

Programa de identificación del riesgo psicosocial en la infancia y la adolescencia (XI). Factores personales: acoso escolar (II)*



Pérez Candás JI¹, San Martín Sagarzazu A², Buck Sainz-Rozas P³,
Grupo de Trabajo de Pediatría Social y Comunitaria AEPap⁴

¹Pediatra. Principado de Asturias. España. Coordinador del Grupo de Trabajo de Pediatría Social y Comunitaria de la AEPap.

²Pediatra. CS de Lekeitio. Vizcaya. España. Grupo de Trabajo de Pediatría Social y Comunitaria de la AEPap.

³Enfermero especialista en Pediatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. España. Universitat Autònoma de Barcelona.

⁴Ángel Carrasco Sanz (Pediatra). Edurne Ciriza Barea (Pediatra). M.ª de los Llanos de la Torre Quiralte (Pediatra).

Ignacio Ledesma Benítez (Pediatra). M.ª de los Ángeles Ordóñez Alonso (Pediatra). Narcisa Palomino Urda (Pediatra).

Begoña López Pis (Enfermera Familiar y Comunitaria). Raquel Páez González (Pediatra). José Ignacio Pérez Candás (Pediatra).

Coordinador. Manuela Sánchez Echenique (Pediatra). Aitor San Martín Sagarzazu (Pediatra). Eva Suárez Vicent (Pediatra).

Ignacio Valverde Benítez (Enfermero Pediátrico). Ainhoa Zabaleta Rueda (Pediatra).

Artículo cedido y publicado en el apartado sobre Violencia en la Infancia y la Adolescencia de la página web del Ministerio de Sanidad.

*Si eres neutral en situaciones de injusticia,
has elegido el lado del opresor.*

Desmond Tutu

***Nota de transparencia:** este manuscrito ha sido redactado por sus autores y ha contado con apoyo de herramientas de IA para tareas de edición y verificación. Todo el contenido ha sido revisado y validado por los autores responsables.

Cómo citar este artículo: Pérez Candás JI, San Martín Sagarzazu A, Buck Sainz-Rozas P, Grupo de Trabajo de Pediatría Social y Comunitaria AEPap. Programa de identificación del riesgo psicosocial en la infancia y la adolescencia (XI). Factores personales: acoso escolar (II). Form Act Pediatr Aten Prim. 2026;19(2):86-95.

RESUMEN: PUNTOS CLAVE PARA EL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Palabras clave

Acoso escolar • apoyo psicosocial
• Atención Primaria • ciberacoso
• coordinación interinstitucional •
factores de riesgo • intervención
sanitaria • Pediatría • prevención del
acoso escolar • protección de la
infancia • seguimiento clínico •
sospecha de violencia

- Las intervenciones preventivas más efectivas deben realizarse también en el entorno escolar.
- La prevención desde las Unidades Funcionales de Pediatría de Atención Primaria debe apoyarse en programas específicos, como el Programa de Identificación del Riesgo Biopsicosocial en la Infancia y la Adolescencia¹ o, cuando no esté disponible, el Programa de Salud Infantil².
- Deben emplearse herramientas específicas orientadas a detectar o descartar el riesgo en la población infantil y adolescente, tanto en las visitas programadas como en otras consultas oportunistas.
- La prevención del acoso escolar debe plantearse desde una perspectiva comunitaria, implicando a los distintos agentes del entorno.
- El seguimiento clínico de niños, niñas y adolescentes acosados o en situación de riesgo por parte de las Unidades Funcionales de Pediatría de Atención Primaria es esencial e ineludible.

Program for the Identification of Psychosocial Risk in Childhood and Adolescence (XI). Personal Factors: School Bullying (II)

SUMMARY: KEY POINTS FOR PRIMARY CARE PEDIATRICIANS

Keywords

School bullying • psychosocial support
• primary health care • cyberbullying
• interagency coordination • risk factors
• healthcare intervention • paediatrics
• bullying prevention • child protection
• clinical follow-up • suspicion of
violence.

- Effective preventive interventions should also involve the school setting.
- Prevention strategies in Primary Care Pediatric Services should be supported by specific programs, such as the Program for the Identification of Biopsychosocial Risk in Childhood and Adolescence or, when unavailable, Child Health Programs.
- Specific tools aimed at identifying or ruling out psychosocial risk in children and adolescents should be used during both scheduled and opportunistic visits.
- Bullying prevention should adopt a community-based approach involving the different stakeholders in the child's environment.
- Longitudinal clinical follow-up of children and adolescents experiencing bullying, or at risk of bullying, by Primary Care Pediatric Services is essential.

ABORDAJE DESDE LAS UNIDADES FUNCIONALES DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Procedimiento para seguir en caso de identificar un caso o situación de riesgo en un centro sanitario

1. **Apoyo inicial a la víctima.** Brindar una respuesta inmediata, empática y protectora:
 - Validar los sentimientos del niño, niña o adolescente (NNA), asegurándole que su situación es importante y que no está solo o sola.
 - Ofrecer orientación básica, adaptada a su edad, sobre cómo afrontar la situación, incluyendo la identificación de una persona adulta de confianza.
2. **Información a padres, madres o responsables legales (si no están presentes).**

- Comunicar las observaciones de forma sensible, clara y comprensible.
 - Subrayar la importancia de una actuación conjunta y coordinada para abordar el problema.
3. **Notificación del caso (sospecha o confirmación).** De acuerdo con el *Protocolo Común de Actuación Sanitaria frente a la Violencia en la Infancia y la Adolescencia* (2023)³ y lo establecido en la LOPIVI, la notificación debe realizarse tanto ante una sospecha fundada como ante la confirmación de violencia, sin necesidad de esperar una constatación definitiva para activar los mecanismos de protección del NNA.
 4. **Codificación en la historia clínica.**
 - Registrar inicialmente como: “sospecha de acoso escolar/maltrato entre iguales”.

Nota sobre la selección de palabras clave: para la elaboración de este manuscrito, las palabras clave han sido seleccionadas siguiendo los criterios de normalización terminológica reconocidos en la comunidad científica internacional. Se ha priorizado el uso de términos incluidos en bases como el MeSH (Medical Subject Headings, National Library of Medicine), el ERIC Thesaurus (Education Resources Information Center), el APA Thesaurus of Psychological Index Terms y el DeCS. En aquellos casos donde la temática abordada no contaba con un descriptor específico en estas bases (por tratarse de cuestiones de bioética o derechos humanos), se ha optado por emplear términos aceptados internacionalmente en el ámbito de la bioética y la protección de la infancia, conforme a las directrices de organismos como UNESCO.

- Tras la confirmación (incluyendo informes de valoración y posibles derivaciones), actualizar a: “acoso escolar/maltrato entre iguales confirmado”.
- En ambos casos, utilizar el código correspondiente: **CIE-10: Z60.4 AE** (revisar codificación final según fuente oficial).

5. **Seguimiento clínico continuado.** El equipo de las Unidades Funcionales de Pediatría de Atención Primaria debe garantizar un seguimiento prolongado que permita:

- Evaluar las repercusiones a medio y largo plazo.
- Acompañar a la familia durante el proceso.
- Valorar de forma continuada la necesidad de derivación a Salud Mental Infanto-Juvenil o a Trabajo Social Sanitario.

Dado que el NNA se encuentra en una situación de riesgo psicosocial, este seguimiento es esencial y no debe interrumpirse de forma precoz.

6. **Intervención del Trabajo Social Sanitario.** El Trabajo Social Sanitario desempeña un papel clave en la coordinación del proceso:

- Articula la comunicación entre los distintos niveles asistenciales y profesionales implicados.
- Facilita la relación con el centro educativo.
- Contribuye a prevenir la revictimización mediante una gestión coordinada de las actuaciones.

En todas las fases del proceso debe garantizarse la confidencialidad y el respeto a los derechos del NNA.

7. **Trabajo multidisciplinar.** El abordaje debe integrar a distintos profesionales:

- Psicología clínica u otros dispositivos terapéuticos, orientados al apoyo emocional y al desarrollo de habilidades de afrontamiento.
- Otros recursos especializados en función de las necesidades detectadas.

8. **Grupos de apoyo y recursos comunitarios.** Siempre que estén disponibles, se recomienda:

- Ofrecer grupos de apoyo para NNA víctimas de acoso.
- Facilitar espacios de acompañamiento para las familias (Figura 1).

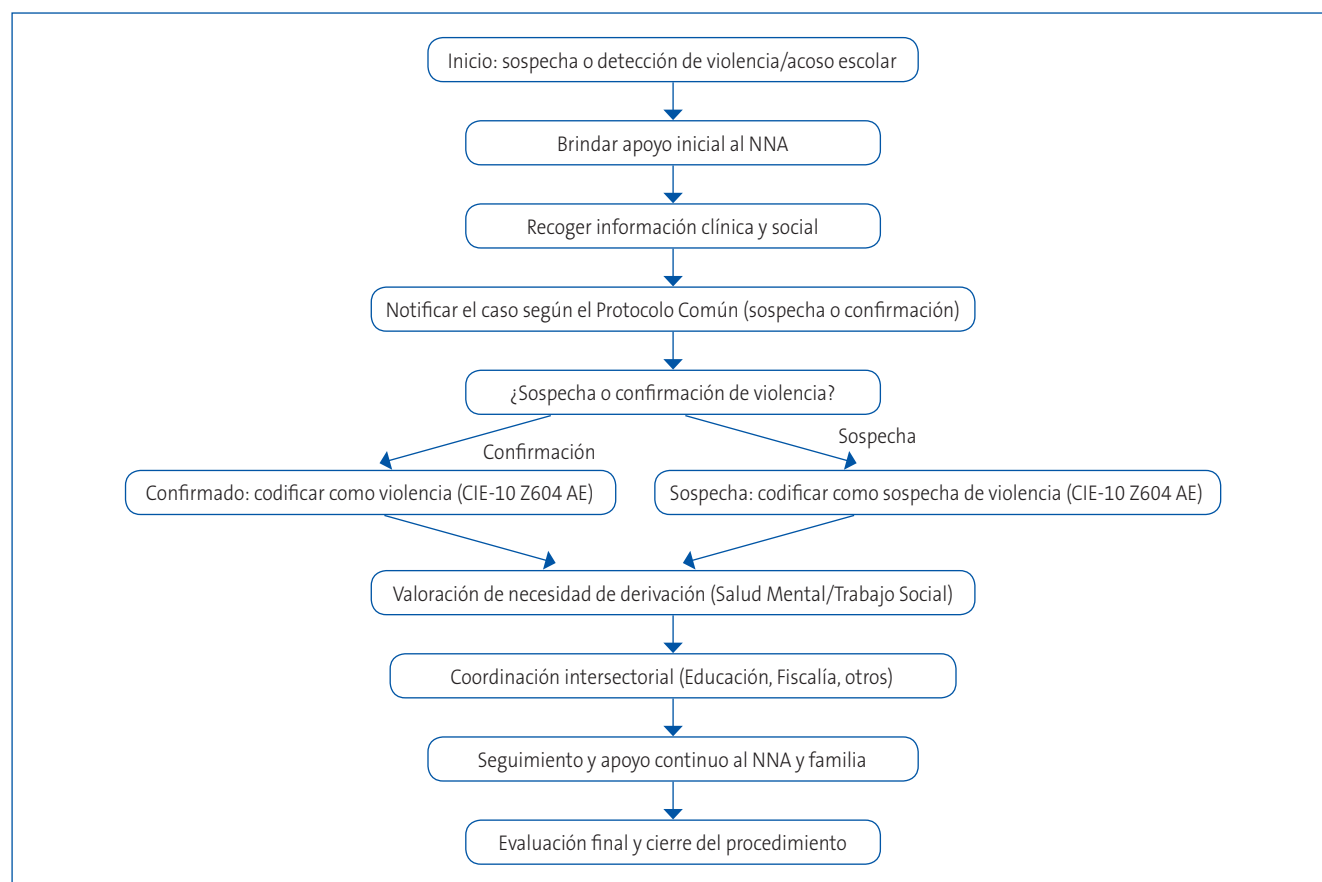


Figura 1. **Algoritmo de actuación sanitaria ante la sospecha o confirmación de acoso escolar en Pediatría de Atención Primaria.** Incluye las fases de apoyo inicial, recogida de información, codificación, notificación, derivación y seguimiento. Fuente: elaboración propia a partir de la bibliografía del capítulo.

COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

Para garantizar la efectividad de las actuaciones sanitarias frente al acoso escolar, resulta prioritario formar al personal especialista en Pediatría en los protocolos de actuación vigentes en las distintas comunidades autónomas. Esta formación permite informar adecuadamente a padres, madres y responsables legales sobre los procedimientos de protección disponibles.

Asimismo, es esencial establecer protocolos claros de coordinación entre las instituciones sanitarias y los centros educativos. El personal que integra las Unidades Funcionales de Pediatría —enfermeros y enfermeras especialistas en Pediatría, así como médicos y médicas especialistas en Pediatría— deben disponer de canales de comunicación eficaces y directos con los equipos docentes, garantizando en todo momento la confidencialidad del procedimiento y el respeto a los derechos del NNA.

DERIVACIÓN DESDE CENTROS EDUCATIVOS

Cuando un NNA es derivado al ámbito sanitario desde un centro educativo, deben seguirse los protocolos específicos establecidos en cada comunidad autónoma. Estos determinan las medidas de colaboración obligatoria con el sistema sanitario, garantizando una atención coordinada e integral.

Las intervenciones sanitarias deben realizarse en el ámbito correspondiente —principalmente desde las Unidades Funcionales de Pediatría de Atención Primaria— y ajustarse, en su caso, a los requerimientos del Ministerio Fiscal.

Asimismo, el centro educativo debe registrar de forma detallada todas las actuaciones realizadas, conforme a la normativa vigente⁴⁻⁶.

PREVENCIÓN DEL ACOSO ESCOLAR DESDE LAS UNIDADES FUNCIONALES DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y EN LA ESCUELA

El personal especializado en Pediatría de las Unidades Funcionales de Pediatría de Atención Primaria desempeña un papel fundamental en la identificación, intervención, concienciación y prevención del acoso escolar¹⁻⁴.

La prevención, inherente a la Pediatría de Atención Primaria, requiere que estas unidades estén conformadas por un médico o médica especialista en Pediatría y sus áreas específicas, junto con un enfermero o enfermera especialista en Pediatría, con el respaldo estructural del Trabajo Social Sanitario.

En algunas comunidades autónomas, como Cataluña, existen además profesionales de trabajo social sanitario específicamente formados en infancia y adolescencia, lo que refuerza el abordaje integral.

Las intervenciones, que deben priorizar a las víctimas, no pueden obviar la valoración clínica de quienes ejercen el acoso ni de las personas espectadoras. Tanto la prevención primaria como la secundaria resultan esenciales para afrontar eficazmente esta problemática¹⁻⁶.

La evaluación del riesgo de acoso escolar en la Unidad Funcional permite identificar de forma precoz situaciones que, de no detectarse, pueden tener un impacto grave en la salud de los NNA.

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DESDE LAS CONSULTAS PEDIÁTRICAS

La Enfermería Pediátrica, por su contacto directo y continuado con el niño, niña o adolescente y su familia, ocupa un lugar estratégico en la detección precoz del acoso escolar desde el ámbito sanitario⁷.

Incorporar preguntas sobre la vida social y escolar

Los y las profesionales de Pediatría deben abordar el acoso escolar desde su naturaleza multidimensional. Durante las consultas del Programa de Salud Infantil¹ y del Programa de Identificación del Riesgo Biopsicosocial en la Infancia y la Adolescencia², así como en otras visitas, se recomienda incluir preguntas específicas orientadas a detectar indicios de violencia entre iguales (Tabla 1 y Tabla 2).

Tabla 1. Cuestionario para el niño, niña o adolescente

- ¿Alguna vez te han molestado o se han metido contigo otros alumnos o alumnas en el colegio?
- En el recreo, ¿sueles jugar con otros niños o niñas o estás solo o sola?
- ¿A veces te da miedo ir al colegio o permanecer allí?
- ¿Has insultado o hecho daño a otro alumno o alumna a propósito?
- ¿Alguna vez has impedido que otro alumno o alumna juegue contigo o se una a tu grupo durante el recreo?

Fuente: elaboración propia a partir de la literatura sobre acoso escolar en Pediatría.

Tabla 2. Cuestionario preventivo para madres, padres o tutores/as

- ¿Su hijo o hija se queja con frecuencia de dolores de cabeza o abdominales, está triste o evita ir al colegio?
- ¿Le preocupa que su hijo o hija tenga dificultades en sus relaciones con otros niños o niñas?
- ¿Conoce quiénes son sus amistades en el entorno escolar?
- ¿Le ha referido en alguna ocasión que sufre burlas, acoso o maltrato por parte de otros compañeros o compañeras?

Fuente: elaboración propia a partir de la literatura sobre acoso escolar en Pediatría.

Observación de señales físicas y emocionales:

Durante las consultas, el personal de Pediatría debe identificar posibles signos de alerta:

- **Cambios físicos:** hematomas, lesiones recurrentes o síntomas somáticos sin causa médica clara.
- **Cambios emocionales:** ansiedad, tristeza persistente, retraimiento social o baja autoestima.
- **Cambios en el rendimiento escolar:** dificultades de concentración, descenso académico o resistencia a acudir al centro educativo^{8,9}.

Evaluación mediante cuestionarios estandarizados

Existen instrumentos específicos que permiten evaluar la presencia de acoso y su impacto en la salud emocional y social de los NNA^{8,10} (Tabla 3, Tabla 4 y Tabla 5).

INFLUENCIA DE LOS ESTILOS PARENTALES EN LA PREVENCIÓN DEL ACOSO ESCOLAR

Factores como la empatía parental, el monitoreo positivo y la calidad de la interacción familiar influyen directamente en la vulnerabilidad o protección frente al acoso escolar^{15,16}.

Los estilos parentales negativos —como el autoritarismo, la permisividad extrema o la ausencia emocional— se asocian

con un incremento moderado del riesgo de victimización o de conducta agresora. Por ello, las intervenciones deben ir más allá del entorno escolar e incorporar estrategias familiares y comunitarias desde etapas tempranas del desarrollo.

Grama et al. (2024)¹⁶ analizaron, mediante una revisión sistemática, la relación entre factores parentales modificables y la victimización por acoso escolar, identificando:

- **Factores de riesgo:** autoritarismo, aversión, conflicto interparental, sobreimplicación, permisividad y escasa disponibilidad emocional (caracterizada por indiferencia, frialdad afectiva o falta de respuesta ante las necesidades emocionales del NNA)
- **Factores protectores:** autoridad equilibrada, autonomía adecuada, calidez afectiva y monitoreo positivo.
- **Predictores comunes de acoso y ciberacoso:** aversión parental y escasa disponibilidad emocional.

Aunque los tamaños del efecto fueron en general modestos, los patrones observados fueron consistentes en ambos progenitores y modulados por la edad del NNA.

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de incorporar la valoración de los estilos de crianza en la consulta pediátrica y de ofrecer orientación específica a las familias.

La realización de talleres de parentalidad positiva constituye una intervención recomendada para fortalecer los factores protectores frente al acoso escolar.

Tabla 3. Instrumentos específicos estandarizados

Instrumento	Propósito	Edad recomendada	Uso
Peer Relations Questionnaire (PRQ)	Evaluar las dinámicas entre pares (víctima, agresor/a, espectador/a).	Desde 7 años	Clínico y educativo
Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	Medir problemas emocionales, conductuales y sociales.	4 a 17 años	Clínico y escolar
Olweus Bullying Questionnaire	Evaluar acoso escolar, frecuencia y escenarios.	8 a 15 años	Escolar, monitoreo de programas

Fuente: Rigby & Slee (1993)¹¹, Goodman (1997)¹², Ortuño-Sierra, et al.¹³ y Olweus (1996)¹⁴.

Tabla 4. Oportunidades para la prevención del acoso escolar en la Pediatría de Atención Primaria

Oportunidad	Descripción
Detección de factores de riesgo	Identificar cambios en el comportamiento (mayor apatía, tristeza, aislamiento social, ideación suicida), absentismo escolar o síntomas somáticos crónicos sin causa médica discernible.
Orientación anticipatoria	Ofrecer consejos preventivos especialmente a niños y niñas percibidos como ansiosos o más vulnerables.
Escucha activa	Hablar de manera abierta, directa y empática sobre la experiencia escolar del NNA. No minimizar ni poner en duda el relato del acoso, aunque no haya confirmación por parte de adultos.
Abogacía escolar	Promover que las escuelas incorporen elementos de programas de prevención eficaces, basados en la evidencia científica.

Fuente: elaboración propia a partir de la bibliografía del capítulo.

Tabla 5. **Acciones necesarias para mejorar la salud infantil a través de la prevención del acoso escolar**

Acción	Objetivo
Fomentar el apoyo de padres, madres y compañeros/as	Reforzar el entorno de apoyo como factor protector frente a la victimización escolar.
Capacitar a profesionales de la salud	Formar en identificación, manejo y derivación adecuada de casos de acoso escolar.
Intervenir en el acoso entre hermanos/as	Desarrollar estrategias preventivas específicas para el ámbito familiar.
Implementar aprendizaje cooperativo escolar	Promover estrategias de cooperación en el aula para reducir dinámicas de acoso.
Abordar el ciberacoso de forma integrada	Diseñar intervenciones que combinen la prevención del acoso tradicional y el digital.
Aumentar la concienciación profesional	Sensibilizar sobre la presentación clínica y los impactos del acoso escolar en salud infantil, especialmente en Atención Primaria.

Fuente: elaboración propia a partir de la bibliografía del capítulo.

ACCIONES EN LA COMUNIDAD DE LAS UNIDADES FUNCIONALES DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA PREVENIR EL ACOSO ESCOLAR

Los médicos y médicas especialistas en Pediatría y sus Áreas específicas, junto con los enfermeros y enfermeras especializadas en Pediatría, cuando cuentan con formación específica en prevención del acoso escolar y disponen de agendas adaptadas para la actividad comunitaria, pueden desempeñar un papel esencial en la promoción de entornos seguros para la infancia y la adolescencia.

Su participación en iniciativas comunitarias orientadas al bienestar emocional y social de los NNA resulta clave para la prevención de la violencia entre iguales.

La disponibilidad de agendas específicas para la actividad comunitaria continúa siendo una asignatura pendiente en muchas comunidades autónomas. Su dotación constituye un requisito estructural para garantizar una prevención efectiva del acoso escolar desde la Atención Primaria.

PRINCIPALES ACCIONES COMUNITARIAS

Intervenciones educativas en el entorno escolar

- **Talleres dirigidos al alumnado:** orientados a identificar, prevenir y actuar frente al acoso escolar, promoviendo habilidades sociales, empatía y resolución pacífica de conflictos.
- **Sesiones para madres, padres y tutores/as:** dirigidas a facilitar el reconocimiento precoz de signos de acoso y a mejorar las estrategias de acompañamiento familiar.
- **Formación al profesorado:** centrada en la detección temprana y en el manejo adecuado de situaciones de acoso escolar.

Campañas de sensibilización comunitaria

- Organización de campañas en colaboración con centros educativos, dispositivos sanitarios y entidades locales.
- Elaboración y difusión de materiales informativos —folletos, guías y recursos digitales— sobre el impacto del acoso escolar en la salud física y mental.

Espacios de apoyo emocional

- Creación de grupos de apoyo para NNA víctimas de acoso, ofreciendo entornos seguros de expresión y acompañamiento profesional.
- Desarrollo de espacios de apoyo para familias, orientados a fortalecer sus capacidades de afrontamiento y cuidado.

Programas extracurriculares

- Promoción de actividades deportivas, artísticas o teatrales que favorezcan la inclusión social, el trabajo en equipo y el desarrollo de la autoestima.

Alianzas con organizaciones locales

- Colaboración con profesionales de psicología, trabajo social, educación y otros ámbitos para el diseño de programas integrales de prevención.
- Implicación de agentes comunitarios y líderes sociales en la promoción de valores de respeto, diversidad e inclusión.

Acciones de visibilización social

- Organización de jornadas o eventos comunitarios —charlas, actividades culturales o iniciativas públicas— que visibilicen el impacto del acoso escolar y promuevan una cultura de convivencia.

Estas acciones no solo benefician de manera directa a los niños, niñas y adolescentes, sino que también fortalecen la

colaboración entre las Unidades Funcionales de Pediatría de Atención Primaria, las familias, las escuelas y la comunidad en general, favoreciendo la construcción de entornos protectores.

Prevención en el ámbito escolar:

Los programas escolares han demostrado eficacia en la prevención del acoso. Un metaanálisis de Gaffney et al. (2019)¹⁷, basado en 69 estudios internacionales, mostró:

- Reducción de la **perpetración** de acoso escolar en torno al 19-20 %.
- Disminución de la **victimización** en aproximadamente un 15-16 %.

Estos resultados refuerzan la necesidad de implementar estrategias preventivas sostenidas, basadas en la evidencia y adaptadas a cada contexto educativo.

COMPONENTES CLAVE DE LAS INTERVENCIONES MÁS EFECTIVAS

Los programas de prevención del acoso escolar que han demostrado mayor eficacia suelen incluir los siguientes elementos:

- **Enfoque de centro completo:** implicación del alumnado, profesorado, familias y comunidad educativa.
- **Políticas claras contra el acoso:** protocolos definidos de actuación.

- **Normas de aula:** códigos de conducta que refuercen el respeto y la convivencia.
- **Formación a familias:** fortalecimiento de factores protectores.
- **Participación del grupo de iguales:** implicación activa en la detección y prevención.
- **Intervención con la víctima:** apoyo emocional y desarrollo de habilidades socioemocionales.

Resultados asociados

Entre los componentes analizados, la **participación informal de compañeros y compañeras** y la **formación a familias** se asociaron con los mayores efectos en la reducción de la victimización (Figura 2)¹⁷⁻²¹.

El papel de los trabajadores sociales en la prevención del acoso escolar

El Trabajo Social desempeña un papel clave en la detección, el abordaje y la prevención del acoso escolar desde una perspectiva sociosanitaria y comunitaria.

En el ámbito sanitario, especialmente en las Unidades Funcionales de Pediatría de Atención Primaria y en el entorno hospitalario, su intervención facilita el acompañamiento de niños, niñas y adolescentes víctimas de acoso y de sus familias, favoreciendo el acceso a recursos psicosociales y la coordinación con los equipos educativos.

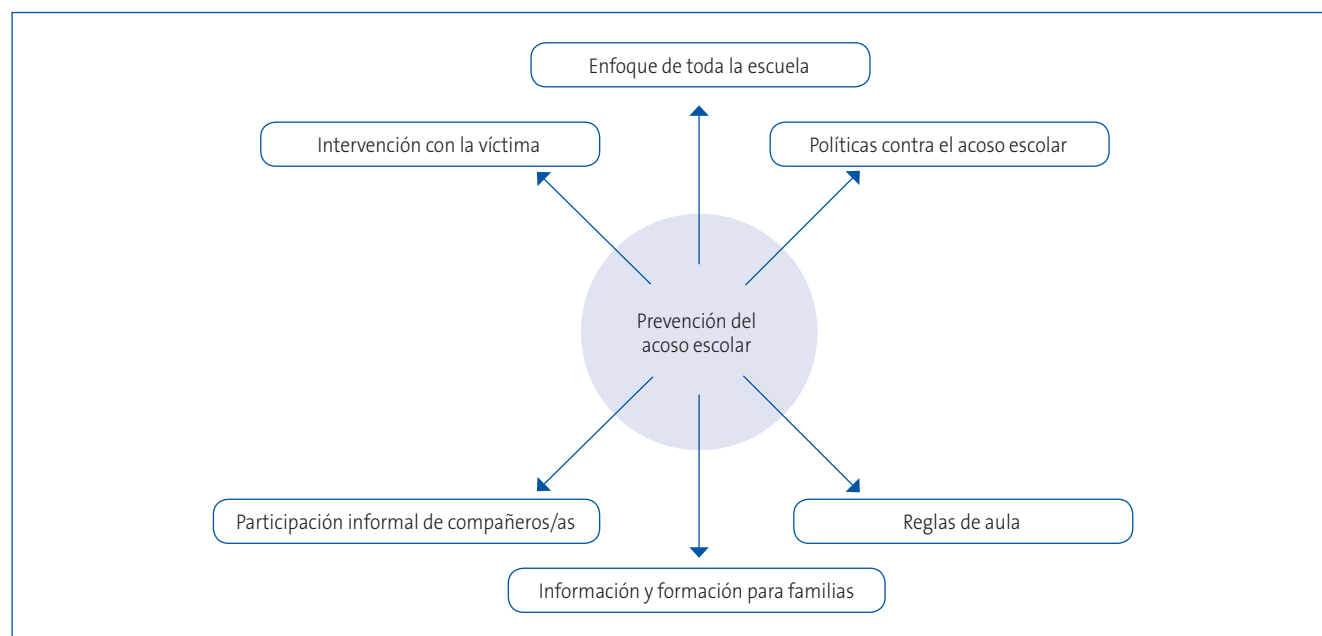


Figura 2. **Prevención en las escuelas.**

Fuente: adaptado de Gaffney et al.¹⁷.

En el contexto comunitario, el Trabajo Social impulsa estrategias de prevención basadas en el trabajo en red, la promoción de entornos protectores y la sensibilización social, con especial atención a colectivos en situación de vulnerabilidad.

Su capacidad para articular respuestas entre los distintos sistemas — sanitario, educativo y social — resulta esencial para la construcción de entornos seguros, equitativos y respetuosos con los derechos de la infancia y la adolescencia^{3,22-25}.

Controversias sobre el acoso escolar

Aunque existe un consenso amplio sobre la gravedad del acoso escolar y la necesidad de su prevención, persisten controversias relevantes que afectan tanto a su conceptualización como a las estrategias de intervención.

Definición del acoso escolar

Se ha cuestionado la inclusión obligatoria del criterio de intencionalidad en la definición de acoso escolar²⁶. Desde esta perspectiva, las conductas agresivas derivadas de la impulsividad o de la desregulación emocional también deberían considerarse formas de acoso, en la medida en que generan daño significativo²⁷.

Conceptualización de la persona acosadora

- Existe un debate abierto sobre cómo entender a quien ejerce el acoso:
- Algunos estudios destacan que muchas personas acosadoras presentan dificultades emocionales o problemas de salud mental subyacentes^{28,29}.
- Otros enfoques las describen como individuos socialmente dominantes que utilizan la agresión como estrategia para mantener o mejorar su estatus dentro del grupo^{30,31}.
- Ambas perspectivas no son excluyentes y reflejan la complejidad del fenómeno.

Subtipos de personas acosadoras y víctimas

Se reconoce la necesidad de seguir investigando la existencia de **subtipos diferenciados de personas acosadoras y víctimas**³² dado que las motivaciones, perfiles emocionales y patrones de comportamiento pueden ser muy distintos dentro de cada grupo, así como sus consecuencias a largo plazo sobre la salud mental³³.

Enfoques de intervención

Las escuelas y las comunidades a menudo enfrentan una **tensión** entre dos demandas:

- Mostrar tolerancia cero frente al acoso, impulsando medidas contundentes.
- Evitar enfoques puramente punitivos, que han demostrado una eficacia limitada para cambiar dinámicas grupales³⁴.

Intervenciones basadas en la mediación

- Existen reservas importantes respecto a las intervenciones que implican el encuentro directo entre la víctima y la persona agresora para resolver el conflicto.
- Algunos autores consideran que estas estrategias pueden ser ineficaces o incluso re-traumatizantes, especialmente en contextos de desequilibrio de poder, comparables a dinámicas de violencia interpersonal o doméstica^{35,36}.

Complejidad del fenómeno

Finalmente, la investigación demuestra claramente que no existe una solución rápida ni sencilla para erradicar el acoso escolar³⁷.

La prevención y la intervención deben ser abordadas como procesos multifactoriales y a largo plazo, integrando acciones educativas, sociales, familiares y comunitarias.

CONCLUSIONES

Los médicos y médicas especialistas en Pediatría y sus Áreas específicas, junto con los enfermeros y enfermeras especialistas en Pediatría, desempeñan un papel esencial en la prevención, detección e intervención temprana del acoso escolar.

Este papel resulta especialmente relevante en el ámbito de la Atención Primaria, donde la relación cercana, longitudinal y de confianza con las familias constituye una herramienta estratégica de primer orden.

Desde esta posición, pueden:

- **Identificar de forma precoz** a niños, niñas y adolescentes en riesgo o ya afectados por dinámicas de acoso escolar.
- **Orientar y acompañar a las familias**, favoreciendo respuestas tempranas, coordinadas y ajustadas a cada situación.
- **Trabajar de manera interdisciplinar** con otros profesionales sanitarios, educativos y sociales, especialmente con el Trabajo Social — sanitario y comunitario —, clave en la reducción de factores de riesgo y en la promoción de factores protectores.

- **Contribuir a la construcción de entornos escolares seguros**, promoviendo programas de prevención basados en la evidencia y participando activamente en iniciativas comunitarias de sensibilización.

Asimismo, es imprescindible **acompañar a los niños, niñas y adolescentes que ejercen el acoso**. Su identificación, valoración clínica adecuada y seguimiento en consulta constituyen intervenciones fundamentales para interrumpir los ciclos de violencia y favorecer su desarrollo social y emocional.

Cuando emprendas tu viaje hacia Ítaca, pide que el camino sea largo...

Como en el poema de Cavafis, el acompañamiento a niños, niñas y adolescentes frente al acoso escolar es un proceso que requiere tiempo, compromiso y cuidado.

La intervención sanitaria, educativa y comunitaria, sostenida en el tiempo y basada en el respeto a sus derechos, permite no solo abordar el daño, sino también construir trayectorias más seguras, dignas y esperanzadoras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Candás JI. Programa de identificación del riesgo psicosocial en la infancia y la adolescencia (I). *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2022;15(3):111-8.
2. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Plan Personal Jerárquico de la Atención Sanitaria a la Infancia y la Adolescencia (PPJ-ASIA). Documento técnico. En: SESPA [en línea] [consultado el 19/05/2026]. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/13_08_19_asia_definitivo.pdf
3. Ministerio de Sanidad. Protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y la adolescencia (2023) (CoVINNA). En: Ministerio de Sanidad [en línea] [consultado el 19/06/2026]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/prevencionViolencia/infanciaAdolescencia/docs/Protocolo_comun_sanitario_violencia_infancia_adolescencia.pdf
4. Grupo de Trabajo de Pediatría Social de la Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría. Protocolo de acoso en el ámbito escolar. En: SVNP [en línea] [consultado el 19/05/2026]. Disponible en: <https://www.svnp.es/web/sites/default/files/2025-04/PROTOCOLO%20DE%20ACOSO%20ESCOLAR%20SVNP.pdf>
5. Consejería de Educación y Cultura del Principado de Asturias. Protocolo de actuación frente a situaciones de acoso escolar en centros educativos. En: Educatur [en línea] [consultado el 19/05/2026]. Disponible en: <https://www.educatur.es/-/instrucciones-de-aplicacion-del-protocolo-de-actuacion-ante-situaciones-de-posible-acoso-escolar>
6. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Educación. Orientaciones para la prevención, detección e intervención ante conductas que atentan contra la orientación e identidad sexual en centros educativos. En: Educatur [en línea] [consultado el 19/05/2026]. Disponible en: <https://www.educatur.es/documents/34868/38433/2023-03-circulares-protocolo-acoso-orientaciones-identidad-sexual.pdf/20a134af-a2e0-e017-e3a1-49f2f1c21a21?t=1678872094536>
7. Hensley V. Childhood bullying: a review and implications for health care professionals. *Nurs Clin North Am*. 2013;48(2):203-13.
8. Armitage R. Bullying in children: impact on child health. *BMJ Paediatr Open*. 2021;5(1):e000939.
9. Departamento de Educación, Política Lingüística y Cultura. Protocolo de prevención y actuación en el ámbito educativo ante situaciones de posible desprotección y cualquier forma de violencia física, psicológica, emocional y/o sexual. En: Euskadi.eus [en línea] [consultado el 19/05/2026]. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/inn_doc_convivencia/es_def/adjuntos/es_Prot_Desprotecc.pdf
10. Flannery DJ, Scholer SJ, Noriega I. Bullying and school violence. *Pediatr Clin North Am*. 2023;70(6):1153-70.
11. Rigby K, Slee PT. Dimensions of interpersonal relating among Australian school children and their implications for psychological well-being. *J Soc Psychol*. 1993;133(1):33-42.
12. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997;38(5):581-6.
13. Ortuño Sierra J, Aritio Solana R, Fonseca Pedrero E, Inchausti F, Sastre I, Riba S. Evaluación de las dificultades emocionales y del comportamiento en adolescentes españoles mediante el SDQ. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2015;8(3):117-25.
14. Olweus D. The Olweus Bullying Prevention Program: design and implementation issues. In: Smith PK, Pepler D, Rigby K, editors. *Bullying in schools: how successful can interventions be?* Cambridge: Cambridge University Press; 2004. p. 13–36.
15. Lereya ST, Samara M, Wolke D. Parenting behavior and the risk of becoming a victim and a bully/victim: a meta-analysis. *Child Abuse Negl*. 2013;37(12):1091-108.
16. Grama DI, Georgescu RD, Coşa IM, Dobrea A. Parental risk and protective factors associated with bullying victimization in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2024;27(3):627-57.
17. Gaffney H, Farrington DP, Ttofi MM. Examining the effectiveness of school-bullying intervention programs globally: a meta-analysis. *Int J Bullying Prev*. 2019;1:14-31.
18. Gaffney H, Ttofi MM, Farrington DP. What works in anti-bullying programs? *J Sch Psychol*. 2021;85:37-56.
19. Rettew DC, Pawlowski S. Bullying: an update. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2022;31(1):1-9.
20. Hikmat R, Suryani S, Yosep I, Jeharsae R. KiVa anti-bullying program: preventing bullying and reducing bullying behavior among students. *BMC Public Health*. 2024;24(1):2923.

21. Chen Q, Zhu Y, Chui WH. Effects of parenting programs on bullying prevention: a meta-analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2021;22(5):1209-20.
22. Suárez M. El acoso escolar desde la perspectiva del trabajo social. En: RIULL - Universidad de La Laguna [en línea] [consultado el 19/05/2026]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/33991/El%20acoso%20escolar%20desde%20la%20perspectiva%20del%20Trabajo%20Social..pdf?sequence=1>
23. AEPAE. I Jornadas Nacionales para la Prevención del Acoso Escolar. En: AEPAE [en línea] [consultado el 19/05/2026]. Disponible en: <https://aepae.es/jornadas-nacionales-prevencion-acoso-escolar>
24. Montenegro Leza S. Reflexiones para la intervención del Trabajo Social en el sistema educativo formal. *Itinerarios Trab Soc*. 2025;5:25-33.
25. UNESCO. Entornos de aprendizaje seguros: prevención y tratamiento de la violencia en la escuela. En: UNESCO [en línea] [consultado el 19/05/2026]. Disponible en: <https://www.unesco.org/es/health-education/safe-learning-environments>
26. Kennedy A, Braush AM. Emotion dysregulation, bullying, and suicide behaviors in adolescents. *J Affect Disord*. 2023;15:100715.
27. Hymel S, Swearer SM. Four decades of research on school bullying: an introduction. *Am Psychol*. 2015;70(4):293-9.
28. Arseneault L. Annual Research Review: The persistent and pervasive impact of being bullied in childhood and adolescence: implications for policy and practice. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018;59(4):405-21.
29. Moore SE, Norman RE, Suetani S, Thomas HJ, Sly PD, Scott JG. Consequences of bullying victimization in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis. *World J Psychiatry*. 2017;7(1):60-76.
30. Patrícia Beltrão, Ana Cristina R. Gomes, Gonçalo C. Cardoso; Bullying as an advertisement of social dominance in common waxbills. *Proc Biol Sci*. 2023;290(2000):20230206.
31. Volk AA, Camilleri JA, Dane AV, Marini ZA. Is adolescent bullying an evolutionary adaptation? *Aggress Behav* [Internet]. 2012;38(3):222-38. doi:10.1002/ab.21418. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ab.21418> [consultado el 20/05/2026].
32. Salmivalli C. Participant roles in bullying: how can peer bystanders be utilized in interventions? *Theory Into Practice* [Internet]. 2014;53(4):286-92.
33. Copeland WE, Wolke D, Angold A, Costello EJ. Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. Disponible en: *JAMA Psychiatry*. 2013;70(4):419-26.
34. Varea Trujillo M. Tolerancia cero, la respuesta de España ante el acoso escolar. En: Diposit Digital [en línea] [consultado el 19/05/2026]. Disponible en: <https://diposit.ub.edu/items/fbd92ea4-6638-4b28-842b-3c72655f765b>
35. Asociación Española Prevención del Acoso Escolar. Mediación y acoso escolar: NO. En: AEPAE [en línea] [consultado el 19/05/2026]. Disponible en: <https://aepae.es/mediacion-acoso-escolar-no>
36. Veiga JA. Desventajas de la mediación en los casos de acoso escolar. En: Mediadores de Valladolid [en línea] [consultado el 19/05/2026]. Disponible en: <https://mediadoresvalladolidblog.com/2024/04/01/desventajas-de-la-mediacion-en-los-casos-de-acoso-escolar/>
37. Fraguas D, Díaz-Caneja CM, Ayora M, Durán-Cutilla M, Abregú-Crespo R, Ezquiaga-Bravo I, Martín-Babarro J, et al. Assessment of school anti-bullying interventions: a meta-analysis of randomized clinical trials. *JAMA Pediatr*. 2021;175(1):44-55.



ENFOQUE CLÍNICO

Prueba tu destreza en consulta

Una adolescente de 13 años acude a la consulta de Pediatría de Atención Primaria por cefaleas recurrentes y dolor abdominal de tres meses de evolución, sin hallazgos orgánicos relevantes. Durante la entrevista clínica, realizada parcialmente a solas, refiere una situación mantenida de aislamiento, humillaciones y burlas por parte de compañeros y compañeras del centro educativo. La paciente muestra malestar emocional y rechazo progresivo a acudir al instituto. Ante una sospecha fundada de acoso escolar, ¿cuál de las siguientes actuaciones es la más adecuada según la LOPIVI y el Protocolo Común de Actuación Sanitaria frente a la Violencia en la Infancia y la Adolescencia (2023)?:

1. Esperar a la confirmación oficial del centro educativo antes de registrar o comunicar la sospecha.
2. Priorizar una mediación inmediata entre la adolescente y las personas agresoras para resolver el conflicto.
3. Realizar la notificación ante la sospecha fundada e iniciar seguimiento clínico continuado desde la Unidad Funcional de Pediatría de Atención Primaria.
4. Derivar exclusivamente a Salud Mental, finalizando el seguimiento desde Atención Primaria para evitar duplicidades.
5. Evitar registrar la sospecha en la historia clínica para preservar la confidencialidad.

Durante una revisión del Programa de Salud Infantil a un niño de 9 años, la familia refiere dificultades frecuentes en la convivencia y elevada conflictividad en el hogar. En la entrevista clínica se identifican estilos educativos basados en elevada exigencia, baja disponibilidad emocional y escaso acompañamiento afectivo. Según la evidencia científica actual sobre factores familiares relacionados con el acoso escolar, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

1. Los estilos educativos autoritarios actúan como factores protectores frente a la victimización.
2. La baja disponibilidad emocional y la aversión parental se han relacionado tanto con el acoso escolar como con el ciberacoso.
3. Los factores familiares solo influyen en quienes ejercen acoso, pero no en quienes lo sufren.
4. La sobreprotección parental constituye el único factor familiar asociado al riesgo de acoso escolar.
5. Los estilos educativos basados en autoridad equilibrada y calidez afectiva aumentan la vulnerabilidad social.