela- Establecimiento de objetivos- Calidez en la relación- Establecer límites y pautas manejo conducta- Práctica de habilidades de comunicación positiva	5 sesiones de 2 horas
Bloque V. Síntomas o problemas que puedan interferir	
<ul style="list-style-type: none">- Objetivos personales de cambio- Estrategias de manejo de emociones y de afrontamiento- Reestructuración cognitiva; solución de problemas; hábitos saludables- Comunicación positiva- Tiempo para uno mismo; reparto de tareas	Sesiones necesarias en función del caso, determinadas tras realizar la evaluación

En la Figura 3 se refleja cómo se distribuyen los tiempos de la intervención:

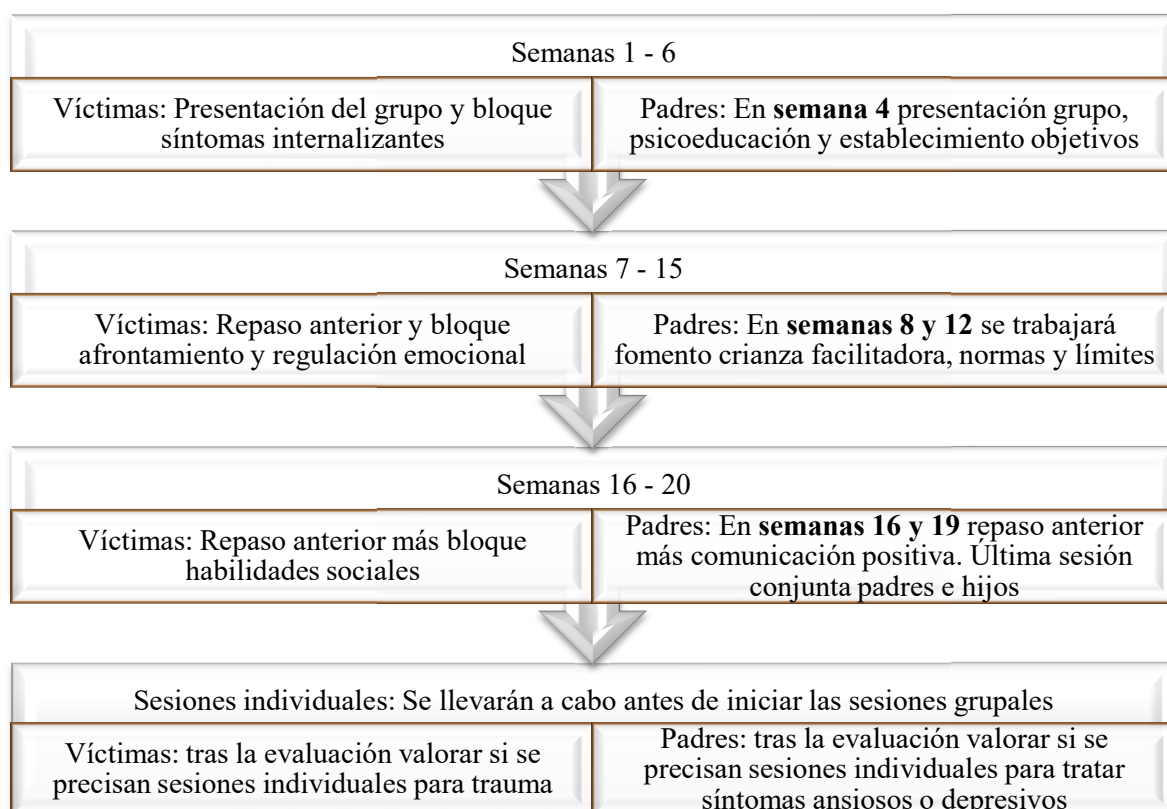


Figura 3. Reparto por semanas de las sesiones de la intervención

Descripción de la intervención

Se ha observado que la victimización por *bullying* se relaciona, de manera bidireccional, con síntomas internalizantes y déficits en el funcionamiento psicosocial. Por esta razón, la intervención se centrará mayoritariamente en disminuir el *distress* y enseñar a los niños habilidades y estrategias de interacción social, afrontamiento a situaciones difíciles y regulación emocional. A continuación se describen los pasos a seguir durante el tratamiento, comenzando por explicar la intervención con las víctimas y seguidamente con los padres.

Bloque I. Síntomas internalizantes en víctimas

En primer lugar, será importante que el niño sienta que le escuchamos y apoyamos, que nos interesa lo que nos cuenta y sus sentimientos. Le manifestaremos que puede hablar con nosotros de la experiencia de victimización si lo desea e informarnos si vuelve a ocurrir algo parecido; le alabaremos diciendo lo valiente que es por contarlo y validaremos todas sus

emociones, tanto en aquellos niños que sienten miedo como en aquellos que expresan ira, enseñándole a manifestarla de manera adecuada. Será importante en todo momento hacerle ver que para nosotros es importante lo que nos cuenta y que lo sucedido no es culpa suya.

Durante todo el proceso de intervención trataremos de empoderar a la víctima, haciendo que se sienta implicada y sepa que puede tomar decisiones por sí misma. Por ello, los objetivos serán establecidos de manera conjunta entre el terapeuta y el niño durante las sesiones individuales de evaluación, y en función de éstos se adaptarán las siguientes estrategias. Asimismo, a lo largo de la intervención los objetivos podrán ser modificados en función de las necesidades que vayan surgiendo. Algunos ejemplos de objetivos con niños serían: “tener habilidades para conocer a otros niños y poder ser amigos” o “conseguir controlar mis nervios”. Para tratar los síntomas internalizantes que pueden presentar las víctimas se realizarán las siguientes actividades.

Relación situación-pensamiento-emoción-conducta: Será importante que el niño entienda estas relaciones, para ello en un primer lugar se le explicarán con la ayuda de imágenes como la Figura 3, y a continuación se pondrán ejemplos que le ayuden a entenderlo (ej.: “Imaginaos que viene Pepito y os dice que os va a traer un regalo a cada uno. Aunque no os lo haya dado aún, vosotros ya estáis contentos por el pensamiento de recibirlo”). Después se usarán viñetas en las que aparecerán representadas diferentes situaciones y los niños deberán indicar qué creen que están pensando, cómo se sienten y cómo actuarán los personajes. Seguidamente se realizará un debate en grupo comparando las distintas respuestas de modo que comprendan que en función del pensamiento que tiene el personaje sus emociones serán también diferentes, al igual que su conducta. Se hará hincapié en situaciones del día a día en el colegio, como que un compañero les haga una broma, suspendan un examen u otro compañero les quite un lápiz.



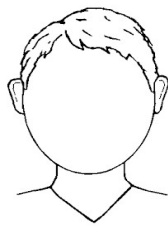


Figura 4. Proceso de pensamiento en víctimas. De “Víctimas de bullying. Pasos para la intervención con las víctimas”, por Avilés, Irurtia y Alonso, 2008, *Amazonica 1*(1), p.88.

Además de viñetas con personajes, pueden usarse otras actividades como la siguiente:

Tabla 5

Actividad para relacionar situación-pensamiento-conducta




Situación	Pensamiento	Emoción (dibujar cara)
<p>Veo a un grupo de chicos riéndose en la entrada de clase</p> 		

Cogniciones disfuncionales y sesgos: Muchas víctimas desarrollan creencias disfuncionales del tipo “me merezco todo lo malo que me pase; esto no va a cambiar nunca; no valgo para nada” y sesgos atribucionales sobre las intenciones de los otros “van a hacerme daño; no puedo fiarme de nadie”,... Después de la explicación de las relaciones pensamiento-emoción-conducta, se llevarán a cabo técnicas de reestructuración cognitiva para modificar estas creencias, tales como la discusión, prueba de realidad, reatribución de responsabilidad, detención de pensamiento o tomar perspectiva (por ejemplo, pensar ¿qué me diría alguien que se preocupa por mí?). Puede ser útil la lectura de cuentos o metáforas para ejemplificar este proceso. En primer lugar se les pedirá a los niños que registren a lo largo de la semana diferentes situaciones con sus correspondientes pensamientos, emociones y conductas. La siguiente semana, tras revisar los autorregistros y enseñar la reestructuración cognitiva se les

pedirá que vuelva a registrar lo mismo pero añadiendo una columna con un pensamiento alternativo más funcional. Un ejemplo de autorregistro sería el siguiente:

Tabla 6

Ejemplo de autorregistro para reestructuración cognitiva

Día y situación (¿dónde estoy, con quién, qué ocurre?)	Pensamiento 	Emoción e intensidad 	Conducta 	Pensamiento alternativo

Fomento del locus de control interno, autoeficacia y autoestima: A lo largo de todo el tratamiento el locus de control interno y la autoestima del niño irán desarrollándose mediante la implementación de las diferentes estrategias que le permitirán comprobar que sus decisiones tienen consecuencias. Ya desde un inicio se fomentarán al establecer los objetivos conjuntamente, y luego al aprender nuevas habilidades de manera paulatina, con apoyo y *feedback* del terapeuta y de sus compañeros, se incrementarán su confianza y seguridad en sí mismo.

Además, se les pedirá a todos los niños que realicen tareas de análisis de éxitos conseguidos, exploración de fortalezas y virtudes, descripción de uno mismo (aspecto físico, cómo me relaciono, mi personalidad, cómo me ven los demás, etc.), de las cosas que les gusta hacer, los valores que consideran importantes, etc. Asimismo se trabajarán con los niños sus derechos, por ejemplo se les puede entregar una ficha como la siguiente que deban completar:

Tengo derecho a...	
1. Equivocarme alguna vez	6. Hacer las cosas de manera no perfecta
2. Comunicar lo que siento	7. Que los demás me tengan en cuenta
3. Pensar de manera distinta	8. Sentirme importante
4. Pedir un favor	9. Aprender
5. Que me respeten	10.




Figura 5. Tengo derecho a... Adaptado de *Habilidades sociales, autoestima y solución de problemas*, por A. Vallés, 1994, Madrid: EOS.

Solución de problemas: Se enseñará a los niños el procedimiento de solución de problemas (definir el problema, generar alternativas de solución, valorar consecuencias, escoger una alternativa y evaluar su funcionamiento) y se entrenará mediante ejemplos como la visualización de vídeos cortos en los que el protagonista tiene un problema que ellos deben solucionar (algunos ejemplos de vídeos de los que se puede hacer uso son Ormie el cerdito (Joseph S.A., 2013) o Resolución de conflictos en el aula (Obando, 2016), disponibles en Youtube); lectura de cuentos; etc. Además, se animará al niño a poner ejemplos de conflictos y a reconocer sus sentimientos en esas situaciones, validándoselos y normalizándolos. Cuando se trabajen estrategias de regulación emocional se le animarán a emplearlas también como un paso de la solución de problemas. Será importante asimismo que el niño aprenda la diferencia entre situaciones con posibles soluciones y situaciones irresolubles. En este último caso deberá utilizar estrategias para afrontar esas situaciones.

Programación de actividades agradables: Se ha demostrado que las víctimas presentan síntomas depresivos entre los que se incluyen el aislamiento y retraimiento social y un bajo número de actividades placenteras (Boyes et al., 2014; Meland et al., 2010). Por ello, se animará a los niños a crear una lista con actividades agradables que estarían dispuestos a hacer. Se les pedirán que lleven a cabo algunas de esas actividades en sus entornos habituales durante la siguiente semana. Además, se les pedirá que compartan con el resto del grupo las actividades de sus listas, y aquellos que coincidan establecerán momentos para realizarlas juntos. De esta forma, además de mejorar su estado de ánimo, se fomentará la creación de una red de apoyo.

Relajación: Muchas víctimas muestran síntomas ansiosos (Copeland et al., 2013; Kelly et al., 2015); en el bloque II se trabajará la regulación emocional, pero ya desde el comienzo se irán explicando técnicas de relajación que deberán practicarse a lo largo de toda la intervención. Se enseñará la respiración profunda y la relajación muscular de Koeppen, se practicarán durante las sesiones obteniendo *feedback* y se les pedirá que la realicen como tarea para casa. Para su aprendizaje pueden utilizarse marionetas, cuentos o la imaginación, por ejemplo pidiéndoles que se imaginen que son ranas que se hinchan y deshinchan.

Trauma: Algunas víctimas presentan síntomas del trastorno por estrés postraumático (Boyes et al., 2014; Houbre et al., 2006). Pero además, hemos visto que haber sido víctima de

bullying en la niñez no sólo afecta a la psicopatología del momento, sino que además puede producir secuelas en la adultez (Copeland et al., 2013; Kelly et al., 2015; Lereya et al., 2015). Con la intervención que se está implementando y los recursos que aprenden los niños, tales como las estrategias de afrontamiento y de regulación emocional, estamos ya interviniendo en cierto modo en sus posibles secuelas postraumáticas, si bien es cierto que algunos niños necesitarán un tratamiento más concreto e intensivo, con sesiones que se llevarán a cabo individualmente. Además, como hemos visto, algunas víctimas-agresoras han sufrido abuso físico u hostigamiento docente durante la niñez (Yen et al., 2015), fenómenos que pueden haber contribuido también al desarrollo de un trauma. Por estas razones, incluiremos un apartado para intervenir sobre los aspectos traumáticos de la victimización. El terapeuta deberá decidir la adecuación de llevar a cabo esta intervención con los niños que así lo precisen. En este caso recomendamos aplicar terapia EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares), por haber demostrado su eficacia ante el tratamiento de traumas y ser uno de los tratamientos de elección según la OMS, 2013, la Cochrane Review (Bisson y Andrew, 2007, citado en Jarero, Roque-López y Gómez; 2014) y el National Collaborating Centre for Mental Health; 2005 (Jarero et al., 2014). Recordemos que sólo una persona entrenada en terapia EMDR podría realizar este tipo de intervenciones. Esta terapia se basa en el marco teórico del Modelo del Sistema de Procesamiento de la Información y consta de 8 fases (Shapiro y Forrest, 2001): 1. Conocer la historia y planificar el tratamiento; 2. Preparación; 3. Evaluación, tras la cual se seleccionará una imagen del suceso traumático, una creencia negativa y a continuación una creencia positiva, qué emociones produce el evento, sensaciones físicas y unidades subjetivas de perturbación; 4. Desensibilización, mediante estimulación bilateral; 5. “Visión futura”; 6. Escáner corporal; 7. Cierre (lugar seguro); y 8. Re-evaluación. La estimulación bilateral facilita la conexión entre los dos hemisferios cerebrales, logrando así el procesamiento de la información y la disminución de la carga emocional (Jarero et al., 2014).

Bloque II. Afrontamiento y regulación emocional

Las víctimas suelen percibir sus estrategias de afrontamiento como poco eficaces en la mayoría de los casos (Tenenbaum et al., 2011). Además, su regulación emocional es pobre,

especialmente en el caso de las víctimas-agresoras (Zablotsky et al., 2013). Por ello será importante trabajar con ellas estos aspectos.

Con las diferentes pautas llevadas a cabo hasta este momento (reestructuración cognitiva, solución de problemas, relajación) hemos comenzado ya a dotar al individuo de estrategias útiles que puede llevar a cabo en situaciones de acoso, si bien en este bloque II lo trabajaremos más específicamente.

El afrontamiento se define como los esfuerzos del individuo para manejar el estrés ambiental y las emociones resultantes (Lazarus, 2006, citado en Tenenbaum et al., 2011).

Podemos definir la regulación emocional como el proceso voluntario y auto-dirigido de organización y modificación de las emociones que uno experimenta en el momento en que las está experimentando, en un intento por adaptarse biológica y socialmente, así como su expresión (Eisenberg y Spinrad, 2004; Gross, 2014). Por su parte, por desregulación emocional entendemos una habilidad limitada para manejar y modular emociones que permitan la relación interpersonal, iniciativa prosocial, simpatía hacia otros, y otras funciones individuales con éxito (Thompson, 1994, citado en Hannesdottir y Ollendick, 2007).

Gross (2014) habla de 5 tipos de estrategias de regulación emocional en su modelo: la selección de la situación (disminuir la probabilidad de encontrarse en una situación que evoque un gran arousal emocional), la modificación de la situación (cambiar la situación para cambiar la fuerza de las emociones), el despliegue atencional (alterar la atención para modificar la emoción), el cambio cognitivo (reevaluación de la situación para cambiar el significado de la emoción), y la modulación de la respuesta (cambiar elementos comportamentales o fisiológicos de la emoción). En este bloque pondremos en práctica con los niños estos tres últimos tipos mediante el entrenamiento en reenfoque positivo, reestructuración cognitiva y reevaluación positiva, autoinstrucciones y relajación.

Psicoeducación sobre emociones: En un primer momento nos centraremos en el entrenamiento en el reconocimiento, diferenciación y expresión de emociones y su importancia, dado que es algo en lo que las víctimas tienen dificultades (Hussein, 2013). Durante el proceso de reestructuración cognitiva ya le hemos explicado al niño la relación entre sus pensamientos, emociones y conductas, cómo una situación puede hacernos sentir

diferentes emociones según nuestros pensamientos previos, cómo podemos nosotros gestionarlas, así como que cada emoción tiene una expresión diferente. En este punto llevaremos a cabo diferentes actividades en las que los niños tengan que identificar las emociones de un personaje (identificar expresiones faciales y posturas de cada emoción), ponerles nombre, describir qué reacciones corporales acompañarán a dicha emoción, etc. Por ejemplo, podemos enseñarle una fotografía a un niño y pedirle que exprese mediante la cara y la postura corporal qué emoción le transmite, de forma que el resto del grupo tenga que adivinar qué emoción es.

Les pediremos también que pongan ejemplos propios de momentos en los que ellos hayan sentido esa emoción (por ejemplo, ante situaciones de victimización); validaremos todas esas emociones y les enseñaremos la importancia de validarlas en los demás. Además les solicitaremos ejemplos de formas de gestionarlas en casos en los que se experimenten de manera muy intensa; por ejemplo mediante relajación, ejercicio físico, tiempo fuera.

Prestar atención a la emoción sin juzgar: Se llevarán a cabo sesiones en las que los niños deberán prestar atención a su cuerpo y a sus emociones sin juzgarlas, simplemente sintiéndolas y utilizando la respiración como un ancla en el presente. Deberán explorar la emoción, qué reacciones físicas les produce; qué pensamientos tienen pero simplemente como si fuesen un espectador, escuchándolos desde fuera; sentirla, inhibiendo procesos automáticos de respuesta ante esa emoción. Para más información, puede servir como base el libro *Plantando semillas: la práctica del mindfulness con niños* (Hanh, 2015), que incluye un CD para que puedan practicar los ejercicios en casa.

Autoinstrucciones: Al igual que pasa con las cogniciones disfuncionales, es frecuente que los niños con sintomatología internalizante se hablen a sí mismos de manera negativa, repitiéndose frases del tipo “soy un inútil, no valgo para nada, todo me sale mal,…” Después de entrenarlos en reestructuración cognitiva les pediremos también que anoten en un papel qué frases positivas creen que otros podrían decirles en esos momentos y cuáles les dirían ellos a un amigo. A continuación se les explica en qué consisten las autoinstrucciones y se les pedirá que comiencen a utilizar las frases anotadas como tales. Como tarea para casa, se les pedirá que anoten situaciones en las que hayan utilizado las autoinstrucciones.

Búsqueda de apoyo social, en iguales y en adultos: Como ya se ha explicado, el *bullying* es un fenómeno que ocurre dentro de un determinado contexto social, pero no en otros. Las dinámicas relacionales dentro del centro en el que el niño sufre el acoso deberán intentar ser modificadas mediante los programas *antibullying*, no obstante es un proceso difícil y en ocasiones, lento. Cuando es difícil cambiar el contexto en el que se encuentra, una opción para el niño es comenzar a interactuar en otro contexto diferente en el cual sea posible un cambio de rol dentro de la estructura social (Whitson, 2017). Por esta razón se fomentará que el niño busque otros contextos que no sigan la misma dinámica que el aula, como por ejemplo actividades extraescolares fuera del centro educativo que le permitan crear una red de apoyo. Además, durante esta intervención se pretende asimismo que los niños que integran el grupo funcionen también como un apoyo. Por otra parte, gracias a la intervención que se realiza paralelamente con la familia, se pretende fomentar un clima de confianza y calidez en el que el niño se sienta seguro y pueda buscar apoyo social también en sus padres.

Reenfocar la atención (reenfoque positivo): Unas habilidades adecuadas de regulación emocional incluyen ser capaz de desengancharse y redirigir la atención fuera del estímulo que suscita la emoción. Una posibilidad es usar la distracción (pensar en algo agradable) como método para alejarse cognitivamente del estímulo negativo. En muchas ocasiones las víctimas están hipervigilantes ante la información negativa y les cuesta enfocarse en otra cosa, especialmente en los niños ansiosos. Por esto les entrenaremos en redirigir la atención a estímulos neutros y positivos. Puede hacerse por ejemplo con videojuegos; pidiéndoles que anoten al final del día los acontecimientos positivos que han experimentado o visto; etc.

Reformular experiencias (reevaluación positiva): Cuando un niño sufre un evento negativo, re-enmarcar esos eventos altamente emocionales de modo positivo le permite recuperarse más rápidamente de experiencias estresantes (Tugade y Fredrickson, 2004, citado en Hannesdottir y Ollendick, 2007). Aquí se pretende que el niño pueda encontrar un significado positivo en términos de crecimiento personal (Garnefski y Kraaij, 2014). Será importante que el reenfoque lo realice el niño y no que le venga dado, para que sea realmente útil. Además de para experiencias de acoso, enseñaremos esta estrategia de afrontamiento a los niños y la practicaremos con diferentes situaciones para que se vuelva un recurso natural que pueda utilizar en el futuro.

Exposición: Tras el aprendizaje de las estrategias que puede utilizar para manejar sus emociones, deberemos indicarles que existe una diferencia entre las “cogniciones frías” y racionales y las “calientes” en momentos difíciles. Aunque un niño conozca y haya entrenando la estrategia, es posible que en situaciones de demasiada carga emocional le sea difícil ponerla en práctica. Por ello será interesante que vaya practicándola poco a poco en estas situaciones (Vasey y MacLeod, 2001, citado en Hannesdottir y Ollendick, 2007). Para este cometido se diseñarán sesiones de exposición, además de para reducir la ansiedad condicionada a la escuela que pueden presentar las víctimas. Principalmente se programarán sesiones de exposición a situaciones de interacción social. El grupo ya ha servido como tal, pero ahora se les pedirá que lo realicen en el colegio, un contexto que de por sí puede producirles ansiedad. También pueden exponerse a zonas de la escuela en las que hayan sufrido acoso (ej. patio), para que su ansiedad disminuya y sean capaces de regularse emocionalmente en estos lugares, dado que tendrán que pasar por ahí en algún momento.

Bloque III. Habilidades sociales

A lo largo de la intervención se ha trabajado ya en la identificación, diferenciación y manejo de emociones, si bien se seguirá trabajando en cómo nuestras emociones y las de los demás pueden influir a la hora de relacionarnos.

Psicoeducación sobre habilidades sociales y emocionales: El papel de las emociones ha sido explicado pormenorizadamente en el bloque anterior, aunque se seguirán practicando formas adecuadas de expresar la ira, el miedo, la preocupación, la tristeza... Asimismo, comenzaremos con el entrenamiento en habilidades sociales, explicando los diferentes tipos de interacción (pasivo, asertivo, agresivo), la importancia del lenguaje no verbal, de las habilidades de escucha, etc. En un primer lugar pueden interpretarse ejemplos de interacción con juguetes que sirvan como modelos, después se realizarán *role-playing* con *feedback* y discusiones grupales.

Práctica de estas habilidades. Principalmente se trabajarán los siguientes componentes: reconocimiento, diferenciación y expresión de emociones, iniciar y mantener conversaciones, aprender a decir no, realizar peticiones y quejas, aceptar y emitir críticas, habilidades de escucha, la importancia del lenguaje corporal y especialmente nos centraremos en la asertividad. Las víctimas de *bullying* son poco asertivas (Tom et al., 2010) y éste será un

importante punto sobre el que intervenir. Para ello, como hemos comentado, se diferenciarán los tres tipos de interacción (pasiva, asertiva, agresiva), identificando maneras de hablar de cada una, su lenguaje corporal, consecuencias de utilizar un tipo u otro, etc. tanto mediante viñetas como mediante *role-playing* en grupos. A continuación se les pedirá que interpreten diferentes situaciones en las que deberán ser asertivos, en un principio recrearemos situaciones del día a día para más adelante practicar situaciones de acoso, por ejemplo, cuando un compañero nos hace una broma que nos molesta, nos menosprecia, nos insulta, etc. Será importante recordar los derechos del niño, que ya hemos trabajado en el bloque I, enfatizando el derecho que tienen de ser respetados y poder expresarse.

En un primer momento se entrenarán durante las sesiones, después se le pedirá al niño que las lleve a cabo en diferentes situaciones, primero en las más sencillas y después progresivamente en otras más complicadas, hasta que su uso se generalice a todos los contextos de su día a día.

Bloque IV. Vínculo y calidez en la relación, autoeficacia en la crianza

Psicoeducación: Cuando los padres descubren que sus hijos han sido víctimas de *bullying* es frecuente que se sientan culpables y no sepan cómo reaccionar. Es importante que estén en contacto continuo con el centro escolar y los profesores de su hijo y conozcan la política antibullying. Además, será importante que potenciemos su sensación de autoeficacia como padres y les desculpabilicemos, le ayudemos a entender cómo se siente su hijo y les expliquemos los principales factores de protección y de riesgo, además de resolver las posibles dudas que tengan en relación a la crianza de sus hijos.

Normalizaremos las experiencias de crianza, validando sus miedos y reenmarcando de modo positivo pequeñas dificultades y preocupaciones que manifiesten. Además, muchos padres experimentan una sensación de soledad respecto a la crianza; al realizar las intervenciones en grupos incrementaremos el apoyo social, pudiendo compartir sus preocupaciones con padres que han vivido una situación semejante con sus hijos respecto al *bullying*.

Establecimiento de objetivos: Los objetivos se establecerán de manera conjunta entre el terapeuta y los padres tanto en las sesiones individuales de evaluación como en la primera sesión grupal, implicándolos en la toma de decisiones y haciéndoles sentir que pueden influir tanto en sus vidas como en la de sus hijos. Algunos ejemplos de objetivos podrían ser “comunicarme más con mi hijo”, “ser capaz de ayudar a mi hijo guiándole en sus acciones”, “servir como modelo”, etc.

Fomentar una relación cálida: La crianza facilitadora predice una mejor competencia social de los hijos, y es aquella en la que existe una relación cálida padres-hijos y no controladora (Healy y Sanders, 2014). Por calidez en la relación entendemos la respuesta a los comportamientos y emociones del niño de manera positiva y mostrando apoyo (Enebrink, Danneman, Mattsson, Ulfsdotter, Jalling y Lindberg, 2015).

Es importante para un niño que se le proporcione un entorno seguro, donde tenga oportunidades de explorar, experimentar y jugar (Sanders, Markie-Dadds y Turner, 2003), exista un ambiente de aprendizaje en el que los padres respondan positivamente y de manera constructiva a las iniciativas de interacción del niño; sean receptivos cuando el niño trata de comunicarse; tengan expectativas realistas; etc.

En la mayoría de ocasiones las víctimas son reacias a contarles a sus padres las experiencias de acoso que están sufriendo, lo cual hace difícil que éstos puedan actuar para tratar de mitigar la situación. Una crianza facilitadora que propicie un ambiente de confianza y una comunicación positiva será esencial para que las víctimas se sientan seguras para comunicarlo si vuelven a repetirse las situaciones de *bullying*. Además para los padres será importante tener sensación de autoeficacia en relación a la crianza de sus hijos, y ésta aumenta a medida que conocen qué acciones llevar a cabo. Para establecer una relación cálida los padres deberán tener en mente la importancia de:

- Pasar tiempo juntos, estar ahí: Programar actividades específicas con el niño, realizar juegos dirigidos por el niño; en definitiva que el hijo sienta que puede contar con sus padres.
- Expresar afecto y apoyo incondicional: Con gestos, palabras, acciones, etc. será importante que los padres expresen el afecto que profesan por sus hijos.

Importancia del contacto ocular y físico así como de las sonrisas. Será fundamental en este punto que cuando el niño hable sobre la experiencia de victimización los padres muestren gran interés, le comuniquen que le creen y que es valiente por contarlo, se muestren empáticos y validen sus emociones, le refuercen la importancia de contar dichas experiencias y le indiquen que van a tomar medidas, pero de manera conjunta con el niño, involucrándolo en el proceso de toma de decisiones.

- Guiar al niño: Explicarle qué conductas son adecuadas y cuáles no (por ejemplo, que no es aceptable que un niño pegue a otro, no se pueden tolerar los insultos,...), tanto a nivel comportamental como a nivel relacional; hacer uso de aprendizaje incidental, es decir, aprovechar acontecimiento que ocurren durante el día a día para enseñar al niño habilidades sociales o de resolución de problemas, entre otros.
- Servir como modelo: Las primeras habilidades de regulación emocional se adquieren a través de la relación padres-hijo (Malatesta y Haviland, 1982, citado en Hannesdottir y Ollendick, 2007). Los padres deben hablar con sus hijos sobre las experiencias emocionales y servir como modelos de regulación emocional. Por ello será importante trabajar con ellos la importancia de dejar que los niños expresen todo tipo de emociones, enseñándoles a hacerlo de manera adecuada. Además, será conveniente que utilicen habilidades de escucha como el reflejo para ayudar a los niños a expresar y etiquetar sus emociones. Explicaremos a los padres también que un control excesivo impide al niño desarrollar estrategias propias de regulación emocional, y que en ocasiones cuando los padres manifiestan ansiedad ante una situación esa ansiedad “se contagia”, por un proceso de modelado, al niño (Hannesdottir y Ollendick, 2007). Por tanto, cuando el niño hable con ellos sobre el acoso, no deberán mostrar una actitud de pánico, sino mantener la calma y aportar seguridad al niño. Además, las medidas a tomar deben considerar siempre al niño, no realizarse al margen de éste.
- Fomentar y apoyar amistades del niño: Como ya hemos comentado, será importante fomentar en el niño la estrategia de búsqueda de apoyo social; para

ello los padres deberán facilitarle oportunidades para que pueda construir redes de apoyo fuera de la escuela, donde su rol dentro del grupo pueda ser totalmente diferente y la dinámica grupal le permita verse en otro tipo de interacciones (Whitson, 2017).

Establecer normas y límites estables y predecibles y pautas de manejo de conducta: Una atmósfera positiva en el hogar se basa en la existencia de estabilidad y orden dentro de la familia. Esto implica que ambos progenitores deben consensuar las normas y tener claros cuáles son los límites que les pondrán a sus hijos. Por ejemplo, en el caso de las víctimas-agresoras es probable que reaccionen con violencia ante situaciones que consideran amenazantes, pero los padres deben dejarle claro que no van a tolerar ese tipo de conductas. De todas formas debemos tener en consideración que muchas veces los problemas de conducta son un síntoma más del malestar del niño, de modo que a medida que este vaya reduciéndose, lo harán también las dificultades comportamentales. Este punto será más importante en el caso de aquellos padres que tienen una percepción pobre de su autoeficacia con respecto a la crianza, pues tener unas pautas básicas de actuación puede hacerles sentir más seguros.

Práctica de habilidades de comunicación positiva: Esta sesión se realizará de manera conjunta con padres e hijos. Tanto padres como niños han recibido sesiones de psicoeducación y entrenamiento en habilidades de comunicación, en este momento les propondremos que mantengan interacciones entre ellos para que después el grupo pueda proporcionarles *feedback*. Les recordaremos la importancia de mensajes “yo” y de la expresión de emociones. Se pedirá que en casa registren diferentes situaciones en las que ponen en práctica dichas habilidades para poder comentarse en próximas sesiones.

Bloque V. Síntomas o problemas parentales que puedan interferir

Cuando los padres están preocupados por sus hijos y con muchos miedos sobre qué medidas deben tomar es frecuente que se olviden de otras esferas de su vida. Será conveniente recordarles que además de padres son humanos, y que las emociones que sienten pueden afectar a todos los ámbitos de su vida. Subrayaremos la importancia de cuidar de uno mismo como padre, señalándoles que existen muchos factores que pueden incidir en su sensación de bienestar (Sanders et al., 2003) y sobre los que es posible intervenir. Este bloque

va a depender de la evaluación realizada y el terapeuta deberá valorar la adecuación de realizar sesiones individuales con los padres que lo necesiten. Recordemos que es frecuente que los padres de las víctimas muestren síntomas tanto ansiosos como depresivos (Ibeziako et al., 2016; Ilola et al., 2016), lo cual puede afectar también a las relaciones familiares. En general, se trabajarán los siguientes puntos: objetivos personales de cambio; estrategias de manejo de emociones y de afrontamiento; creencias disfuncionales; solución de problemas; comunicación positiva entre la pareja; mantener hábitos saludables; reparto de tareas de crianza entre la pareja; tiempo para uno mismo.

Estas intervenciones se engloban en el bloque V si bien estas sesiones se llevarán a cabo individualmente antes de comenzar las sesiones grupales, en los casos en los que sea necesario.

Para resumir en la Figura 6 se representa una síntesis de la intervención, con los aspectos más relevantes.

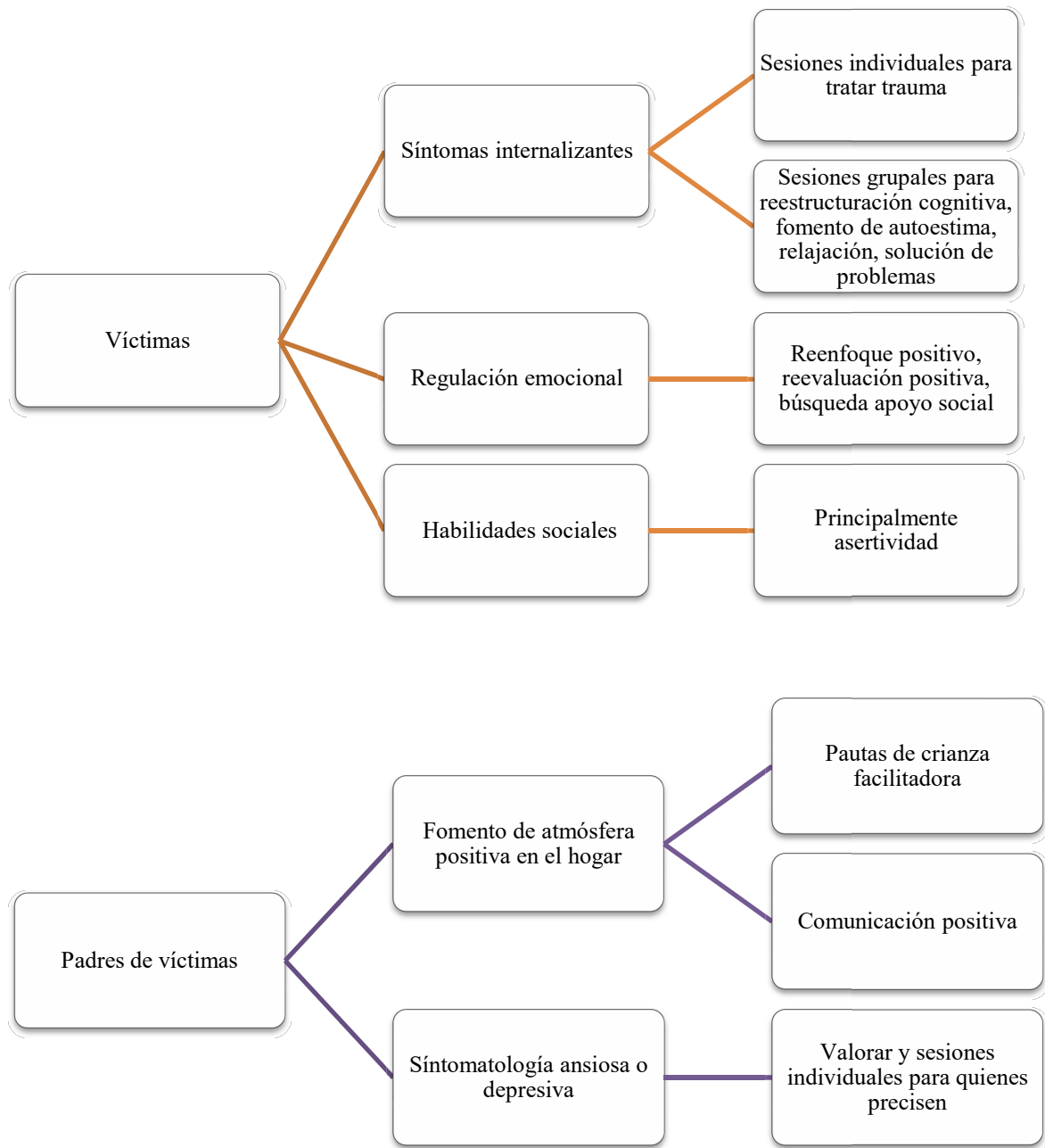


Figura 6. Síntesis visual del protocolo de intervención

Evaluación

Cuando trabajamos con niños y especialmente en un tema tan delicado como la victimización por *bullying* se hace patente la importancia de disponer de diferentes fuentes de información, como la familia, el colegio y los propios niños. En este caso la evaluación se centrará en aspectos psicológicos de la víctima, si bien debemos recordar la importancia de que el centro escolar siga atento a posibles nuevos casos de *bullying*, por ejemplo, sería útil la administración una vez al cuatrimestre de instrumentos para valorar la presencia de acoso, como por ejemplo el Cuestionario revisado de agresores/víctimas de Olweus (*Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire*; Olweus, 1996).

Recordemos que debemos adecuar la intervención a los resultados de la evaluación de cada niño. Tanto para la evaluación inicial como para los seguimientos se propone el uso de:

- a) Entrevista: Se llevarán a cabo entrevistas con los padres, las víctimas y de ser posibles, con los profesores u orientador del niño (por ejemplo, entrevista telefónica). Durante la entrevista exploraremos cuál es la situación, reconoceremos las emociones y sentimientos que producen los hechos así como los pensamientos, tanto en víctimas como en sus padres, indagaremos sobre las estrategias de afrontamiento que utilizan y cuáles les resultan útiles, preguntaremos sobre medidas que hayan tomado hasta el momento, etc. Además, trataremos de explicitar cuáles serán los objetivos que se pretenden lograr con la intervención.
- b) Instrumentos estandarizados de evaluación psicológica como los siguientes:
 - *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA; Achenbach, 1991): administraremos las escalas CBCL y TRF
 - CBCL (*Children's Behavior Checklist*; Achenbach, 1991): se trata de un cuestionario que deberán cubrir los padres. Incluye ocho subescalas: aislamiento, ansiedad/depresión, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, ruptura de normas y conducta agresiva.

- TRF (*Teacher Report Form*; Achenbach, 1991): complementa a la anterior y deberá ser cumplimentado por el profesor del niño.
- Escala de autoestima de Rosenberg (EAR, Rosenberg, 1989): consta de 10 ítems con cuatro alternativas de respuesta, de “muy de acuerdo” a “muy en desacuerdo”.
- Escala de Conducta Asertiva para niños (CABS; Michelson y Wood, 1982): consta de 27 ítems que una persona que conozca bien al niño debe responder (en este caso, los padres), escogiendo entre cinco alternativas de respuesta.
- Lista de regulación emocional (ERC, Shields, y Cicchetti, 1997): es un cuestionario de 24 ítems con cuatro alternativas de respuesta tipo Likert, compuesto por dos subescalas, la de labilidad/negatividad y la de regulación emocional.
- Escala de afrontamiento para niños (EAN; Morales-Rodríguez et al., 2012): consta de 35 ítems en formato de respuesta tipo Likert de tres puntos que evalúa nueve estrategias de afrontamiento diferentes relacionados con el contexto familiar, la salud, las tareas escolares y las relaciones sociales. Distingue entre afrontamiento centrado en el problema: solución activa, comunicar el problema a otros, búsqueda de información y guía y actitud positiva; y afrontamiento improductivo: indiferencia, conducta agresiva, reservarse el problema para sí mismo, evitación cognitiva y evitación conductual. Puede administrarse a niños mayores de 9 años.
- Escala de estrés parental (PSS; Cohen, Kamarck, y Mermelstein, 1983): los padres deben escoger en una escala tipo Likert el grado de acuerdo a una serie de afirmaciones sobre la relación con su/s hijo/s.

En la Tabla 7 aparece un esquema con los diferentes instrumentos que deberán ser cubiertos por padres, profesores o por los propios niños.

Tabla 7
Instrumentos de evaluación

Padres	Niños	Profesores
Entrevista	Entrevista	Entrevista
CBCL	EAR	TRF
CABS	ERC	
PSS	EAN	

Para valorar la eficacia del programa de intervención se aplicarán las escalas, así como la realización de entrevistas, a los 3 y 9 meses tras terminar el tratamiento, llevando a cabo una comparación de los resultados respecto a la evaluación inicial.

En resumen, en este trabajo se han revisado 32 estudios sobre las asociaciones de la victimización por *bullying* en la salud mental de las víctimas. De estos se extrae la importancia de tener en consideración un fenómeno tan extendido actualmente y en base a los resultados obtenidos se ha desarrollado un programa de intervención dirigido a las víctimas de *bullying*, con el objetivo de disminuir su malestar psicológico y dotar al individuo de estrategias y factores protectores para prevenir la aparición de futuros síntomas psicopatológicos. A continuación se enumeran las principales conclusiones de este trabajo, así como las limitaciones y ámbitos sobre los que es necesario seguir investigando.

Conclusiones

Los hallazgos encontrados en la revisión bibliográfica realizada en este trabajo permiten extraer las siguientes conclusiones:

1. El *bullying* es un fenómeno presente en muestras de diversos países y edades y los porcentajes de victimización varían desde un 5.7% hasta un 80%. Su desarrollo dependerá de variables como el género o la edad.
2. La victimización muestra una tendencia a la estabilidad a lo largo de la infancia y la adolescencia.
3. La victimización se relaciona, tanto en la niñez como en la adultez, esto es, tanto a corto como a largo plazo:
 - a. Positivamente con síntomas depresivos (ánimo bajo, insomnio, baja autoestima, ideación suicida, desesperanza, reducido número de actividades placenteras), síntomas ansiosos, somáticos (especialmente dolor de cabeza), síntomas de estrés postraumático, experiencias psicóticas, sumisión-retraimiento y con problemas de conducta. También se asocia con discapacidades observables y diagnósticos de TDAH y TOD.

- b. Negativamente con bienestar psicológico, asertividad-sociabilidad y rendimiento académico.
4. La presencia de síntomas internalizantes y externalizantes también se relaciona con el riesgo de sufrir victimización por *bullying* un año más tarde. Por lo tanto, existe una relación bidireccional entre victimización y problemas psicopatológicos.
5. Las víctimas manifiestan déficits de habilidades emocionales y sociales. Por su parte, las víctimas-agresoras presentan problemas de conducta y de regulación emocional en mayor medida que las víctimas puras.
6. Existe mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos y ansiosos tras la victimización cuando las víctimas utilizan estrategias de afrontamiento como la rumiación y la catastrofización, así como cuando sus madres presentan estrés de crianza. Por el contrario, la probabilidad de presentar estos síntomas es menor si las víctimas hacen uso del reenfoque positivo, la reevaluación positiva y muestran una alta autoestima.
7. La calidez materna, la calidez fraterna y la atmósfera positiva en el hogar se asocian con la resiliencia a la victimización.

Limitaciones

Este trabajo cuenta con algunas limitaciones. En primer lugar el *bullying* es un fenómeno complejo y es inabarcable centrarnos en todos los aspectos. Por esta razón se han excluido de esta revisión los estudios sobre *cyberbullying*, así como aquellos que se centran en los agresores, si bien éstos son también ámbitos de interés. Por otra parte, como ya se ha mencionado, algunas variables moderadoras son estudiadas en tan sólo uno de los documentos, lo cual hace imposible la comparación y generalización de resultados. A estas limitaciones se le suman las limitaciones propias de los diferentes estudios analizados:

- Mientras algunos estudios cuentan con muestras amplias, otros realizan sus investigaciones con muestras demasiado pequeñas como para poder realizar comparaciones.
- Existen diferencias en la conceptualización de victimización entre los estudios, como ya adelantábamos en la introducción, pues no hay acuerdo en el número de veces que un niño debe sufrir una agresión o durante cuánto tiempo para que ésta se considere acoso.
- En algunos estudios se diferencia la victimización pura de la victimización-agresión, mientras que en otros no.
- Existen diferentes metodologías de evaluación, lo cual hace también difícil la comparación de resultados. Asimismo, algunos instrumentos que valoran la presencia de *bullying* son cubiertos por los niños, otros por los padres y otros por los profesores, pero como se ha demostrado por ejemplo en el estudio de Alckim-Carvalho et al. (2017), cada grupo tiene percepciones diferentes. Los profesores suelen informar de más problemas externalizantes, mientras las víctimas informan de más internalizantes. Además los padres de las víctimas muestran en ocasiones síntomas emocionales que podrían interferir en la percepción que tienen sobre su hijo. De ahí la importancia de utilizar métodos multi-informantes.

Vías de investigación futuras

Es necesario seguir investigando sobre ciertos aspectos dada la falta de acuerdo entre los investigadores. Algunas de las cuestiones que están todavía sin resolver son:

- Tanto la agresión como la victimización-agresión se relacionan con ser varón, pero no está todavía claro cómo incide el género en la prevalencia de la victimización pura.
- Debe seguir indagándose cómo el género modera la relación victimización – problemas psicopatológicos. Parece que las mujeres experimentan más problemas de salud físicos tras la victimización que los varones, pero todavía no se ha estudiado cómo influye el género en la presentación de otro tipo de síntomas.
- Sería interesante analizar las asociaciones diferenciales entre victimización – problemas de salud mental según el subtipo de acoso (físico, relacional, verbal, daños materiales).
- Diferencias entre educación ordinaria y educación especial respecto al *bullying*. Por ejemplo, se ha observado que en educación especial la victimización no parece disminuir con la edad.
- Asimismo, como ya se ha indicado, algunas de las variables moderadoras son analizadas en tan sólo un estudio, por lo que son necesarias más investigaciones que permitan realizar comparaciones y extraer conclusiones.

En definitiva, en este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica que permite extraer estas conclusiones sobre las que se sustenta la propuesta de intervención diseñada. No obstante, existen todavía discrepancias en los resultados de las investigaciones. Realizar estudios de calidad y por ende disponer de un conocimiento amplio y sólido permitirá el desarrollo de intervenciones ajustadas y específicas que contribuyan a incrementar el bienestar de los niños que han sufrido *bullying*.

Referencias bibliográficas¹

- Aboujaoude, E., Savage, M. W., Starcevic, V., y Salame, W. O. (2015). Cyberbullying: Review of an old problem gone viral. *Journal of Adolescent Health, 57*(1), 10-18.
- Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist/4–18 and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- *Akram, B., y Munawar, A. (2016). Bullying victimization: a risk factor of health problems among adolescents with hearing impairment. *Journal of the Pakistan Medical Association, 66*(1), 13-17.
- *Alckmin-Carvalho, F., Rafihi-Ferreira, R. E. R., y da Silva Melo, M. H. (2017). Bullying and behavior problems reported by victims and teachers: Brazilian findings. *Psico, 48*(1), 31-39.
- Arseneault, L., Bowes, L., y Shakoor, S. (2010). Bullying victimization in youths and mental health problems: 'Much ado about nothing'?. *Psychological medicine, 40*(5), 717-729.

- Avilés, J. M., Irurtia, M. J., y Alonso, N. (2008). Víctimas y bullying. Pasos para la intervención con las víctimas. *Amazônica Revista de Psicopedagogia, Psicologia Escolar e Educaçao*, 1(1), 83-103.
- Berger, K. S. (2007). Update on bullying at school: Science forgotten?. *Developmental review*, 27(1), 90-126.
- *Bowes, L., Maughan, B., Caspi, A., Moffitt, T. E., y Arseneault, L. (2010). Families promote emotional and behavioural resilience to bullying: Evidence of an environmental effect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(7), 809-817.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Tavistock.
- *Boyes, M. E., Bowes, L., Cluver, L. D., Ward, C. L., y Badcock, N. A. (2014). Bullying victimisation, internalising symptoms, and conduct problems in South African children and adolescents: A longitudinal investigation. *Journal of abnormal child psychology*, 42(8), 1313-1324.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard: Cambridge.
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- *Copeland, W. E., Wolke, D., Angold, A., y Costello, E. J. (2013). Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *JAMA psychiatry*, 70(4), 419-426.
- *Eiden, R. D., Ostrov, J. M., Colder, C. R., Leonard, K. E., Edwards, E. P., y O'range-Torchia, T. (2010). Parent alcohol problems and peer bullying and victimization: Child gender and toddler attachment security as moderators. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(3), 341-350.
- Eisenberg, N., y Spinrad, T. L. (2004). Emotion-related regulation: Sharpening the definition. *Child development*, 75(2), 334-339.

- Enebrink, P., Danneman, M., Mattsson, V. B., Ulfsdotter, M., Jalling, C., y Lindberg, L. (2015). ABC for parents: pilot study of a universal 4-session program shows increased parenting skills, self-efficacy and child well-being. *Journal of Child and Family Studies*, 24(7), 1917-1931.
- *Escobar, M. G., y Reinoza, M. (2017). Acoso Escolar: Un análisis contextual en escuelas secundarias venezolanas desde el reporte de víctimas y perpetradores. *REXE. Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, 16(31).
- *Farmer, T. W., Petrin, R., Brooks, D. S., Hamm, J. V., Lambert, K., y Gravelle, M. (2012). Bullying involvement and the school adjustment of rural students with and without disabilities. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 20(1), 19-37.
- *Fite, P. J., Evans, S. C., Cooley, J. L., y Rubens, S. L. (2014). Further evaluation of associations between attention-deficit/hyperactivity and oppositional defiant disorder symptoms and bullying-victimization in adolescence. *Child Psychiatry and Human Development*, 45(1), 32-41.
- *García-Continente, X., Pérez-Giménez, A., Espelt, A., y Adell, M. N. (2013). Bullying among schoolchildren: differences between victims and aggressors. *Gaceta sanitaria*, 27(4), 350-354.
- *Garnefski, N., y Kraaij, V. (2014). Bully victimization and emotional problems in adolescents: Moderation by specific cognitive coping strategies?. *Journal of Adolescence*, 37(7), 1153-1160.
- Gini, G., y Pozzoli, T. (2009). Association between bullying and psychosomatic problems: A meta-analysis. *Pediatrics*, 123(3), 1059-1065.
- Griffin, R. S., y Gross, A. M. (2004). Childhood bullying: Current empirical findings and future directions for research. *Aggression and violent behavior*, 9(4), 379-400.
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-20). New York, US: Guilford Press.

- Hannesdottir, D. K., y Ollendick, T. H. (2007). The role of emotion regulation in the treatment of child anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(3), 275-293.
- Hanh, T. N. (2015). *Plantando semillas: la práctica del mindfulness con niños*. Editorial Kairos.
- Hawker, D. S., y Boulton, M. J. (2000). Twenty years' research on peer victimization and psychosocial maladjustment: A meta-analytic review of cross-sectional studies. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(4), 441-455.
- Healy, K. L., y Sanders, M. R. (2014). Randomized controlled trial of a family intervention for children bullied by peers. *Behavior therapy*, 45(6), 760-777.
- Houbre, B., Tarquinio, C., Thuillier, I., y Hergott, E. (2006). Bullying among students and its consequences on health. *European Journal of Psychology of Education*, 21(2), 183-208.
- *Hussein, M. H. (2013). The social and emotional skills of bullies, victims, and bully-victims of Egyptian primary school children. *International Journal of Psychology*, 48(5), 910-921.
- *Ibeziako, P., Choi, C., Randall, E., y Bujoreanu, S. (2016). Bullying victimization in medically hospitalized patients with somatic symptom and related disorders: prevalence and associated factors. *Hospital pediatrics*, 6(5), 290-296.
- *Ilola, A. M., Lempinen, L., Huttunen, J., Ristkari, T., y Sourander, A. (2016). Bullying and victimization are common in four-year-old children and are associated with somatic symptoms and conduct and peer problems. *Acta paediatrica*, 105(5), 522-528.
- *Isolan, L., Salum, G. A., Osowski, A. T., Zottis, G. H., y Manfro, G. G. (2013). Victims and bully-victims but not bullies are groups associated with anxiety symptomatology among Brazilian children and adolescents. *European child and adolescent psychiatry*, 22(10), 641-648.

- *Jansen, P. W., Verlinden, M., Berkel, A., Mieloo, C. L., Raat, H., Hofman, A., ... y Tiemeier, H. (2014). Teacher and peer reports of overweight and bullying among young primary school children. *Pediatrics*, 134(3), 473-480.
- Jarero, I., Roque-López, S., y Gómez, J. (2014). Primer estudio de investigación de la aplicación del protocolo grupal e integrativo con EMDR a niños víctimas de violencia interpersonal severa. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(4), 143-155.
- Joseph, S. A. (24 noviembre 2013). Ormie el cerdito [Cortometraje de animación]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=ixxMEQ9uyCo&t=19s>
- *Kelly, E. V., Newton, N. C., Stapinski, L. A., Slade, T., Barrett, E. L., Conrod, P. J., y Teesson, M. (2015). Suicidality, internalizing problems and externalizing problems among adolescent bullies, victims and bully-victims. *Preventive medicine*, 73, 100-105.
- Klomek, A. B., Sourander, A., y Gould, M. (2010). The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: a review of cross-sectional and longitudinal research findings. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(5), 282-288.
- *Lereya, S. T., Copeland, W. E., Zammit, S., y Wolke, D. (2015). Bully/victims: a longitudinal, population-based cohort study of their mental health. *European child and adolescent psychiatry*, 24(12), 1461-1471.
- *Luk, J. W., Patock-Peckham, J. A., Medina, M., Terrell, N., Belton, D., y King, K. M. (2016). Bullying perpetration and victimization as externalizing and internalizing pathways: a retrospective study linking parenting styles and self-esteem to depression, alcohol use, and alcohol-related problems. *Substance use and misuse*, 51(1), 113-125.
- *McGuckin, C., Lewis, C. A., y Cummins, P. K. (2010). Experiences of school bullying, psychological well-being and stress in Northern Ireland: Data from the 2004 Young Life and Times Survey. *The Irish Journal of Psychology*, 31(1-2), 53-61.
- *Meland, E., Rydning, J. H., Lobben, S., Breidablik, H. J., y Ekeland, T. J. (2010). Emotional, self-conceptual, and relational characteristics of bullies and the bullied. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(4), 359-367.

- Michelson, L. y Wood, R., (1982). Development and psychometric properties of the Children's Assertive Behaviour Scale. *Journal of Behavioral Assessment*, 4, 3-14.
- Morales-Rodríguez, F. M., Trianes, M. V., Blanca, M. J., Miranda, J., Escobar, M., y Fernández-Baena, F. J. (2012). Escala de Afrontamiento para Niños (EAN): propiedades psicométricas. *Anales de psicología*, 28(2), 475-483.
- Obando, G. (27 abril 2016). Resolución de conflictos en el aula [Cortometraje de animación]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=QeXHbwTXSqI>
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school: what we know and what we can do*. Oxford: Blackwell.
- Olweus, D. (1996) *The revised Olweus Bully/Victim Questionnaire for Students*. Bergen, Norway: University of Bergen.
- Olweus, D. (2001). Peer harassment: A critical analysis and some important issues. *Peer harassment in school: The plight of the vulnerable and victimized*, 3-20.
- Reijntjes, A., Kamphuis, J. H., Prinzie, P., y Telch, M. J. (2010). Peer victimization and internalizing problems in children: A meta-analysis of longitudinal studies. *Child abuse and neglect*, 34(4), 244-252.
- Rigby, K. (2003). Consequences of bullying in schools. *The Canadian journal of psychiatry*, 48(9), 583-590.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent Self-image. Revised edition*. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., y Turner, K. M. (2003). Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P-Positive Parenting Program: A population approach to the promotion of parenting competence. *Parenting Research and Practice Monograph*, 1(1), 1-24.
- *Sciberras, E., Ohan, J., y Anderson, V. (2012). Bullying and peer victimisation in adolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 43(2), 254-270.

- Shapiro, F., y Forrest, M. S. (2001). *EMDR: Eye movement desensitization and reprocessing*. New York, NY: Guilford.
- Shields, A., y Cicchetti, D. (1997). Emotion regulation among school-age children. The development and validation of a new criterion Q-sort scale. *Developmental Psychology*, 33, 906-916.
- *Sigurdson, J. F., Undheim, A. M., Wallander, J. L., Lydersen, S., y Sund, A. M. (2015). The long-term effects of being bullied or a bully in adolescence on externalizing and internalizing mental health problems in adulthood. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 9(1), 1-13.
- Sullivan, K., Cleary, M., y Sullivan, G. (2005). *Bullying en la enseñanza secundaria. El acoso escolar: cómo se presenta y cómo afrontarlo*. Barcelona: Ceac.
- *Sugden, K., Arseneault, L., Harrington, H., Moffitt, T. E., Williams, B., y Caspi, A. (2010). Serotonin transporter gene moderates the development of emotional problems among children following bullying victimization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(8), 830-840.
- Swearer, S. M., y Hymel, S. (2015). Understanding the psychology of bullying: Moving toward a social-ecological diathesis–stress model. *American Psychologist*, 70(4), 344.
- *Swearer, S. M., Wang, C., Maag, J. W., Siebecker, A. B., y Frerichs, L. J. (2012). Understanding the bullying dynamic among students in special and general education. *Journal of School Psychology*, 50(4), 503-520.
- *Tenenbaum, L. S., Varjas, K., Meyers, J., y Parris, L. (2011). Coping strategies and perceived effectiveness in fourth through eighth grade victims of bullying. *School Psychology International*, 32(3), 263-287.
- *Tom, S. R., Schwartz, D., Chang, L., Farver, J. A. M., y Xu, Y. (2010). Correlates of victimization in Hong Kong children's peer groups. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 31(1), 27-37.

- *Törn, P., Pettersson, E., Lichtenstein, P., Anckarsäter, H., Lundström, S., Gumpert, C. H., ... y Halldner, L. (2015). Childhood neurodevelopmental problems and adolescent bully victimization: population-based, prospective twin study in Sweden. *European child and adolescent psychiatry*, 24(9), 1049-1059.
- Vallés, A. (1994). *Habilidades sociales, autoestima y solución de problemas. Nivel óptimo: 3er ciclo de educación primaria*. Madrid: EOS.
- *Wang, J., Iannotti, R. J., y Luk, J. W. (2010). Bullying victimization among underweight and overweight US youth: Differential associations for boys and girls. *Journal of Adolescent Health*, 47(1), 99-101.
- *Weiss, J. A., Cappadocia, M. C., Tint, A., y Pepler, D. (2015). Bullying victimization, parenting stress, and anxiety among adolescents and young adults with autism spectrum disorder. *Autism Research*, 8(6), 727-737.
- Whitson, S. (2017). *8 claves para poner fin al acoso escolar: estrategias para padres, madres y escuelas*. Barcelona: Eleftheria
- Wolke, D., y Lereya, S. T. (2015). Long-term effects of bullying. *Archives of disease in childhood*, 100(9), 879-885.
- *Yen, C. F., Ko, C. H., Liu, T. L., y Hu, H. F. (2015). Physical child abuse and teacher harassment and their effects on mental health problems amongst adolescent bully-victims in Taiwan. *Child Psychiatry and Human Development*, 46(5), 683-692.
- *Zablotsky, B., Bradshaw, C. P., Anderson, C., y Law, P. A. (2013). The association between bullying and the psychological functioning of children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 34(1), 1-8.

¹ Nota: Con asterisco se señalan aquellas referencias que fueron seleccionadas para la revisión sistemática realizada en este trabajo

Índice de tablas

Tabla 1. Búsqueda sistemática realizada en las diferentes bases de datos.....	12
Tabla 2. Tabla-resumen de los principales estudios sobre bullying y salud mental	15
Tabla 3. Componentes de la intervención con niños	66
Tabla 4. Componentes de la intervención con padres.....	67
Tabla 5. Actividad para relacionar situación-pensamiento-conducta	70
Tabla 6. Ejemplo de autorregistro para reestructuración cognitiva	71
Tabla 7. Instrumentos de evaluación	86

Índice de figuras

Figura 1. Tipos de acoso descritos por Sullivan et al. (2005).....	7
Figura 2. Diagrama de flujo de la búsqueda sistemática	13
Figura 3. Reparto por semanas de las sesiones de la intervención	68
Figura 4. Proceso de pensamiento en víctimas (Avilés, Irurtia y Alonso, 2008, p.88)	70
Figura 5. Tengo derecho a... (adaptado de Vallés, 1994)	71
Figura 6. Síntesis visual del protocolo de intervención	83