



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

División de Estudios Profesionales

**Intervención cognitivo-conductual para
el tratamiento de la sintomatología
depresiva en un caso de bullying**

Tesis que, para obtener el título de

Licenciada en Psicología,

PRESENTA

Frida Gabriela Guzmán Calixto

DIRECTORA

Dra. Angélica Juárez Loya

REVISORA DE TESIS

Dra. María Santos Becerril Pérez

SINODALES

Dra. María Teresa Monjarás Rodríguez

Mtra. Karla Suárez Rodríguez

Dra. Fátima Sagrario Espinoza Salgado



Ciudad Universitaria, CD. MX., 2024.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Para Gabriela, Ricardo y Mariana, con amor.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por bendecirme con todo lo que tengo y por permitirme llegar hasta aquí en compañía de las personas que amo.

Agradezco con todo mi corazón a mis padres, Ricardo y Gabriela, por criarme con respeto y amor; por brindarme siempre su apoyo incondicional, motivarme y acompañarme en cada paso de mi vida. Me siento muy orgullosa de ustedes y me siento feliz y bendecida de que sean mis padres. Los amo.

Agradezco a mi hermana, Mariana, por acompañarme en cada paso de mi vida. Por ser una hermana amorosa, divertida y paciente que me apoya incondicionalmente. Me siento orgullosa de ti y me siento feliz de que seas mi hermana. Te amo.

Quiero agradecer a Rubén, por haber hecho de la universidad una de las mejores etapas de mi vida, por su apoyo incondicional, amor, comprensión y por motivarme cada día a ser mejor persona y alcanzar mis metas.

Agradezco a todas aquellas personas, especialmente a mi familia, amigas y amigos que me motivaron a ser mejor persona y alcanzar mis metas, las llevo en mi corazón para siempre.

Quiero agradecerle a la Dra. Angélica Juárez Loya, por haberme brindado la oportunidad de ser su aprendiz, por su paciencia, compromiso y empatía. Ha sido un pilar muy importante en mi formación académica y profesional. La admiro mucho.

Le agradezco a la Dra. María Santos Becerril Pérez y a mis sinodales por sus enseñanzas, sugerencias, apoyo y compromiso en todo este camino.

A mi querida Universidad Nacional Autónoma de México, le agradezco todas las oportunidades que me ha brindado, los aprendizajes y las personas que me ha regalado.

Índice

| | |
|--|-----------|
| Resumen | 7 |
| Capítulo 1. Definición, naturaleza y tipos de bullying | 8 |
| 1.1 Definición etimológica de la palabra bullying | 10 |
| 1.2 Definición conceptual de bullying | 11 |
| 1.3 ¿Cuál es la naturaleza del bullying? | 13 |
| 1.3.1 Tipos de bullying | 15 |
| 1.3.2 Actores involucrados | 16 |
| 1.3.3 Factores de riesgo asociados al bullying | 17 |
| 1.3.3.1 Factores individuales | 18 |
| 1.3.3.2 Factores escolares | 20 |
| 1.3.3.3 Factores del entorno familiar | 21 |
| 1.3.4 Factores de protección para el bullying | 22 |
| 1.3.4.1 Factores individuales | 22 |
| 1.3.4.2 Factores del entorno familiar | 23 |
| 1.4 Epidemiología del bullying | 23 |
| 1.4.1 Bullying en el mundo | 23 |
| 1.4.2 Bullying en México | 24 |
| Capítulo 2. Consecuencias e impactos psicosociales del bullying | 26 |
| 2.1 Depresión | 26 |
| 2.1.1 Síntomas, evaluación y tratamiento de la depresión | 27 |
| 2.1.2 Depresión y su relación con el bullying | 31 |
| 2.2 Ansiedad | 32 |
| 2.2.1 Síntomas, evaluación y tratamiento de la ansiedad | 33 |
| 2.2.2 Ansiedad y su relación con el bullying | 36 |
| 2.3 Trastorno de estrés postraumático | 37 |
| 2.3.1 Síntomas, evaluación y tratamiento del trastorno de estrés postraumático | 37 |
| 2.3.2 Trastorno de estrés postraumático y su relación con el bullying | 40 |
| 2.4 Ideación y conductas suicidas | 41 |
| 2.4.1 Evaluación y tratamiento del riesgo suicida | 42 |
| 2.4.2 Suicidio y su relación con el bullying | 43 |
| 2.5 Autoestima | 44 |
| 2.5.1 Evaluación y tratamiento de la autoestima | 45 |
| 2.5.2 Autoestima y su relación con el bullying | 45 |
| 2.6 Habilidades sociales | 46 |
| 2.6.1 Evaluación y estrategias de intervención en habilidades sociales | 47 |
| 2.6.2 Habilidades sociales y su relación con el bullying | 49 |
| 2.7 Rendimiento escolar | 50 |
| 2.8 Efectos a largo plazo del bullying | 51 |

| | |
|---|------------|
| Capítulo 3. Terapia cognitivo-conductual | 54 |
| 3.1 Fundamentos teóricos | 54 |
| 3.1.1 Principios básicos de la TCC | 55 |
| 3.1.2 Técnicas de intervención | 58 |
| 3.1.3 Evidencia del tratamiento cognitivo-conductual..... | 61 |
| 3.2 Modelo cognitivo-conductual para la depresión | 61 |
| 3.3 Tratamiento cognitivo-conductual para el bullying | 65 |
| 3.4 Intervenciones cognitivo-conductuales a distancia..... | 69 |
| 3.5 Intervenciones cognitivo-conductuales que integran otras terapias..... | 72 |
| Capítulo 4. Terapia narrativa..... | 74 |
| 4.1 Fundamentos teóricos | 74 |
| 4.1.1 Técnicas de intervención de la terapia narrativa..... | 75 |
| 4.2 Intervenciones desde la terapia narrativa para casos de bullying..... | 78 |
| Capítulo 5. Reporte de caso | 82 |
| 5.1 Objetivo | 82 |
| 5.2 Participante | 82 |
| 5.3 Escenario de atención | 82 |
| 5.4 Mediciones | 82 |
| 5.5 Aspectos éticos | 83 |
| 5.6 Caso clínico..... | 84 |
| 5.6.1 Datos generales | 84 |
| 5.6.2 Motivo de consulta..... | 85 |
| 5.6.3 Evaluación inicial: integración de resultados..... | 85 |
| 5.6.3.1 Pruebas | 85 |
| 5.6.3.2 Entrevista inicial..... | 86 |
| 5.6.3.3 Familiograma | 89 |
| 5.6.3.4 Mapa de psicopatogénesis | 90 |
| 5.6.3.5 Mapa de alcance de metas | 91 |
| 5.6.4 Proceso de intervención | 92 |
| 5.6.4.1 Fase de evaluación inicial..... | 94 |
| 5.6.4.2 Fase de tratamiento..... | 96 |
| 5.6.4.3 Fase de cierre..... | 105 |
| 5.6.5 Resultados de la intervención | 108 |
| Discusión y conclusiones | 111 |
| Limitaciones y futuras líneas de investigación | 115 |
| Referencias | 117 |
| Anexos | 145 |

Resumen

El bullying es un problema de salud pública que afecta a niños, niñas y adolescentes de todo el mundo. Los efectos del bullying son negativos tanto a nivel físico como psicológico y pueden persistir hasta la edad adulta. Dentro de los efectos negativos que más se asocian con el bullying son los trastornos del estado del ánimo como la depresión y la ansiedad. Por ello, es importante realizar intervenciones basadas en evidencia que ayuden a mitigar los efectos de este tipo de violencia. El objetivo de este reporte de caso fue evaluar la efectividad de una intervención basada en la terapia cognitivo-conductual que incorpora técnicas de la terapia narrativa, administrada por llamadas telefónicas, para el tratamiento de la sintomatología depresiva en un joven de 18 años que fue víctima de bullying. Se utilizaron técnicas como psicoeducación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y regulación emocional, así como técnicas de externalización. Los resultados fueron favorables debido a que los síntomas de depresión redujeron, el paciente adquirió pensamientos más funcionales, redujo la atribución de culpa, aumentó la calidad de las interacciones sociales y mejoraron sus habilidades para regular sus emociones. Se concluye que el bullying es un factor de riesgo muy importante en el desarrollo de psicopatologías y problemas psicológicos, como la depresión y la ansiedad. Sin embargo, las intervenciones basadas en evidencia, administradas a distancia, son excelentes alternativas para buscar que las personas adquieran herramientas para afrontar las secuelas y problemáticas que trae consigo el bullying, además de contribuir a cerrar brechas en salud mental.

Palabras clave: bullying, depresión, terapia cognitivo-conductual, terapia narrativa, telepsicología.

Capítulo 1. Definición, naturaleza y tipos de bullying

En febrero del 2022 se dio a conocer una lamentable noticia que causó bastante indignación y preocupación a nivel internacional, ya que un pequeño estadounidense de 12 años, Drayke Hardman, se había quitado la vida después de haber sido víctima de continuas agresiones físicas y psicológicas por parte de un compañero de la escuela (BBC News Mundo, 2022, 17 de febrero).

En junio del mismo año, en México se dio a conocer la historia de Juan Pablo, un niño otomí de 14 años que había sido víctima de continuos maltratos físicos y psicológicos por parte de sus compañeros de clase, que culminó en un ataque aún más violento por parte de estos, en el cual fue roseado con alcohol para después ser encendido con fuego; afortunadamente Juan Pablo es un sobreviviente (Vázquez, 2022, 22 de junio).

El bullying o acoso escolar es un problema complejo que se presenta a nivel mundial, y que en los últimos años ha tomado importancia para las instituciones y asociaciones públicas y privadas a nivel internacional, así como para la sociedad. En su último reporte, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2021) enfatizó la importancia de aumentar la sensibilización de esta problemática e invitó a los países a adoptar medidas con base empírica para prevenir e intervenir eficazmente el acoso escolar.

De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2019), el bullying es una conducta de persecución física o psicológica que realiza un estudiante contra otro; es una acción negativa, continua e intencionada que crea una relación de dominio-sumisión.

Si bien, la mayoría de las veces esta problemática se presenta en el ámbito escolar, el bullying también puede ocurrir en el hogar, el vecindario, centros deportivos, hogar, centros comunitarios, prisiones e incluso en el trabajo (Monks et al., 2009); aunque en este último contexto se le conoce como *mobbing* (Lugo-Garfias, 2017).

Para que el bullying se produzca debe existir una persona o varias personas que ejerzan comportamientos hostiles y agresivos hacia una persona con ciertas características que la coloquen en una situación vulnerable. Estas características podrían ser: la estatura, el peso, alguna capacidad diferente, el aspecto físico, el desempeño académico, entre otros (Howell, 2021).

Los efectos del bullying son negativos tanto a nivel físico como psicológico, y pueden observarse a corto, mediano y largo plazo, se sabe que pueden persistir hasta una edad adulta si no se trata adecuadamente (Lereya et al., 2015).

Este fenómeno es como complejo de definir, estudiar e intervenir debido a que está influido por diversos factores; no solamente psicológicos y sociales, sino también por aspectos culturales, económicos y políticos. A pesar de que es un problema complejo, actualmente existen muchos estudios (Stapinski et al., 2014; Smith, 2016; Fung, 2017; Gökkaya, 2017; Silva et al., 2018; Stephens et al., 2018; Farrington, 2020; Xiao et al., 2022) que buscan aportar conocimientos basados en evidencia para generar intervenciones preventivas y de tratamiento.

A continuación, se tendrá un mayor acercamiento a todos los puntos mencionados, así como a diversas definiciones que ayudarán a conceptualizar las bases para efectos de este estudio.

1.1 Definición etimológica de la palabra bullying

La palabra bullying es un anglicismo que hace referencia a una conducta agresiva que sucede de manera continua, intencional y que tiene consecuencias perjudiciales (Gabaldón, 2005). La palabra tiene sus raíces etimológicas en la palabra holandesa “*boel*” que significa "amante". En un inicio la palabra “bully” que proviene de “*boel*” era un término de cariño y familiaridad que se aplicaba originalmente a hombres o mujeres. Posteriormente, este término se aplicó solo a los hombres e implicaba admiración, por lo que significaba buen amigo o compañero (Oxford Learner’s Dictionaries, 2023).

En el siglo XVIII el término “bully” fue utilizado por los señores feudales para referirse a su amante, pero de una forma despectiva ya que se referían a los proxenetas o protectores de prostitutas y prostitutos (Crawford,1999). Varios siglos después, el significado de la palabra se transformó de “buen amigo” a "bravucón" y poco tiempo después, la definición se transformó en "acosador de los débiles" (Nunn, 2013).

De manera popular, se cree que bullying proviene de la palabra “bull” que significa toro, ya que se suele asociar con un animal fuerte que puede abalanzarse contra los animales pequeños y débiles. Esto podría estar respaldado por el hecho de que el verbo “bullock”, que apareció a principios del siglo XVIII, hacía referencia al acto de intimidar, y este a su vez, provenía del sustantivo “bullock” que en esa época denotaba un toro joven (Lieberman, 2012).

Actualmente, en el diccionario se puede encontrar “*bully*” como verbo y significa lastimar o asustar a alguien. Mientras que como sustantivo se refiere a alguien que lastima o asusta a otra persona. En este sentido, “bullying” es un sustantivo que se utiliza para referirse al comportamiento de una persona que lastima o asusta a alguien más pequeño o menos

poderoso, a menudo obligando a esa persona a hacer algo que no quiere hacer (Cambridge Dictionary, 2022).

A pesar de que en países de habla hispana se utiliza mucho la palabra bullying, como es el caso de México (probablemente por la cercanía a un país de habla inglesa), en la Real Academia Española no se encuentra este término, lo que recomienda es utilizar el término de acoso escolar (RAE, 2022). No obstante, estos dos términos son, en realidad, sinónimos.

1.2 Definición conceptual de bullying

Dan Olweus, quien fue un investigador nacido en Noruega, es considerado como el primer científico en estudiar el fenómeno del bullying. Se considera que sus estudios impulsaron cuarenta años de investigación sobre el acoso entre pares y creó conciencia sobre los daños que inflige a los jóvenes (Shute y Slee, 2021), por lo que revisar su definición es primordial para entender las que se desarrollaron posteriormente.

En ese sentido, la definición de Olweus (1994) establece que “una persona es objeto de bullying cuando se encuentra expuesta repetidamente y a lo largo del tiempo a acciones negativas por parte de una o más personas, y donde le resulta difícil defenderse a sí misma”.

Cabe resaltar que existe un consenso de que este fenómeno es un comportamiento agresivo que cumple con dos componentes claves adicionales:

- a) Es repetitivo, ocurre más de una vez
- b) Hay un desequilibrio de poder que dificulta que la víctima pueda defenderse a sí misma (Smith, 2016)

De ahí la razón por la cual Olweus (2013 como se citó en Rasset, 2020) entiende este fenómeno como un subtipo de agresión con características como la repetición y el

desbalance de poder. Así mismo, refieren que es un fenómeno social en el que existen roles bien definidos: víctimas, perpetradores, víctima-perpetrador y espectadores. Se ahondará más sobre dichos roles en un apartado posterior.

Para Azúa-Fuentes et al. (2020), el acoso escolar es el abuso de poder sistematizado y recurrente que se manifiesta mediante distintos tipos de violencia física; verbal, psicológica, entre otras.

Al analizar estas definiciones, se observa que la mayoría de los autores catalogan o definen el bullying como un comportamiento agresivo, acción negativa o subtipo de agresión, lo que parece un tanto reduccionista, ya que, en la literatura, la agresividad es considerada como una conducta fisiológica, adaptativa y de supervivencia que se pone en acción cuando se nos presenta una amenaza que pueda dañar la integridad física o psicológica (Ortega-Escobar y Alcázar-Córcoles, 2016). Bajo esta premisa, el bullying sería una respuesta normal; sin embargo, es una conducta que tiene la intención de dañar y que ocurre más de una vez, por esta razón, sería más apropiado considerar al bullying como una forma de violencia en lugar de una respuesta de agresión.

De acuerdo con Xiao et al. (2022) y Espino et al. (2022), el bullying puede ser definido como un tipo de violencia interpersonal que se da de manera repetida hacia otras personas en un entorno escolar, basadas en el desequilibrio de poder.

Gómez-Nashiki (2013) definió el bullying como una conducta violenta y recurrente que se da entre pares, además lo describió como un acoso sistemático que incluye una serie de acciones negativas de distinta índole.

Loredo-Abdalá et al. (2008) consideraron que el bullying o acoso escolar es la manifestación de violencia entre iguales que ocurre de manera recurrente y que tiene repercusiones biopsicosociales en los involucrados.

Otra definición similar es la de Frías (2014) quien sostuvo que el acoso escolar es una forma de violencia escolar que consiste en el abuso reiterado por parte de uno o varios estudiantes hacia otro u otros alumnos, con la intención de hacer daño físico o psicológico.

Como se puede observar, las definiciones anteriores incorporan el término violencia, que podría explicar de manera más acertada el concepto que se busca definir. Esto debido a que la violencia, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022a) se refiere al “uso intencional de la fuerza física o el poder real o como amenaza contra uno mismo, una persona, grupo o comunidad que tiene como resultado la probabilidad de daño psicológico, lesiones, la muerte, privación o mal desarrollo”. Así mismo, “la violencia se refiere a comportamientos que implican una confrontación directa hacia otros con la intención de causar daño” (Little et al., 2003a, 2003b como se citó en Ramos, 2007, p. 8). Además, está influida por factores culturales, ambientales y sociales (León-Moreno et al., 2019).

Para este trabajo se elaboró la siguiente definición de bullying basada en la revisión y el análisis previo.

El bullying es un tipo de violencia que se da entre pares, cuya naturaleza se caracteriza por ser intencional, recurrente y con un desbalance de poder entre la víctima y el victimario; esta conducta de violencia puede expresarse de diferentes formas, ya sea de manera física, verbal, social o psicológica; y trae consigo consecuencias negativas para la víctima, para el agresor, o para los observadores (Olweus, 1994; Smith y Ananiadou, 2003; Loredó-Abdalá et al., 2008; Frías, 2014; Espino et al., 2022; Xiao et al., 2022).

1.3 ¿Cuál es la naturaleza del bullying?

El bullying cuenta con elementos específicos que lo caracterizan, primero es una conducta sistemática y recurrente; lo cual quiere decir que se ejerce de forma constante y

que muchas veces ya está planeada (Loredo-Abdalá et al., 2008). Esta repetición es una característica clave, ya que la mayoría de las personas experimentaron un ataque aislado en algún momento de su vida pero que se detuvo; sin embargo, las víctimas de acoso escolar generalmente resisten experiencias vergonzosas y dolorosas una y otra vez sin que puedan defenderse (Berger, 2016) lo cual puede tener consecuencias mayores que el evento aislado.

De acuerdo con Piedra-Guillén (2004) el abuso de poder también juega un papel importante en este fenómeno y es pieza clave en todas las relaciones humanas. A pesar de que se suele asociar a un aspecto mayormente relacionado al ámbito político, el poder también se puede observar en la vida social, la familia, las relaciones de pareja, las relaciones entre compañeros y amigos, entre otras. De acuerdo con Foucault (Piedra-Guillén, 2004), todos y todas están atravesadas por las relaciones de poder, una persona puede ejercer poder sobre otros, pero, al mismo tiempo, se ejerce poder sobre la persona.

En muchas ocasiones, el poder es ejercido con abuso y violencia, de manera frecuente, deliberada y dirigido hacia uno o varios individuos, lo que da lugar a una convivencia desequilibrada e injusta, como se ha observado en el bullying (Vreeman y Carroll, 2007 como se citó en Loredo-Abdalá et al., 2008). En este sentido, el bullying puede ocurrir en diversas etapas del ciclo vital, tanto en la niñez, como en la adultez; así mismo puede observarse en áreas laborales, recreativas, deportivas y escolares (Monks et al., 2009; Smith, 2016); sin embargo, cabe resaltar que los niños, niñas y adolescentes (NNA) son los más vulnerables ante este fenómeno, además de que, dentro de los grupos vulnerados, se pueden encontrar otros grupos con mayor riesgo solo por sus características personales o físicas (Howell, 2021).

1.3.1 Tipos de bullying

Debido a su naturaleza, el bullying es un fenómeno complejo que puede ocurrir de diferentes formas y en diversos contextos, por lo tanto, Rivers y Smith (1994) segmentaron el bullying en dos tipos:

- La *forma directa de bullying* que se refiere a la confrontación cara a cara. Este tipo de acoso se refiere a los comportamientos tales como: empujar, golpear, insultar, pellizcar, burlarse de alguien frente a un grupo, entre otros
- La *forma indirecta de bullying* se produce mediada por otras personas. Por ejemplo, correr rumores, o decirles a otros estudiantes que no se junten o no hablen con la víctima, excluyéndola de este modo de un grupo

Por su parte, Armitage (2021) modificó la segmentación de Rivers y Smith (1994) dividiendo el bullying directo en acoso físico directo y acoso verbal directo; además, agregó un tercer tipo de acoso, el acoso indirecto y emocional. En la tabla 1 se sintetiza su propuesta, la cual se complementa con el tipo descrito por Slonje y Smith (2008).

Tabla 1.

Tipos de bullying y sus características

| Tipos | Características | Ejemplos | Referencia |
|----------------------|---|--|------------------------|
| Bullying tradicional | Acoso físico directo | Empujones, puñetazos y patadas | (Rivers y Smith, 1994) |
| | Acoso verbal directo | Burlas, conductas amenazantes dirigidas a la apariencia, las habilidades, la familia, cultura, raza o religión de la víctima | |
| | Acoso indirecto y emocional (comportamiento encubierto que daña las relaciones con los compañeros, la autoestima o el estatus social) | Pasar notas desagradables, pintar grafitis ofensivos, dañar la imagen personal de la víctima, excluirla, avergonzarla, entre otros | |

| | | | |
|-----------------------------------|--|---|------------------------|
| Cyberbullying o acoso cibernético | Comportamiento agresivo o manipulación emocional a través de la tecnología digital, por ejemplo: en redes sociales | Difundir historias falsas sobre una víctima, compartir fotos de esta para ridiculizarla o exponerla a burlas, entre otros | (Slonje y Smith, 2008) |
|-----------------------------------|--|---|------------------------|

Nota: Armitage (2021).

Por otro lado, Berger (2016) consideró que hay cuatro tipos de intimidación:

1. Física (golpear, pellizcar, patear o rasguñar)
2. Verbal (burlar, ridiculizar o insultar)
3. Relacional (atentar contra la aceptación de los pares)
4. Cibernética o ciberacoso (buscar hacer daño a través de las redes sociales)

Esta autora también expresa que los primeros tres tipos de bullying son más comunes durante la escuela primaria, mientras que el ciberacoso es una forma de intimidación relacional más común a nivel secundaria, bachillerato y universidad (Berger, 2016).

1.3.2 Actores involucrados

Los individuos involucrados en el bullying juegan diferentes roles que son necesarios para el desarrollo de este fenómeno. De acuerdo con Loredó-Abdalá et al. (2008) estos roles son:

1. Acosador o “bully”: es el individuo que ejerce la violencia sobre la víctima, que por lo general es un par. El o la acosadora a su vez puede involucrar a otros pares para que también participen de forma activa o pasiva en dicha conducta
2. Víctima: es un individuo del mismo contexto, que recibe las conductas violentas del “bully”, quien puede tener la intención de defenderse y posiblemente muestre en respuesta algunas conductas agresivas; sin embargo, esta persona se comporta así por defensa, más no para originar un daño a los demás
3. Víctimas-perpetradores: de este modo se les denomina a las personas que son víctimas del acoso escolar, pero que evolucionan a un rol de acosadores

A su vez, Fernández et al. (2015) consideraron que, en el bullying también juegan un papel fundamental los espectadores, que son aquellos que presencian las situaciones de intimidación y que, de alguna manera, refuerzan y permiten las conductas al reírse o pasar por alto la violencia.

En este sentido, Salmivalli et al. (1996 como se citó en Zych et al., 2017) segmentaron a estos espectadores en diferentes categorías:

1. Los defensores, es decir, las personas que ayudan a la víctima
2. Los “outsiders”, ajenos o indiferentes, es decir, los que observan, pero no intervienen y se retiran de esta situación
3. Los reforzadores, que son las personas que responden al comportamiento agresivo de los acosadores de forma positiva, es decir, les aplauden dichas conductas

Es importante identificar que el bullying no es solo una interacción diádica entre víctima y victimario, sino que va más allá de dos personas o grupos. Por lo que se tiene que poner mucha atención a los espectadores, pues juegan un papel más importante del que se creía (Zych et al., 2017).

1.3.3 Factores de riesgo asociados al bullying

El bullying puede afectar a NNA de manera general; no obstante, algunos grupos pueden correr mayor riesgo de verse implicados en este fenómeno que otros. Existen características que se mencionan en la literatura como diferencias físicas, sociales, económicas, habilidades sociales deficientes, conflictos familiares, estilos de crianza, entre otros; que aumentan la probabilidad de participación en el acoso escolar (Schütz, 2022).

A continuación, se revisarán los factores de riesgo que se han estudiado para que ciertos individuos tengan más riesgo de verse involucrados en el bullying.

1.3.3.1 Factores individuales

La mayoría de las personas que son víctimas del acoso escolar son señaladas como personas diferentes o que no encajan con los estándares de belleza impuestos por la sociedad. En este sentido, de acuerdo con Howell (2021) la apariencia física es uno de los factores de riesgo más comunes para ser víctima de acoso escolar. A continuación, en la Tabla 2 se muestran algunos de los rasgos que se han caracterizado.

Tabla 2.

Rasgos físicos como factores de riesgo para las víctimas

| Rasgos | Ejemplos |
|---|---|
| Peso | Tener sobrepeso o estar bajo de peso |
| Altura | Estar arriba o debajo de la altura promedio |
| Trastornos dermatológicos | Tener acné, lunares o marcas de nacimiento que desfavorezcan la apariencia física de la persona |
| Estilo de persona inusual | Vestir y actuar de acuerdo con un estilo punk, gótico, otaku, entre otros |
| Forma de vestir | Usar ropa que no esté a la moda o que no le favorezca según los estándares de la sociedad |
| Uso de aparatos u objetos para corregir alguna problemática | Usar lentes o aparatos dentales |
| Color de piel | Piel morena, amarilla y oscura |

Nota: Howell (2021).

Respecto a factores de sexo, las mujeres y hombres tienen la misma probabilidad de experimentar bullying; aun así, se ha observado que los hombres experimentan acoso físico directo, como golpes o empujones; mientras que las mujeres tienen mayor probabilidad de experimentar acoso verbal o acoso indirecto o emocional. Lo mismo sucede en la probabilidad de ser acosadores, las mujeres acosan de manera indirecta, mediante rumores o intentos por aislar a la víctima, mientras que los varones están más predispuestos a agredir de manera física (Armitage, 2021).

Esto podría explicarse debido a que en las escuelas se replican los estereotipos de género asociados a ser hombre o mujer que dictan ciertas conductas diferenciadas que se aprenden del contexto cultural de cada persona. Por ejemplo, en una sociedad machista como la mexicana, se espera que los adolescentes masculinos sean agresivos y que a través de conductas con connotación de “coraje”, afirmen su masculinidad (Silva et al., 2020).

En este sentido, las personas que forman parte de la comunidad lésbica, homosexual, bisexual, transgénero, transexual, travesti, intersexual, queer o más (LGBTIQ+) están en mayor riesgo de ser víctimas de bullying (Howell, 2021).

Respecto al estatus económico, raza y nacionalidad, Hosozawa et al. (2021) señalan que los jóvenes con menores ingresos económicos familiares tienen más probabilidades de ser víctimas. Asimismo, Armitage (2021) señala que los NNA migrantes tienen mayor probabilidad de ser víctimas y que el bullying basado en la raza, nacionalidad y color es la segunda razón más frecuente por la que se es víctima.

Otra característica individual, que podría considerarse como un factor de riesgo, son las capacidades diferentes, ya que en estudios previos han identificado que los individuos que presentan una capacidad física o mental diferente, así como para quienes presentan necesidades educativas especiales debido a dificultades de aprendizaje, discapacidad visual o auditiva, dificultades del lenguaje, entre otros, corren un mayor riesgo de ser víctimas (Juvonen y Graham, 2014; Esteller-Cano et al., 2022). Así mismo, el contar con una condición médica como asma, diabetes, vitíligo, entre otras, puede ser otro factor de riesgo (Stephens, 2018).

Existen una serie de aspectos psicológicos y de personalidad que pueden ser un factor de riesgo para las víctimas; sin embargo, De la Plaza y González (2019) coinciden en que estas características en un inicio podrían ser factores de riesgo, pero en menor magnitud; pero, una vez que se presenta el acoso escolar, las consecuencias negativas de

la violencia permiten que se acentúen o aumenten ciertos rasgos psicológicos o incluso de la personalidad que ponen en mayor riesgo a la víctima.

La victimización se asocia con una serie de problemas internalizados como la depresión, la ansiedad y la baja autoestima (Hawker y Boulton, 2000 como se citó en Menesini y Salmivalli, 2017); además, se ha observado que las víctimas tienen menos habilidades sociales, déficits en la resolución de conflictos, así como mayores sentimientos de soledad (Gutierrez et al., 2017 como se citó en De la Plaza y González, 2019). Aunado a esto, Mahady-Wilton et al. (2000) observaron que las personas que carecen de habilidades de regulación emocional tienen mayor riesgo de ser víctimas de bullying.

Al igual que en la víctima, los acosadores pueden presentar una serie de características psicológicas y de personalidad que los predisponen al abuso. Por ejemplo, en algunos estudios se ha observado que los acosadores carecen de habilidades sociales, tienen baja autoestima y deficiencias en el procesamiento de información social. Así mismo, hay evidencia que sugiere que un sentido de grandiosidad y la falta de empatía pueden estar asociados con la intimidación (Fanti y Kimonis, 2012; Menesini y Salmivalli, 2017).

Otros estudios relacionados con la intimidación arrojan características como altos niveles de impulsividad, baja tolerancia a la frustración, elevada agresividad, baja empatía, necesidad de dominación y poder, escasa capacidad autocrítica, ausencia de culpabilidad, baja interiorización de normas, egocentrismo, problemas de conducta y déficits en las habilidades para la resolución de conflictos, entre otros (Huang et al., 2013; Farrington y Costanza, 2014; Vázquez, 2015; Garaigordobil, 2017; Gutiérrez et al., 2017 como se citó en De la Plaza y González, 2019, p. 112).

1.3.3.2 Factores escolares

El desempeño escolar es otro factor de riesgo para la génesis del bullying. En este sentido se ha observado una asociación importante entre un pobre desempeño escolar y

los perpetradores. Es decir, se ha observado que algunos perpetradores que presentan dificultades en actividades escolares buscan enmascarar dicha “debilidad” a través de conductas agresivas que muestren superioridad y poder, con el propósito de ser respetados por sus pares (Silva et al., 2020).

1.3.3.3 Factores del entorno familiar

En cuanto a los factores familiares, se ha revisado que el estilo de crianza puede influir en la participación de NNA en el acoso escolar. En otras palabras, los padres desempeñan un rol fundamental en el desarrollo de las relaciones con los compañeros y la socialización de sus hijos, ya sea de forma directa, como ayudarlos desarrollar habilidades de comunicación asertiva, negociación, socialización, entre otros; o de manera indirecta, a través de comportamientos de crianza y modelado (Holt et al., 2009; Hong et al., 2021).

En investigaciones previas (Saleh et al., 2021), se encontró que los estilos de crianza autoritarios, es decir, aquellos donde se utiliza la coerción física y verbal se asocian con NNA con baja autoestima y con mayor predisposición de bullying y cyberbullying (Martínez et al., 2019). La hostilidad por parte de los padres o cuidadores, puede ser un factor de riesgo a sufrir acoso, debido a que los NNA pueden habituarse a estos comportamientos modelados por sus padres, e internalizarlos. Esta situación podría asociarse con menores habilidades de resolución de conflictos y habilidades sociales (Hong et al., 2021).

Por otro lado, Smith y Myron-Wilson (1998 como se citó en Hong et al., 2021) refieren que las víctimas presentan un temperamento plácido y familias aglutinadas, es decir, que no existen límites claros entre los miembros de la familia, y esto a menudo conduce a una falta de autonomía e independencia de estos.

Eliot y Cornell (2009) argumentan que los adolescentes cuyos padres no estaban involucrados o eran emocionalmente distantes, mostraron mayor dificultad para relacionarse con sus pares y esto contribuyó al acoso y la victimización. Así mismo,

encontraron que los NNA pueden desarrollar una predisposición conductual al acoso basado en representaciones cognitivas de agresión aprendidas de sus experiencias entre padres e hijos/as.

En cuanto a los acosadores o perpetradores, el contexto familiar también puede ser un factor de riesgo. Por ejemplo, en las familias en las que no se percibe el afecto, apoyo e implicación parental, y en las que el establecimiento de normas y límites no es claro, es más probable que NNA muestren dificultades para adaptarse, así como conductas de consumo de sustancias, comportamientos agresivos y acoso escolar (Cava et al., 2010, como se citó en Cañas-Pardo, 2018).

Así mismo, Cañas-Pardo (2018) plantearon que cuando NNA observan que dentro de su sistema familiar la forma de interactuar y reaccionar ante conflictos es mediante comportamientos violentos, tienen mayor riesgo de verse implicados en el bullying, debido a que internalizan las conductas y tienden a replicarlas con sus pares.

Por su parte, Shetgiri (2013) encontró que la exposición a la violencia doméstica, el uso de castigos corporales por parte de los padres, la pobre comunicación entre el subsistema parental y filial, así como falta de supervisión de los padres son grandes factores de riesgo para la perpetración de bullying.

1.3.4 Factores de protección para el bullying

1.3.4.1 Factores individuales

De acuerdo con Farrington (2020) los factores de protección para la perpetración y victimización del bullying incluyen una buena autoestima, buen autoconcepto, altas competencias sociales, habilidades para la resolución de conflictos y estrategias de afrontamiento adaptativas como la asertividad, que están basadas en el apoyo social por parte de amigos, compañeros de clase y padres (Baldry & Farrington, 2005; Bitsch et al., 2012 como se citó en De la Plaza y González, 2019).

1.3.4.2 Factores del entorno familiar

Gómez-Ortiz et al. (2014) señalan que el estilo de crianza democrático, que está caracterizado por el uso del razonamiento, diálogo y que promueve la independencia de NNA, así como el establecimiento de normas claras de comportamiento, escucha y apoyo emocional, puede actuar como un factor protector tanto para el acoso tradicional como para la victimización por ciberacoso, debido a que fomenta en NNA la sensación de seguridad y apoyo necesario para manejar conductas de acoso.

Así mismo, se ha revisado que involucrarse y tener compromiso por parte de los padres, además de un alto soporte de estos con sus hijos, son factores protectores en contra de la perpetración (Shetgiri, 2013).

1.4 Epidemiología del bullying

1.4.1 Bullying en el mundo

El bullying es un problema complejo de salud pública que afecta a NNA de todo el mundo. De acuerdo con la UNICEF (2017 como se citó en Yosep et al., 2022) de una muestra de 100 mil NNA de 18 países, 67% de estos habían experimentado bullying. Es decir que, por cada 3 niños, 2 habían estado involucrados en este fenómeno. Así mismo, de estos 67,000 NNA el 25% refirieron ser acosados por su apariencia física, 25% por su género, 25% por su etnia o por país de origen, y el otro 25% por otras razones (Yosep et al., 2022).

Por su parte, la UNESCO (2018) en su informe *School violence and bullying: global status and trends, drivers and consequences* se reportó que casi uno de cada tres niños y adolescentes en todo el mundo (32%) ha sido víctima de acoso uno o más días en el mes anterior. Así mismo reportaron que la prevalencia es mayor en Medio Oriente (41.1%), África del norte (42.7%) y África Subsahariana (48.2%), mientras que la más baja se presenta en América central (22.8%), el Caribe (25%) y Europa (25%). Los resultados de

Biswas et al. (2020) apoyan lo anterior debido a que realizaron un estudio con una muestra de 317, 869 adolescentes en donde se midió la prevalencia de la victimización por bullying en países de bajos y altos ingresos; los resultados señalaron que la prevalencia más alta se presentaba en la región del mediterráneo oriental (45.1%) y la región africana (43.5%), mientras que la prevalencia más baja se presentaba en Europa (8.4%).

Otro estudio realizado por Hosozawa et al. (2021) en el que se analizó la prevalencia de la victimización en 71 países de ingresos altos y medios, encontró que alrededor de un tercio de los adolescentes de 15 años (n=421,437) fueron víctimas de bullying, al menos una vez al mes durante los últimos 12 meses. En general, la prevalencia del acoso escolar en los países de ingresos altos de los estudiantes de secundaria oscila entre el 5% y el 57%, mientras que en los países de ingresos bajos y medios el rango oscila entre el 12% y el 100% (Johansson et al., 2022).

Respecto a las diferencias por género, las mujeres y varones tienen la misma probabilidad de experimentar acoso escolar. Sin embargo, los varones tienen mayor probabilidad de ser víctimas de bullying (30.5%) que las mujeres (28.2%). En este sentido, los hombres experimentan mayor bullying de tipo físico (21.5%) que las mujeres (10.1%); no obstante, las mujeres experimentan mayor bullying de tipo psicológico (6.1%) en comparación con los varones (4.7%) (UNESCO, 2018).

1.4.2 Bullying en México

De acuerdo con los resultados del 2018 del Programa para la Evaluación Internacional de Alumnos (PISA), en México el 23% de los estudiantes informaron haber sufrido acoso escolar al menos una vez al mes; aunque, el 86% de los estudiantes estuvo de acuerdo con que es bueno ayudar a los estudiantes que no pueden defenderse (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE], 2018).

Así mismo, en México se ha estudiado la prevalencia del bullying y el cyberbullying a través de 12 estudios. En estos se ha encontrado que los porcentajes de victimización de bullying oscilan entre el 13% y 25.8% (Santoyo & Frías, 2014 como se citó en Garaigordobil, 2018).

Por su parte, el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED, 2017a) señaló que 7 de cada 10 adolescentes (71.6%) de entre 12 a 17 años señalaron haber recibido insultos y burlas en los últimos cinco años, mientras que el 36.1% señaló haber sido víctima de amenazas o empujones tanto en la escuela como en la casa.

Finalmente, de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) del 2017, el 9.6% de adolescentes y jóvenes de entre 12 a 24 años declaró haber vivido acoso escolar en el año previo al levantamiento de la encuesta. Es decir, que una de cada 10 personas había sido víctima de este fenómeno. Así mismo se señaló que esto se agrava para las personas de la diversidad religiosa (13.4%) y las personas con capacidades diferentes (22.7%) (CONAPRED, 2017b).

Capítulo 2. Consecuencias e impactos psicosociales del bullying

El bullying es un serio problema psicosocial que impacta negativamente a los involucrados y el cual puede considerarse como uno de los principales factores de riesgo para desarrollar problemas psicológicos, psicosomáticos, problemas de conducta, problemas emocionales, entre otros. Se ha observado que las consecuencias además de presentarse en la niñez o adolescencia pueden perdurar incluso en la edad adulta (Balluerka, 2023).

Específicamente, con relación a las víctimas, Balluerka (2023) encontró que estas personas tienen mayor probabilidad de experimentar consecuencias adversas que se asocian con el bullying, por ejemplo: dificultades académicas, síntomas psicosomáticos, depresión, autolesiones, ideación suicida, desórdenes alimenticios, síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT), entre otros.

Por su parte, Moore et al. (2017) refieren que los problemas asociados a la victimización que más se reportan en estudios de salud mental son: depresión, ansiedad, autolesiones y comportamiento suicida. Así mismo, se encontró que las víctimas tienden a mostrar “un ajuste emocional pobre, así como baja autoestima” (Khatri et al., 2000; Estévez et al., 2009; Kowalski y Limber, 2013 como se citó en Balluerka, 2023, p. 2).

A continuación, se tendrá un mejor acercamiento a las consecuencias e impactos asociados al bullying, específicamente asociados a las víctimas.

2.1 Depresión

La depresión es un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Este trastorno mental es considerado como la principal causa de discapacidad a nivel mundial, pues puede causar gran sufrimiento a la persona afectada y

alterar sus actividades laborales, escolares y familiares (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021a).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (quinta edición; DSM-5; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) clasifica los trastornos depresivos en:

- a) Trastorno disruptivo de desregulación del estado de ánimo
- b) Trastorno depresivo mayor
- c) Trastorno depresivo persistente (distimia)
- d) Trastorno disfórico premenstrual
- e) Trastorno depresivo debido a otra condición médica

Las características comunes de todos los trastornos depresivos son la tristeza, el vacío o el estado de ánimo irritable, acompañados de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente su funcionamiento cotidiano en el ámbito personal, familiar, social, educativo, ocupacional o de otro tipo (Chand y Arif, 2022).

Es importante señalar que la depresión es diferente de las reacciones emocionales de corta duración, como la tristeza, que se presenta de manera natural y adaptativa ante ciertos retos de la vida como la muerte de un ser querido, un divorcio, una ruptura amorosa, entre otros. En cambio, la depresión puede llevar incluso al suicidio. No obstante, es muy importante tener en cuenta que este trastorno es tratable y el suicidio se puede prevenir (OPS, 2022b).

2.1.1 Síntomas, evaluación y tratamiento de la depresión

Los síntomas de la depresión se pueden agrupar en tres esferas; la afectiva, la cognitiva y la física (Hervías et al., 2022). En la tabla 3 se describen con mayor profundidad.

Tabla 3.*Sintomatología depresiva*

| Síntomas afectivos | Síntomas cognitivos | Síntomas físicos |
|--|--|---|
| Estado de ánimo deprimido | Falta de concentración | Quejas somáticas inesperadas tales como cefalea |
| Incapacidad para experimentar placer ante actividades que anteriormente se disfrutaban | Presencia de cogniciones negativas y pensamientos rumiativos relacionados con inutilidad, vacío, incomprensión o culpa | Agitación o inhibición motora |
| Pérdida de interés | Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida | Fatiga y pérdida de energía |
| Irritabilidad | | Alteración del sueño y del apetito |

Nota: Hervías et al. (2022).

De acuerdo con el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), se puede diagnosticar un trastorno de depresión mayor si cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de estos 2 síntomas debe de estar presente;

- a) Estado de ánimo deprimido
- b) Pérdida de interés o de placer

Aunado a estos dos síntomas se pueden presentar 3 o más de los siguientes:

- c) Alteraciones en el apetito (aumento o disminución)
- d) Alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnía)
- e) Agitación o inhibición motora
- f) Sensación de cansancio, fatiga o pérdida de energía
- g) Sentimientos de culpa o minusvalía
- h) Falta de concentración o reducción destreza cognitiva
- i) Pensamiento suicida

j) Irritabilidad

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (onceava edición; CIE-11; Organización Mundial de la Salud; OMS, 2019), para establecer el diagnóstico de depresión se requiere la presencia de un estado de ánimo deprimido o una disminución del interés en las actividades que ocurren la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos 2 semanas, acompañadas de otros síntomas como:

- a) Capacidad reducida para concentrarse y mantener la atención o marcada indecisión
- b) Creencias de baja autoestima o culpa excesiva o inapropiada
- c) Desesperanza sobre el futuro
- d) Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida o evidencia de intento de suicidio
- e) Sueño significativamente interrumpido o sueño excesivo
- f) Cambios significativos en el apetito o el peso
- g) Agitación o retraso psicomotor
- h) Energía reducida o fatiga

La depresión puede manifestar una combinación de distintos síntomas, lo que hace que su detección y diagnóstico sea complejo (Calvo-Gómez y Jaramillo-González, 2015). Para el diagnóstico y valoración de síntomas de la depresión, las entrevistas clínicas son indispensables, sin embargo, existen cuestionarios de tamizaje breves y sencillos de aplicar para un monitoreo de la sintomatología y la detección de trastornos depresivos desde la atención primaria de la salud (Saldivia et al., 2019).

De acuerdo con Smarr y Keefer (2011) los instrumentos más reconocidos para detectar trastornos depresivos son: el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Beck et al., 2011), la Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage et al., 1982), el Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9) (Kroenke et al., 2001), la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CESD) (Radloff, 1977) y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983).

En la actualidad existen tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para la depresión, algunos de los tratamientos farmacológicos son los antidepresivos de segunda generación (SGAs, por sus siglas en inglés) tales como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y norepinefrina e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y norepinefrina (Gartlehner et al., 2017).

Dentro de los tratamientos no farmacológicos se encuentran las intervenciones psicológicas, por ejemplo, la terapia de aceptación y compromiso (ACT), terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia interpersonal y la terapia psicodinámica (Qaseem et al., 2016). Es menester destacar que, de acuerdo con la American Psychological Association (Div. 12) (2017) la TCC ha demostrado ser tan eficaz o más que otras formas de terapia psicológica para el tratamiento de la depresión, pues los estudios de investigación sugieren que conduce a una mejora significativa del funcionamiento y la calidad de vida.

Así mismo, dentro de los tratamientos no farmacológicos se encuentran tratamientos de medicina alternativa o tratamientos naturales (CAM, por sus siglas en inglés), que se han desarrollado debido al escepticismo de algunos pacientes hacia los SGAs. De hecho, en una encuesta de pacientes psiquiátricos, más del 50% de los pacientes con trastornos depresivos informaron que usaron terapias de medicina alternativa. Dentro de los CAM se encuentran la acupuntura, medicina herbal china, ácidos grasos omega-3, hierba de San

Juan, entre otros. No obstante, es importante señalar que las intervenciones CAM no están basadas en evidencia por lo que puede ser peligroso su uso y debido a que existen alternativas con evidencia científica como los SGAs se recomienda optar por estas (Gartlehner et al., 2017).

Si bien los SGAs son los que más se usan para el tratamiento de la depresión mayor debido a que cuentan con un gran respaldo de evidencia sólida respecto a su eficacia, muchos pacientes prefieren los tratamientos no farmacológicos debido al temor de los posibles riesgos adversos, así como la creencia de que los SGAs generan dependencia. No obstante, dentro de las intervenciones psicológicas, la TCC es la única que ha mostrado una eficacia similar a los SGAs, en este sentido este modelo de terapia es una alternativa respaldada por evidencia científica para el tratamiento de la depresión mayor (Gartlehner, et al., 2017).

2.1.2 Depresión y su relación con el bullying

El bullying es considerado como uno de los factores de riesgo más importantes en el desarrollo de problemas psicológicos, de ahí que sea considerado una problemática de salud pública. Las consecuencias negativas que trae consigo, no solamente aparecen durante la infancia o la adolescencia, sino que incluso pueden presentarse en la adultez (Balluerka et al., 2023).

En la literatura se ha señalado que existe una estrecha asociación entre el bullying y los problemas externalizados e internalizados. Específicamente, respecto a los problemas internalizados, la depresión es uno de los más citados. Por ejemplo, Winding et al. (2020) realizaron un estudio en el que encontraron que el ser víctima de acoso escolar durante la adolescencia está relacionado con el desarrollo de síntomas depresivos en la edad adulta, sobre todo en aquellas víctimas que eran acosadas con gran frecuencia.

Si bien, existe gran evidencia respecto a la depresión como consecuencia adversa a la victimización por bullying, también existe evidencia de que esta asociación es bidireccional. Es decir, que la depresión puede predisponer a la victimización por bullying. Esto de acuerdo con un estudio realizado por Kaltiala-Heino et al. (2010 como se citó en Kaltiala-Heino y Fröjd, 2011) en el que encontraron que la victimización por bullying era un gran factor de riesgo para que se presentaran síntomas de depresión en los varones, mientras que en las mujeres los síntomas de depresión predecían la victimización por bullying.

No obstante, los estudios longitudinales con NNA sugieren que el acoso escolar aumenta el riesgo de depresión a corto y largo plazo, incluso si ya se presentaban antes del acoso escolar (Kaltiala-Heino y Fröjd, 2011).

2.2 Ansiedad

De acuerdo con el DSM-5 los trastornos de ansiedad son aquellos trastornos que se caracterizan por el miedo y ansiedad excesivos. En este sentido, es importante resaltar que el miedo es una reacción emocional normal ante una situación amenazante, ya sea real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal por ser excesivos o persistir más allá de los períodos de desarrollo apropiados (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

El DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) clasifica los trastornos de ansiedad como:

- Trastorno de ansiedad por separación
- Mutismo selectivo
- Fobia específica

- Trastorno de ansiedad social (fobia social)
- Trastorno de pánico
- Agorafobia
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos
- Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica

2.2.1 Síntomas, evaluación y tratamiento de la ansiedad

De acuerdo con el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad social (TAS) son:

- A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas (p. ej., mantener conversaciones, reunirse con personas extrañas, hablar o actuar delante de otras personas entre otras)
- B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente
- C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad
- D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa
- E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses
- G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento

- H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica
- I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro autista
- J. Si existe otra enfermedad (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones), el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar claramente no relacionados con esta o ser excesivos

Para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) refiere los siguientes criterios diagnósticos:

- A. Ansiedad y preocupación excesiva, que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar)
- B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):
 - a. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta
 - b. Facilidad para fatigarse
 - c. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco
 - d. Irritabilidad
 - e. Tensión muscular
 - f. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio)

- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento
- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo)
- F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental

Existe toda una variedad de estrategias para la evaluación de los trastornos de ansiedad como son las entrevistas clínicas, los instrumentos de autoinforme, medidas conductuales directas y evaluaciones psicofisiológicas (Caballo et al., 2003). Algunos instrumentos de tamizaje para el TAG son la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) (Spitzer et al., 2006); la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) (Zigmond y Snaith, 1983); y la Escala de Ansiedad Hamilton (Hamilton, 1959).

Para evaluar TAG, también existen pruebas psicométricas que ayudan a realizar un tamizaje, por ejemplo, la Escala de Fobia Social (SPS) y la Escala de Ansiedad ante la Interacción Social (SIAS) (Mattick y Clarke, 1998); el Inventario de Ansiedad y Fobia Social (SPAI) (Turner et al., 1989); y la Escala de Ansiedad y Evitación Social (SADS) (Watson y Friend, 1969).

En cuanto al tratamiento, se cuenta con recursos farmacológicos y psicoterapéuticos para abordar los trastornos de ansiedad. El tratamiento farmacológico va de acuerdo con las características sintomatológicas, la gravedad y las características del paciente (Boletín de Información Clínica Terapéutica de la Academia Nacional de Medicina, 2012). Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) son los fármacos de primera elección (Baeza-Velasco, 2007).

Respecto al tratamiento psicoterapéutico, las intervenciones cognitivo-conductuales han mostrado ser eficaces para tratar los trastornos de ansiedad. Desde estos modelos de terapia se ayuda a los pacientes a que aprendan a entender cómo sus pensamientos contribuyen a los síntomas e identificar pensamientos irracionales que los llevan a tener ciertas preocupaciones, también infundadas, para buscar pensamientos más adaptativos (American Psychological Association [APA], 2010).

2.2.2 Ansiedad y su relación con el bullying

Con relación al bullying, Gong et al. (2022) encontraron que tanto las víctimas como los perpetradores de bullying mostraron más síntomas de ansiedad en comparación con los que no lo fueron. Sin embargo, en otro estudio se encontró que las víctimas están más predispuestas a presentar ansiedad social (Wu et al., 2018; Pontillo et al., 2019 como se citó en Gong et al., 2022); así como trastorno por ansiedad generalizada.

Beck y Clark (1997) propusieron un modelo de ansiedad social el cual explica que cuando una persona se enfrenta a una situación o un evento social negativo, como en el acoso escolar, los sentimientos de ansiedad comienzan a incrementar. En este sentido, las víctimas de bullying tienen más probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad (Gong et al., 2022).

Al igual que en la depresión, la ansiedad puede tener una correlación bidireccional, (Siegel et al., 2009; Isolan et al., 2013 como se citó en Gong et al., 2022). Por ejemplo, una persona a la cual se le dificulta hablar en situaciones sociales puede tener mayor riesgo de victimización por bullying debido a que los perpetradores lo pueden percibir como “débil” o una “presa fácil”. Además, estas situaciones podrían generar que esa dificultad para interactuar con sus pares pudiera acrecentarse debido al temor de ser acosado.

2.3 Trastorno de estrés postraumático

De acuerdo con el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés son aquellos trastornos en los que la exposición a un evento traumático o estresante desencadena un malestar psicológico que se puede entender dentro de un contexto basado en el miedo y la ansiedad.

Uno de estos trastornos es el trastorno de estrés postraumático (TEPT) en el cual la exposición un evento traumático, como un desastre natural, un accidente grave, un acto terrorista, una guerra, violación o un asalto violento (Ossa et al., 2019) puede llevar a síntomas de intrusión, evitación, alteración cognitiva, así como un estado de alerta y reactividad relacionado con el suceso traumático.

2.3.1 Síntomas, evaluación y tratamiento del trastorno de estrés postraumático

De acuerdo con el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) los criterios diagnósticos para el TEPT son los siguientes:

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza.

Se pueden presentar de las siguientes formas:

- a. Experiencia directa del suceso traumático
- b. Presencia directa del suceso ocurrido a otros
- c. Conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso ha de haber sido violento o accidental
- d. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil)

- B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión asociados al suceso traumático que comienza después del suceso:
- a. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático
 - b. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido del sueño está relacionado con el suceso traumático
 - c. Reacciones disociativas en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático
 - d. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso traumático que comienza tras el suceso traumático:
- a. Evitación o esfuerzo para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos aceta o estrechamente asociados al suceso traumático
 - b. Esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca del suceso
- D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático que comienzan o empeoran después del suceso traumático:
- a. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático
 - b. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo. Por ejemplo; “no puedo confiar en nadie”, “el mundo es muy peligroso”, entre otros

- c. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso traumático que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás
 - d. Estado emocional negativo persistente. Por ejemplo: miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza
 - e. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas
 - f. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás
 - g. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas. Por ejemplo: felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos
- E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso traumático:
- a. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos
 - b. Comportamiento imprudente o autodestructivo
 - c. Hipervigilancia
 - d. Respuesta de sobresalto exagerada
 - e. Problemas de concentración
 - f. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto)

La duración de estos síntomas debe ser superior a un mes, así mismo esta alteración debe causar malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento. Aunado a esto, las alteraciones no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de sustancias como medicamentos, alcohol u otra afección médica (DSM-5, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Si bien el punto A señala los criterios para considerar a un evento como traumático, algunos estudios han reportado que existen eventos clasificados como no traumáticos que pueden producir síntomas de TEPT (Ossa et al., 2019).

El TEPT requiere una evaluación cuidadosa, para ello existen instrumentos y entrevistas diagnósticas que se pueden emplear, por ejemplo, la Entrevista de la Escala de Síntomas del TEPT para el DSM-V (PSSI-5) (Foa et al., 2016); y la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Posttraumático (EGS-R) (Echeburúa et al., 2016).

Dentro de los tratamientos para TEPT existen propuestas farmacológicas y no farmacológicas. En cuanto a los tratamientos farmacológicos que más se utilizan son los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) ya que han mostrado eficacia en la mejora de los síntomas de TEPT (Williams et al., 2022).

En cuanto a los tratamientos no farmacológicos más eficaces para el TEPT se encuentran las intervenciones centradas en el trauma como la TCC enfocada al trauma y la terapia cognitiva para TEPT (Cohen et al., 2004; Smith et al., 2007; Dalgleish et al., 2015; Meiser-Stedman et al., 2017 como se citó en Smith et al., 2019). Los componentes típicos de estos modelos de tratamiento incluyen: psicoeducación respecto al TEPT; desarrollo de una lógica de tratamiento compartida; activación conductual; entrenamiento en técnicas de relajación; exposición imaginaria al recuerdo del trauma; reestructuración cognitiva; y exposición planificada a los desencadenantes del trauma (Smith et al., 2019).

2.3.2 Trastorno de estrés posttraumático y su relación con el bullying

Es el caso del bullying, no podría ser considerado como un evento traumático de acuerdo al criterio A, debido a que la exposición al bullying constituye una exposición sistemática a una serie de eventos negativos dentro de un periodo de tiempo prolongado en lugar de un solo evento traumático (Newman et al., 2005 como se citó en Andreou et al.,

2021); sin embargo, varios estudios han examinado si las experiencias de intimidación pueden desencadenar el desarrollo de TEPT.

Por ejemplo, Ossa et al. (2019) llevaron a cabo un estudio donde encontraron que las víctimas de bullying tenían patrones de síntomas similares (intrusión, evitación, alerta) en comparación con los adolescentes que buscaban ayuda en una clínica para pacientes por TEPT. En este sentido, los resultados sugieren que el acoso escolar puede considerarse como un tipo de experiencia traumática que potencialmente puede causar TEPT. Así mismo, este estudio demostró que los síntomas pueden persistir mucho tiempo después de que los episodios de acoso hayan cesado.

Por su parte, Andreou et al. (2021) realizaron un estudio donde obtuvieron resultados que indicaron que la victimización por acoso escolar estaba relacionada con la gravedad de síntomas del TEPT. Por lo que sugieren que la victimización por bullying es una forma de estrés psicológico que podría ser traumático para algunas personas.

En este sentido, la prevención del acoso escolar en las escuelas podría reducir las experiencias traumáticas y por lo tanto el desarrollo de síntomas de TEPT.

2.4 Ideación y conductas suicidas

El suicidio se puede definir como el acto de quitarse deliberadamente la vida (OPS, 2017). El suicidio es un problema grave de salud pública a nivel mundial, tanto en países de altos y bajos ingresos. De acuerdo con la OMS (2021b) cada año se suicidan o intentan suicidarse alrededor de 703 mil personas a nivel mundial.

La ideación suicida se refiere a los pensamientos, deseos y preocupaciones respecto a quitarse la vida (Harmer et al., 2023). La gravedad de la ideación suicida va desde pensamientos pasivos y fugaces como “no vale la pena vivir” u “ojalá estuviera muerto”

hasta pensamientos persistentes de quitarse la vida con un método específico y altamente letal (Sher y Oquendo, 2023).

La conducta suicida se refiere a la muerte por suicidio, pero también incluye intentos, planeación de un suicidio o ensayos del plan suicida (Dobrin-De Grace et al., 2023; Sher y Oquendo, 2023).

En ese sentido, la ideación y las conductas suicidas pueden entenderse como “un continuo que va desde la ideación suicida, el desarrollo de un plan suicida, el intento o intentos de suicidio no mortales o la muerte por suicidio, aunque la progresión de uno a otro no es necesariamente lineal” (Baca-Garcia et al., 2011; Sher y Oquendo, 2023, p.119).

Aquellas personas que tienen mayor riesgo de cometer conductas suicidas son quienes cuentan con algún trastorno mental, especialmente depresión. Sin embargo, también corren grave riesgo aquellas personas que se enfrentan a situaciones de crisis como problemas económicos, rupturas, enfermedades crónicas, catástrofes, actos violentos, abusos, pérdida de seres queridos, entre otras circunstancias (OMS, 2021b).

2.4.1 Evaluación y tratamiento del riesgo suicida

Un recurso indispensable para evaluar el riesgo suicida es la entrevista, pues además de que permite obtener información respecto el estado emocional de la persona, permite brindar contención y promover la formación de un vínculo terapéutico. En estas entrevistas se busca explorar conducta suicida actual, antecedentes personales y familiares, factores precipitantes, factores de riesgo agudos y crónicos, factores protectores, redes de apoyo, razones para vivir y estrategias de afrontamiento (Vázquez-García, 2021).

Además, existe un marco terapéutico centrado en el suicidio llamado Evaluación Colaborativa y Manejo del Suicidio (CAMS, por sus siglas en inglés) que busca las mejores alternativas para entender, evaluar y tratar a una persona con riesgo suicida (Jobes, 2016).

Eso a través de una herramienta llamada Formulario de Situación Suicida (SSF) el cual funciona como una hoja de guía clínica que va marcando una ruta de todas las evaluaciones, la planificación del tratamiento, el seguimiento del riesgo continuo y los resultados clínicos. Dentro del SSF se incluye el formulario de evaluación básica de la situación suicida que evalúa seis variables: 1) dolor psicológico; 2) estrés; 3) agitación o inquietud; 4) desesperanza; 5) odio por sí mismo; y 6) riesgo general de suicidio (Jobes, 2016).

Los resultados de las investigaciones de Jobes (2012 como se citó en Jobes, 2016) muestran que el CAMS se asocia con mejoras en las angustias generales de los síntomas, reducciones en la ideación suicida y cambios en las cogniciones suicidas a lo largo de la atención clínica.

2.4.2 Suicidio y su relación con el bullying

En un estudio realizado por Wang et al. (2023) se encontró evidencia de una asociación entre la victimización por acoso escolar con el intento de suicidio y la ideación suicida en estudiantes de secundaria y preparatoria. En este mismo estudio, se sugiere que la victimización por acoso escolar puede contribuir a la depresión, que se considera como un gran factor de riesgo del suicidio. Es decir, la depresión podría ser un efecto mediador en la asociación entre el bullying y el suicidio.

Barzilay et al. (2017) llevaron a cabo un estudio en el que examinaron la asociación entre los diferentes tipos de bullying (físico, verbal y relacional) y la ideación e intento de suicidio. En este sentido, encontraron que el bullying de tipo físico está mayormente asociado con la ideación suicida, mientras que el bullying de tipo relacional se puede asociar mayormente con los intentos de suicidio.

Por su parte, Smalley et al. (2017) encontraron una alta prevalencia de estudiantes de escuela secundaria y media superior que fueron víctimas de acoso escolar y fueron cuatro veces más propensos a reportar ideación suicida, así mismo los estudiantes de preparatoria fueron cinco veces más propensos a cometer suicidio en comparación de los estudiantes que no habían sufrido acoso escolar.

Finalmente, Blakeslee et al. (2021) realizaron un estudio en donde encontraron una asociación positiva entre el riesgo de suicidio y el acoso escolar, pues los estudiantes de preparatoria que reportaron mayor riesgo de tener comportamientos suicidas habían experimentado acoso escolar.

2.5 Autoestima

Rosenberg (1965) define la autoestima como un “actitud positiva o negativa que un individuo tiene de sí mismo” (p.30). Asimismo, plantea que la autoestima tiene dos connotaciones: alta autoestima y baja autoestima. La primera hace referencia a que la persona piensa que es “lo suficientemente buena”, siente que es valiosa y digna, se respeta a sí misma. Si bien, es consciente de sus virtudes, también lo es de sus deficiencias, pero acepta lo que es y busca mejorar esas áreas de oportunidad. Por otra parte, la baja autoestima hace referencia al rechazo, insatisfacción y desprecio por uno mismo, “la imagen que la persona tiene de sí misma es desagradable y desearía que fuera diferente” (Rosenberg, 1965, p. 31).

A su vez, Massenzana (2017) plantea que la autoestima es “una apreciación positiva o negativa hacia sí mismo, que se apoya en una base afectiva y cognitiva” debido a que se relaciona con “las creencias personales sobre las propias habilidades, las relaciones sociales y logros futuros” (p.47).

2.5.1 Evaluación y tratamiento de la autoestima

En cuanto a la evaluación, la Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965) es una de las más utilizadas. En este tipo de escalas las puntuaciones altas en preguntas relacionadas con el nivel de valía experimentado, tener buenas cualidades y la capacidad de hacer las cosas tan bien como los demás, se consideran indicativas de una autoestima alta mientras que la baja autoestima se manifiesta por puntuaciones altas en afirmaciones relacionadas con sentirse fracasado y desear tener más autoestima (Robson, 1989 como se citó en Berg et al., 2022).

Las intervenciones basadas en la TCC son las que más se han utilizado para el tratamiento de la autoestima baja, pues han tenido excelentes resultados en su modalidad cara a cara y basada en internet (Berg et al., 2022). En la mayoría de estas intervenciones se utiliza el modelo cognitivo esquemático de Fennell (2016 como se citó en Berg et al., 2022) que se centra en identificar y cuestionar las autoevaluaciones negativas, las normas de la vida y fomentar una mayor autoaceptación a través de la reestructuración cognitiva y experimentos conductuales, además incorporaron componentes de la teoría de la autocompasión con el propósito de fomentar una actitud más amigable y sin prejuicios hacia los errores y fracasos personales (Langford et al., 2022).

2.5.2 Autoestima y su relación con el bullying

Si bien, la autoestima es un factor protector ante las dificultades que se puedan presentar durante la infancia y adolescencia (Tambelli et al., 2012 como se citó en Tsaousis, 2016) también existe evidencia que sugiere que la autoestima tiene una estrecha relación con el bullying ya que de acuerdo con Tsaousis (2016) una de las variables que más se asocian al acoso escolar, es la autoestima baja.

Choi y Park (2021) refieren que la autoestima baja no solo podría considerarse como una consecuencia adversa al bullying, sino que también podría ser un antecedente o factor

de riesgo. Por ejemplo, Boulton et al. (2010) encontraron que el ser víctima de acoso escolar predecía negativamente cambios en la autoestima global, pero también sugirieron que la relación entre ambas variables podría ser bidireccional debido a que, si bien, la victimización puede llevar a niveles bajos de autoestima, esto a su vez podría conducir a un mayor riesgo de ser victimizado.

2.6 Habilidades sociales

Las habilidades sociales son un conjunto de conductas, pensamientos y emociones que permiten el desarrollo intrapersonal e interpersonal de un individuo debido a que posibilita la expresión de sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos de forma adecuada ante alguna situación (Muñiz, 2019).

Por su parte, Caballo define las habilidades sociales como:

Un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de problemas futuros. (1986 como se citó en Caballo, 2007, p.6)

Del Prette y Del Prette (2008 como se citó en Vargas y Paternina, 2017) señalan que “las habilidades sociales orientan al individuo en conductas relacionadas a su competencia social, generando en la persona eficacia en sus relaciones interpersonales” (p.67).

Por su parte, Silva et al. (2018) apoyan la postura anterior ya que plantean que las habilidades sociales permiten que una persona sea competente al momento de relacionarse con otros, mostrar empatía, regular sus emociones, tomar decisiones, resolver conflictos sin generar más conflictos, entre otros. Al respecto, Choque-Larrauri y Chirinos-Cáceres

(2009) señalan que las habilidades sociales son indispensables para interactuar debido a que promueven comportamientos saludables en las esferas psicológica y social.

De acuerdo con Muñiz (2019), existen cinco dimensiones para clasificar las habilidades sociales. En la Tabla 4 se describen.

Tabla 4.

Habilidades sociales

| Dimensión | Ejemplo |
|--|---|
| Habilidades sociales básicas | Escuchar, iniciar y mantener conversaciones, formular preguntas, hablar en público, expresión de afecto, defender los derechos propios, rechazar peticiones, expresar opiniones, expresar desacuerdo, petición de cambios en la conducta del otro |
| Habilidades sociales avanzadas | Disculparse, pedir ayuda, participar, hacer un elogio, dar instrucciones, seguir instrucciones, convencer a otros |
| Habilidades sociales relacionadas con los sentimientos | Identificar emociones y sentimientos, expresar emociones, manejar emociones |
| Habilidades sociales alternativas a la agresión | Saber negociar, saber compartir, practicar la autorregulación, defender derechos propios |
| Habilidades sociales de planificación | Tomar decisiones, establecer objetivos, solucionar conflictos |

Nota: Muñiz (2019)

2.6.1 Evaluación y estrategias de intervención en habilidades sociales

La evaluación de las habilidades sociales se puede llevar a cabo mediante procedimientos variados y combinados. Por ejemplo, la entrevista es un método sumamente importante que suele constituir el inicio de la evaluación. Con ayuda de esta herramienta se recaban indicadores sobre la forma de interaccionar del paciente, se indaga sobre la historia de sus relaciones interpersonales, situaciones de interacción social que más problemas le causan y la propia valoración de comportamiento social. Así mismo se pueden determinar cuáles son los factores antecedentes y consecuentes que afectan el comportamiento no hábil y qué conductas adecuadas sí posee (Sanz et al., 1998).

Por otra parte, existen instrumentos de autoinforme que son uno de los procedimientos más utilizados para evaluar los déficits en habilidades sociales. En ese sentido encontramos la Escala de Evaluación de Habilidades Sociales para Adolescentes (Ríos-Saldaña, 2014), Escala de Habilidades Sociales (EHS) (Gismero-González, 2022); Inventario de Asertividad de Rathus (RAS, por sus siglas en inglés) (Rathus, 1973); el Cuestionario de Habilidades Sociales (CHASO-I) (Caballo et al., 2014); entre otros.

El déficit de habilidades sociales requiere estrategias de intervención como los programas en entrenamiento en habilidades sociales (EHS) (Gallego-Villa, 2009) que se han entendido como un “tratamiento cognitivo-conductual en el que se aplican un conjunto de técnicas cuyo objetivo es mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación y relaciones” (Segrin, 2009 como se citó en Ruiz et al., 2012, p. 292).

Los programas de EHS están integrados por diferentes técnicas y procedimientos dependiendo del problema de habilidades sociales que se busca modificar (Gallego-Villa, 2009); sin embargo, de acuerdo con Ruiz et al. (2012) todos los programas suelen incluir cinco componentes básicos:

- a) Justificación e instrucciones: se explica por qué es importante tener habilidades sociales y de comunicación, cuáles son las básicas y por qué funcionan, así como las instrucciones sobre cómo llevarlas a cabo
- b) Modelado: se demuestra cómo se lleva a cabo la habilidad de forma efectiva y también se muestra cómo no debe realizarse
- c) Ensayo de conducta: cuando las conductas han sido claramente modeladas, el paciente ensaya la conducta mediante el juego de roles, esto permite a los pacientes tomar un rol activo en el proceso de adquisición de habilidades

- d) Retroalimentación: se debe incluir la retroalimentación sobre cómo se ha llevado a cabo el juego de roles. Esta retroalimentación puede ser positiva, negativa, descriptiva, de corrección o de autorrevelación
- e) Reforzamiento: se refuerza el incremento de conductas sociales utilizando la felicitación o alabanza verbal, signos de aprobación como el aplauso, la sonrisa, entre otros, pues esto genera un mayor arraigo y que se mantengan a largo plazo

La aplicación del entrenamiento en habilidades sociales ha mostrado evidencia empírica sobre su efectividad en una amplia gama de problemas. Por ejemplo, DeRosier (2004) encontró que los programas de entrenamiento en habilidades sociales eran efectivos para aumentar la autoeficacia social en la población infantil que estaba involucrada en conductas de acoso escolar. Además, encontró que aquellos participantes que recibieron el tratamiento (programa de entrenamiento en habilidades sociales) mostraron una mayor autoestima y una menor ansiedad social, a diferencia de los participantes que no recibieron tratamiento, pues estos se sentían cada vez peor consigo mismos, cada vez más pesimistas sobre su capacidad para interactuar positivamente con sus compañeros y más ansiosos socialmente.

2.6.2 Habilidades sociales y su relación con el bullying

La falta de habilidades sociales puede causar dificultades y problemas psicológicos, tales como baja autoestima, ansiedad, aislamiento, pasividad, entre otros, que son características consideradas como factores de riesgo que predisponen a la persona a la victimización por bullying (Silva et al., 2018).

Álvarez (2016 como se citó en Chávez-Becerra y Aragón-Borja, 2017) encontró que los adolescentes que tenían un nivel de habilidades más bajo presentaban más riesgo de verse involucrados en el bullying. Específicamente en las víctimas, se observó que tenían niveles más bajos en habilidades sociales básicas, es decir, mostraban dificultad para

defender sus derechos, rechazar peticiones y expresar sus opiniones. Así mismo, mostraron deterioro en sus habilidades sociales avanzadas, como es disculparse y pedir ayuda.

Se entiende que las habilidades sociales, no solamente son un factor de riesgo que predispone al bullying, sino que además el ser víctima de bullying trae como consecuencia que se genere, o bien, se mantenga el déficit en las habilidades sociales (Méndoz y Maldonado, 2017) generando que a la víctima se le dificulte practicar estrategias de afrontamiento asertivas, regular sus emociones e interrumpir el ciclo de violencia (Silva et al., 2018).

A su vez, Vargas y Paterina (2017) señalan que la aceptación y reconocimiento por parte de los pares es una concepción primordial para el desarrollo de las habilidades sociales; sin embargo, cuando existe victimización por bullying se deterioran y se ven afectas dichas habilidades, lo que, a su vez, puede generar que la víctima se perciba incapaz de hacer amigos, mantener relaciones seguras, así como confiar en otros. A largo plazo, el acoso escolar puede generar que las víctimas tengan dificultades para iniciar nuevas relaciones, tienden a aislarse y pierden confianza en sí mismos y los demás.

2.7 Rendimiento escolar

Si bien la victimización por acoso escolar está asociada con problemas físicos y psicológicos como tener dolores de estómago, cefalea, depresión, ansiedad, problemas de conducta, entre otros; también se ha encontrado evidencia respecto a problemas académicos, particularmente el bajo rendimiento académico (Glew et al., 2005 como se citó en Li et al., 2020).

Laith y Vaillancourt (2022) realizaron una exhaustiva revisión de estudios longitudinales en donde encontraron que el estar expuesto al acoso escolar puede mermar

en la autoconfianza e interferir en el proceso cognitivo de las víctimas, haciendo que se les dificulte aprender y participar activamente en el salón de clases, propiciando como consecuencia un bajo rendimiento académico. Sin embargo, también se ha observado que las personas con dificultades académicas tienen mayor riesgo de involucrarse en conductas de bullying (Mishna, 2003) ya que las personas con mejor rendimiento académico tienden a ser mejor aceptadas por sus pares.

Así mismo, Vaillancourt et al. (2010 como se citó en Laith y Vaillancourt, 2022) señalan que las víctimas de bullying pueden percibir la escuela como un contexto peligroso, generando que estos tiendan a ausentarse como una estrategia para evitar la victimización. Esto se puede respaldar a partir de la investigación de Gómez-León (2021) quien encontró que durante el confinamiento por COVID-19 las víctimas de bullying presentaron una disminución transitoria del estado de ansiedad, depresión y un aumento del rendimiento académico. La posible explicación de esta disminución y mejora se cree que tiene que ver con que no tuvieron que exponerse a sus acosadores.

Las víctimas de acoso escolar tienden a perder su sentido de pertenencia a la escuela debido a que este contexto se vuelve aversivo, por lo que es menos probable que se involucren en éste y en consecuencia su compromiso académico se vea afectado de manera negativa (Fredricks y Paris, 2004 como se citó en Li et al., 2020). Al respecto, los autores sugieren que el sentido de pertenencia y compromiso académico son factores mediadores entre la victimización por acoso escolar y el rendimiento académico (Li et al., 2020).

2.8 Efectos a largo plazo del bullying

La participación en el fenómeno de bullying, como perpetrador o víctima puede tener un impacto negativo en la salud física y mental a corto plazo o incluso de forma simultánea

a las conductas de acoso. No obstante, la participación en el acoso puede tener efectos a largo plazo, incluso en la edad adulta (Bettencourt et al., 2023).

En un estudio realizado por Wolke et al. (2013) se encontró que la participación en el acoso escolar predice resultados negativos de salud, económicos, conductuales y sociales en la edad adulta. En ese sentido, el mayor deterioro en estas áreas de funcionamiento adulto se observó en las víctimas.

Por ejemplo, Stapinski et al. (2014) realizaron un estudio de cohorte para examinar la asociación entre la victimización entre pares durante la adolescencia y el diagnóstico de ansiedad en la adultez: encontraron que los adolescentes que fueron frecuentemente victimizados tenían mayor predisposición a desarrollar uno o más trastornos de ansiedad en su edad adulta, en comparación con los adolescentes que no habían sido victimizados. Así mismo, concluyeron que además de tener mayor riesgo a desarrollar algún trastorno de ansiedad también tenían mayor riesgo de desarrollar depresión en la adultez temprana.

Por su parte, Takizawa et al. (2014) encontraron que los participantes que habían sido víctimas de bullying entre los siete y once años, presentaban mayores niveles de malestar psicológico a los veintitrés y cincuenta años. Así mismo encontraron que las víctimas presentaban mayores niveles de depresión, trastornos de ansiedad y conductas suicidas, en comparación de aquellos participantes que no habían sufrido de este tipo de violencia.

Así mismo, Meltzer et al. (2011) realizaron un estudio donde examinaron si la exposición al bullying en la infancia predecía conductas suicidas en la adultez y encontraron que, efectivamente existe una fuerte asociación entre ser víctima de bullying y el riesgo de suicidio en la adultez, así mismo, a partir de los resultados sugirieron que ser víctima de bullying implica sufrimiento y humillación constante que puede llevar a que la persona

experimente desesperanza, por lo que también se destaca la depresión como un mediador en la asociación del bullying y el comportamiento suicida (Meltzer et al., 2011).

Finalmente, Blood y Blood (2016) realizaron un estudio para evaluar las secuelas psicosociales en participantes de entre 18 y 33 años que tartamudeaban y que habían sido víctimas de bullying durante su infancia, en comparación con participantes que no tartamudeaban pero que igual habían sido víctimas de bullying. Encontraron que independientemente de si tartamudeaban o no, los adultos que afirmaron haber sido víctimas de acoso escolar en su infancia, tenían mayor probabilidad de tener peores puntuaciones en las escalas psicosociales que median: ansiedad social; miedo a ser juzgado y evaluado negativamente por otras personas; autoestima; y satisfacción vital de la persona.

Capítulo 3. Terapia cognitivo-conductual

3.1 Fundamentos teóricos

El Dr. Aaron Beck, quien fue un reconocido psiquiatra norteamericano, detalló que existe una estrecha conexión entre los pensamientos, las emociones y el comportamiento (Charron y Gorey, 2022) y que la forma en la que una persona percibe su realidad influirá en la forma en que se comporta, siente y aborda sus problemas. Por lo tanto, los individuos que perciban inadecuadamente la realidad tendrán dificultad para resolver problemas, relacionarse con los demás y mostrarán síntomas emocionales, conductuales y fisiológicos desadaptativos (Ruiz et al., 2012). A partir de esta premisa, Beck desarrolló la terapia cognitivo conductual.

Esta terapia fue descrita por Beck como “una psicoterapia estructurada, de corta duración y orientada al presente, dirigida a resolver problemas actuales, así como modificar el pensamiento y el comportamiento disfuncionales” (Beck, 1964 como se citó en Beck, 2011, p. 2). Es decir, este modelo sugiere que si las personas aprenden a evaluar sus pensamientos disfuncionales y los reemplazan por otros más adaptativos pueden experimentar una mejora en su estado emocional y en su comportamiento.

Así mismo, Clark (1995 como se citó en Juárez, 2006, p. 55) refiere que la terapia cognitivo conductual es reconocida como:

Una psicoterapia estructurada, con límite de tiempo, orientada hacia el problema y dirigida a modificar los defectos en el procesamiento de la información evidentes en trastornos psicológicos como la depresión, ansiedad, etc. En este sentido, el paciente y terapeuta colaboran a identificar las cogniciones distorsionadas que se derivan de los esquemas o las creencias desadaptativas. Estas cogniciones y

creencias están sujetas al análisis lógico y la comprobación empírica de hipótesis, lo cual conduce a los individuos a reestructurar su pensamiento con la realidad.

En este sentido y para comprender mejor el modelo, se entiende que existen tres niveles de conciencia cognitiva que son indispensables para conocer los problemas de los pacientes (Ruiz et al., 2012):

- I. En primera instancia se encuentran los esquemas cognitivos, cuya función es almacenar información que ayudará a organizar y estructurar los estímulos del ambiente. Estos esquemas cognitivos contienen las creencias nucleares, las cuales están relacionadas con la manera en la que se percibe el mundo, así mismo, y a los demás
- II. En segunda instancia se encuentran los procesos cognitivos, que son las reglas o instrucciones mediante las cuales los individuos seleccionan la información que será atendida, codificada, almacenada y recuperada, de entre todos los estímulos del ambiente. Cabe destacar que este proceso es automático, ya que sirve para que el sistema economice tiempo y energía, y por lo tanto, sea más eficiente. Sin embargo, como en cualquier sistema, se pueden producir errores en el procesamiento de la información
- III. En tercera instancia se encuentran los productos cognitivos, los cuales son los pensamientos e imágenes que resultan de la interacción de los estímulos del medio, los esquemas, creencias nucleares y de los procesos cognitivos. Estos productos cognitivos son denominados pensamientos automáticos

3.1.1 Principios básicos de la TCC

Desde este enfoque, se pretende utilizar una formulación individual que guiará el tratamiento de cada paciente. La formulación es esencial para desarrollar una buena

alianza terapéutica, establecer metas, planificar el tratamiento y seleccionar técnicas de intervención (Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy, 2021).

De acuerdo con Beck (2011) existen 10 principios básicos de la terapia cognitivo-conductual que se deben aplicar a todos los pacientes, no obstante, también resalta que se pueden hacer adaptaciones de acuerdo a la problemática del paciente, su ciclo vital, su nivel de desarrollo intelectual, género, así como su contexto cultural. A continuación, se enlistan dichos principios:

1. La TCC se basa en una formulación dinámica de los problemas y la conceptualización de cada paciente en términos cognitivos. Es decir, desde el inicio del proceso el terapeuta, de acuerdo con la información y datos que el paciente proporcione, identifica los pensamientos y conductas problemáticas presentes, así mismo, identifica los factores desencadenantes del problema y formula hipótesis acerca de los eventos clave que pudieron propiciar el desarrollo de la problemática. Finalmente, en momentos estratégicos del proceso terapéutico se comparten las conceptualizaciones con el paciente para conocer si la formulación le parece coherente y congruente
2. La TCC requiere que se desarrolle una sólida alianza terapéutica. Es indispensable que el terapeuta muestre empatía, escucha activa, que sintetice los pensamientos y sentimientos del paciente de forma clara y precisa, todo esto con el fin de que el paciente se sienta visto y escuchado en todo momento del proceso terapéutico
3. La TCC enfatiza la colaboración y la participación activa. Es decir, el terapeuta tiene que fomentar una visión de trabajo en equipo dentro de la terapia y empoderar al paciente para que, de forma progresiva, tome un rol más activo dentro de las sesiones de terapia, por ejemplo: identificar sus distorsiones

cognitivas, decidir los problemas a tratar, diseñar tareas para el hogar, entre otros

4. La TCC está orientada a objetivos y centrada en los problemas. En este sentido, el paciente enumera sus problemas y establece objetivos específicos con el fin de formular un plan de acción
5. La TCC está orientada al presente. La terapia comienza con una evaluación de los problemas del aquí y el ahora, por lo que desde este modelo se debe poner énfasis en los problemas actuales. No obstante, en algunos casos, se puede regresar brevemente al pasado con el objetivo de ayudar al paciente a identificar creencias que se hayan aprendido en etapas anteriores, sin embargo, se ayuda a validar estas creencias tanto en el pasado como en el presente
6. La TCC es psicoeducativa, con el objetivo de enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y prevenir recaídas. El terapeuta brinda psicoeducación respecto a la naturaleza y curso de su trastorno o enfermedad, acerca del modelo cognitivo-conductual y del proceso de terapia
7. La TCC es de corta duración. En muchos casos el tratamiento puede desarrollarse en un período de seis, diez o catorce sesiones, dependiendo de los objetivos. Sin embargo, no todos los pacientes progresan al mismo ritmo, por lo que en otros casos la terapia puede prolongarse
8. Las sesiones de la TCC son estructuradas. Sin importar el diagnóstico o el nivel de tratamiento, el seguir una estructura determinada puede maximizar la eficacia del tratamiento
9. La TCC enseña a los pacientes a que identifiquen, evalúen y respondan a sus pensamientos y creencias disfuncionales. Los terapeutas ayudan a los pacientes a que identifiquen las cogniciones disfuncionales y adopten

perspectivas más realistas y adaptativas, que a su vez ayuden al paciente a sentirse mejor emocionalmente y comportarse de manera más funcional. Esto a través del del dialogo Socrático, experimentos conductuales, entre otros

10. La TCC utiliza una gran variedad de técnicas para modificar el pensamiento, emociones y comportamiento

3.1.2 Técnicas de intervención

Las principales técnicas de intervención de la TCC se pueden dividir en técnicas conductuales, técnicas emotivas y técnicas cognitivas. A continuación, se describen algunas (Ruiz et al., 2012):

- I. Técnicas conductuales
 - a. Programación de actividades: durante el proceso terapéutico, terapeuta y paciente programan actividades diarias que realizará el paciente con el objetivo de obtener pruebas a favor de su capacidad para realizarlas, así como obtener satisfacción asociada con estas. Cabe señalar que estas actividades deben ser realistas para poderse llevar a cabo
 - b. Juego de roles (role-playing): esta también es considerada una técnica de modelado, ya que tiene como objetivo enseñar conductas a realizar, para que el paciente compruebe o refute las hipótesis que se ha planteado con relación a sus creencias ante una interacción o acción determinada
 - c. Técnicas de afrontamiento
 - i. Técnicas de control de estímulos: se utilizan para reducir estímulos que interfieren, por ejemplo, en el sueño. Es decir,

en el caso del sueño, no tomar café por la noche, evitar usar el celular antes de ir a la cama, entre otros

- ii. Relajación, control de la respiración o técnicas de hiperventilación: técnicas como relajación muscular progresiva, relajación muscular profunda y respiración profunda pueden ser utilizadas como instrumentos de afrontamiento para manejar la ansiedad, el enojo, miedo, entre otras emociones (Ibáñez-Tarín y Manzanera-Escartí, 2012)
- iii. Entrenamiento asertivo: incluye técnicas que permiten al paciente manejar sus emociones y conductas de forma adecuada ante situaciones que le producen ansiedad. Algunas de estas incluyen la capacidad de decir “no” ante una petición, expresar opiniones, pedir ayudar, hacer y aceptar cumplidos, defender sus derechos, hablar en público, entre otras

II. Técnicas emotivas

- a. Inducción de autocompasión: son técnicas que buscan que el paciente se sienta identificado con sus experiencias o vivencias o las de otras personas que sean parecidas a las que está experimentado. Con el objetivo de movilizar sus sentimientos y así desencadenar el llanto y provocar la autocompasión
- b. Distracción externa: son actividades que se realizan como una forma de distracción para reducir una emoción. Por ejemplo; dibujar, escuchar música, leer un libro, ver una serie o película, concentrarse en algún aspecto del medio ambiente donde se ponga en uso todos los sentidos sensoriales

- c. Análisis de responsabilidad: esta técnica se utiliza para reducir los sentimientos de culpa, en este sentido, se tiene que hacer un análisis exhaustivo en conjunto con el paciente, respecto las razones que tiene planteadas para sentirse responsable de la conducta de otros, así como buscar evidencia que permita que obtenga información más objetiva sobre dichos sentimientos de culpa

III. Técnicas cognitivas

- a. Autorregistros: el objetivo de los autorregistros es obtener información detallada de lo que le ocurre al paciente, en términos de su estado emocional, a lo largo de la semana. Por ejemplo, permite conocer ante qué situaciones, personas o conductas se incrementa o disminuye el malestar, así como para analizar el grado de dominio y agrado de las actividades que se llevan a cabo. Además de esto, sirve como una línea base para comparar los cambios posteriores
- b. Descubrimiento guiado: es el proceso de ayudar al paciente a alcanzar nuevas perspectivas que desafíen sus creencias disfuncionales mediante el cuestionamiento o diálogo socrático

Si bien las técnicas principales de este enfoque terapéutico son el diálogo socrático y el descubrimiento guiado, también se pueden implementar técnicas de otros enfoques, por ejemplo, de la terapia de solución de problemas, terapia narrativa, terapia psicodinámica, entre otras. Estas técnicas que se seleccionen estarán influenciadas por la conceptualización de cada paciente, el problema y los objetivos de cada sesión (Beck, 2011).

3.1.3 Evidencia del tratamiento cognitivo-conductual

Se han realizado más de dos mil estudios para probar que la TCC es efectiva para el tratamiento de diversos trastornos mentales y problemas de salud, lo que la convierte en una de las terapias con mayor evidencia para el tratamiento de diversos trastornos psiquiátricos, problemas psicológicos y problemas médicos con componentes psicológicos (Beck Institute Cares, 2020).

Así mismo, se ha podido demostrar la eficacia de adaptar la TCC a cada paciente, de acuerdo con su edad, nivel educativo, contexto social y su cultura, ya sea de forma individual, grupal, familiar o de pareja en diversos contextos (Beck, 2011).

Por ejemplo, en un metaanálisis llevado a cabo por Cuijpers et al. (2019) se encontró que la TCC individual es eficaz en el tratamiento de la depresión al igual que su implementación de forma grupal, administrada por teléfono o a través de autoayuda guiada, lo que las convierte en alternativas valiosas a implementar en diferentes contextos y poblaciones diversas.

Por su parte, Butler et al. (2006) encontraron que la TCC se asocia con grandes mejoras en los trastornos de ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático, bulimia nerviosa y esquizofrenia.

3.2 Modelo cognitivo-conductual para la depresión

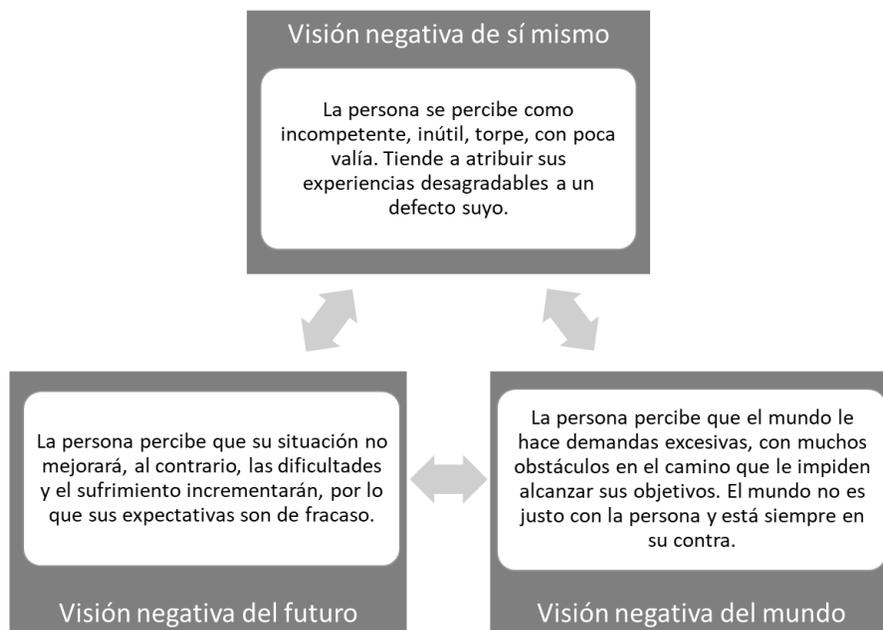
La terapia cognitivo-conductual es uno de los modelos de tratamiento para la depresión con mayor evidencia. De hecho, entre el año 2000 y el 2012 se realizaron 106 metaanálisis en donde se encontró evidencia sólida que respalda el uso de la TCC para el tratamiento de la depresión (Charron y Gorey, 2022).

De acuerdo con este modelo, “en la depresión hay un mal funcionamiento del procesamiento de la información debido a la activación de creencias nucleares profundas por acontecimientos o situaciones importantes de la vida del individuo y que conducen a síntomas fisiológicos, emocionales o conductas disfuncionales” (Ruiz et al., 2012, pp. 270-271).

El modelo cognitivo conductual de la depresión postula tres conceptos específicos para explicar la depresión en términos psicológicos. El primer concepto es la tríada cognitiva que consiste en tres patrones de pensamiento, como se muestra en la Figura 1, que inducen a las personas depresivas a que se perciban a sí mismas, a su mundo y su futuro de forma negativa y poco funcional (Beck, 2011):

Figura 1.

Tríada cognitiva



Nota: Elaboración propia, adaptado de Beck (2011).

Cuando se activan estos pensamientos negativos en los individuos con depresión, estos llevan a cometer errores de procesamiento de la información, también conocidos como distorsiones cognitivas que permiten que los individuos mantengan la validez de sus creencias disfuncionales (Ruiz et al., 2012).

En un inicio Beck identificó 6 distorsiones cognitivas: inferencia arbitraria; abstracción selectiva; sobregeneralización; magnificación y minimización; personalización; y pensamiento absolutista o dicotómico. Sin embargo, Yurica y DiTomasso (2006) plantean que existen alrededor de 17 distorsiones cognitivas y que estas no son exclusivas de los trastornos de depresión ya que algunas distorsiones suelen presentarse en otros trastornos o problemas emocionales. En la tabla 5 se describen a profundidad.

Tabla 5.

Distorsiones cognitivas

| Distorsiones cognitivas | Definición | Ejemplo |
|---|--|---|
| Inferencia arbitraria / Saltar a las conclusiones | Obtener una conclusión negativa sin tener evidencia empírica suficiente que la avale | “No voy a pasar el examen, lo voy a arruinar todo” |
| Catastrofismo | Proceso de evaluar el peor resultado posible de lo que ocurrió o va a ocurrir | “Es mejor que no lo intente porque fracasaré y será horrible” |
| Comparación | Tendencia a compararse llegando generalmente a la conclusión de ser inferior o mucho peor que los demás | “Aunque me esfuerzo no consigo ser tan agradable como mi compañero” |
| Pensamiento dicotómico/ blanco o negro | Tendencia a colocar las experiencias o comportamientos de uno mismo y de los demás en categorías que solo admiten dos posibilidades opuestas (bueno/malo, positivo/negativo) | “O saco un 10 en el examen o soy un fracaso” |
| Descalificación de lo positivo | Proceso de rechazar o descalificar las experiencias, rasgos o atributos positivos | “Me aceptaron en el trabajo, pero seguro fue porque nadie más aceptó el empleo” |
| Razonamiento emocional | Formar opiniones o llegar a conclusiones sobre uno mismo, los otros o situaciones basándose en las emociones que experimenta | “Siento terror de subirme al avión, es muy peligroso volar” |
| Externalización de la autoestima | Desarrollar y mantener la valía personal en función de las opiniones de los demás | “Mi novio dice que soy una inculta, seguro que tiene razón” |

| | | |
|------------------------|---|--|
| Adivinación | Proceso de pronosticar o predecir el resultado negativo de conductas, emociones o acontecimientos futuros y creerse que las predicciones son absolutamente verdaderas | “Estoy seguro de que, aunque salga con amigos me sentiré mal” |
| Etiquetado | Etiquetarse a uno mismo o a los demás de forma peyorativa | “Soy un inútil” |
| Magnificación | Tendencia a exagerar o a magnificar lo negativo de un rasgo, persona, situación o acontecimiento | “Reprobé el examen, es lo peor que me pudo pasar, no lo puedo soportar” |
| Leer la mente | Conclusión arbitraria de que alguien está pensando negativamente de uno sin evidencia que lo apoye | “Creo que mis amigas piensan que soy aburrida” |
| Minimización | Proceso de minimizar o quitar importancia a algunos eventos, rasgos o circunstancias | “No es tan grave que yo me sienta triste” |
| Sobregeneralización | Proceso de extraer conclusiones basándose en una o pocas experiencias, o aplicarlas a una amplia gama de situaciones no relacionadas | “La comida me salió mal, nunca seré capaz de hacer nada bien” |
| Perfeccionismo | Esfuerzos constantes por cumplir con alguna representación interna o externa de perfección | “Las cosas hay que hacerlas perfectas, si no es mejor no hacerlas” |
| Personalización | Proceso de asumir causalidad personal en las situaciones, eventos y reacciones de los otros cuando no hay evidencia que la apoye | “María y Juan se están riendo, seguro se ríen de mí” |
| Abstracción selectiva | Proceso de focalizarse exclusivamente en un aspecto o detalle negativo de una situación, magnificando su importancia, poniendo así toda la situación en un contexto negativo | “Soy pésimo, no me van a contratar, me equivoqué en una pregunta” |
| Afirmaciones “debería” | Hace referencia a las expectativas o demandas internas sobre las capacidades, habilidades o conductas de uno mismo o de los demás, sin analizar si son razonables en el contexto en que están llevándose a cabo | “Debería de haberse dado cuenta de que yo estaba enojada y no continuar preguntándome qué tenía” |

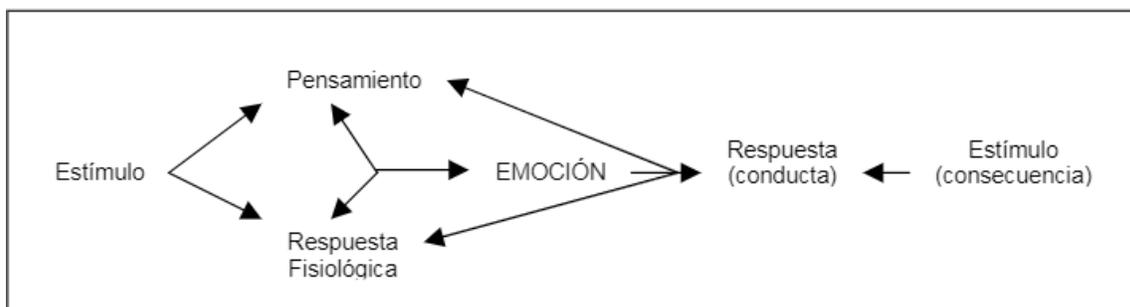
Nota: Yurica y DiTomasso (2006) y Ruiz et al. (2012).

Por otra parte, Beck (1976) planteó el modelo cognitivo-conductual de la generación de emociones, véase en la Figura 2, en donde identificó que el significado que se le da a un evento determinará la respuesta emocional. Es decir, los pensamientos automáticos ante un estímulo van de la mano con un estado emocional, por ello si se activan

pensamientos negativos y estos le llevan a cometer errores de procesamiento, la respuesta emocional podría ser consistente a la distorsión cognitiva más que con los aspectos fácticos de la situación (Beck, 1976). En ese sentido, si se logra identificar estos pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas, también se podría acceder a las experiencias emocionales e intervenir en el tratamiento de los trastornos emocionales.

Figura 2.

Modelo cognitivo-conductual de la generación de emociones



Nota: Valderrama (2002 como se citó en Juárez, 2006).

El objetivo de la intervención psicoterapéutica para la depresión, desde el modelo cognitivo-conductual, es corregir los esquemas que son disfuncionales y los errores de procesamiento que mantienen estos esquemas. De este modo el paciente, con ayuda del terapeuta, puede aclarar los esquemas y creencias mediante el análisis de los procesos de pensamiento que guían la vida actual del paciente e influyen sobre sus vivencias y emociones.

3.3 Tratamiento cognitivo-conductual para el bullying

El acoso escolar es un fenómeno complejo pues debe ser conceptualizado dentro de un “marco socioecológico, en el que, la familia, la escuela, los pares, la comunidad y la cultura son factores que contribuyen” de forma positiva o negativa a la salud física y mental de los involucrados en este (Swearer y Espelage, 2004 como se citó en Ferraz de Camargo y Rice, 2020, p. 370). Por otro lado, también existen muchos factores de protección que

pueden reducir la severidad de las consecuencias del bullying, así como prevenir futuros riesgos (Rajabi et al., 2016).

Por ejemplo, las víctimas de acoso escolar muchas veces hacen uso del estilo de afrontamiento evitativo, el cual puede ser un factor de riesgo pues contribuye a una mayor predisposición a desarrollar síntomas de depresión, baja autoestima y poco apoyo social que, a su vez, ponen en riesgo a la persona de verse involucrada nuevamente en el acoso escolar. Aunado a esto, se ha visto que las víctimas tienden a cometer errores de procesamiento como el catastrofismo, minimización, personalización, entre otros, que están relacionados con el trastorno de depresión. Sin embargo, cuando existe una reestructuración cognitiva puede haber un decremento de los niveles de depresión en las víctimas de acoso escolar (Rajabi et al., 2016).

El modelo cognitivo-conductual sugiere que la experiencia de ser víctima lleva a la persona a la formación de esquemas cognitivos disfuncionales respecto de sí misma, de quienes la rodean y del futuro, llevándola a cometer errores de procesamiento de la información y a estimular pensamientos automáticos negativos (Rajabi et al., 2016). La evidencia sugiere que las intervenciones basadas en la TCC pueden producir un impacto positivo en las víctimas pues les permitiría tener una mejor adaptación y afrontamiento ante el acoso escolar y sus consecuencias, puesto que desde este enfoque el terapeuta puede ayudar a la víctima a identificar pensamientos disfuncionales que influyen en la forma en cómo interpreta los estímulos, así como sus emociones y conductas subyacentes; y de esta manera implementar técnicas de reestructuración cognitiva, estrategias de solución de problemas, regulación emocional, entre otras, para desarrollar estrategias de afrontamiento que le ayuden a reducir síntomas internalizados (Rajabi et al., 2016).

En este sentido, Fung (2017) realizó un estudio longitudinal con 68 participantes, en el cual evaluó la eficacia de una intervención grupal basada en el modelo cognitivo-

conductual para las víctimas de acoso escolar que presentaban problemas internalizados. Su intervención la basó en este enfoque debido a que, gracias a una revisión de diversos metaanálisis, concluyó que los problemas internalizados funcionan como antecedentes y consecuencias del acoso escolar. Así mismo, como lo planteó Graham y Juvonen (1998), Fung (2017) también identificó que las víctimas percibían su victimización debido a causas internas, por lo que analizar las distorsiones cognitivas, así como cuestionar las creencias irracionales y reemplazarlas por creencias más racionales fueron algunos de los objetivos principales para aliviar los síntomas de depresión y ansiedad asociados con la victimización y al mismo tiempo, prevenir futuros riesgos de acoso escolar. A continuación, como puede verse en la tabla 6, se describe el proceso terapéutico que se desarrolló para el estudio mencionado.

Tabla 6.

Plan por fases para la terapia de grupo cognitivo-conductual para víctimas de bullying

| Fase de tratamiento | Objetivo |
|--------------------------|--|
| Fase 1 (sesiones 1 – 4) | Implementar la reestructuración cognitiva, así como promover ejercicios de relajación |
| Fase 2 (sesiones 5 – 7) | Promover la modificación del comportamiento; fortalecer la asertividad de los participantes; potenciar sus habilidades sociales y de comunicación; ayudar a los participantes a desarrollar vínculos más fuertes con sus compañeros y un sentido de pertenencia a la escuela |
| Fase 3 (sesiones 8 – 10) | Ayudar a los participantes a reconocer y desarrollar sus recursos personales; desarrollar y utilizar redes de apoyo; y prevenir recaídas |

Nota: Fung (2017).

Los resultados de esta investigación mostraron que la terapia cognitivo-conductual grupal tiene efectos positivos para reducir diversas formas de victimización (acoso físico directo, acoso verbal directo, acoso indirecto y emocional) así como sus consecuencias en la salud mental como síntomas de depresión, ansiedad, entre otros (Fung, 2017). A pesar

de que una de las limitaciones de este estudio fue no analizar este diseño de intervención en formato individual, se podrían hacer ciertas adaptaciones para llevarlo a cabo.

Por su parte, Gökkaya (2017) desarrolló un programa de intervención cognitivo-conductual para decrementar el bullying, así como las consecuencias adversas a este fenómeno. El programa utiliza técnicas como la psicoeducación con el objetivo de que los participantes entiendan y tomen consciencia respecto el fenómeno del bullying, sus consecuencias a corto y largo plazo, así como las emociones y pensamientos que pueden acompañar los comportamientos de acoso escolar. Así mismo, se busca que los participantes sean conscientes de la relación entre sus pensamientos, emociones y conductas ante este fenómeno.

Por otro lado, Gil (2015) refiere que se deben utilizar estrategias de reestructuración cognitiva, así como modificación de conducta para reemplazar la agresión o la pasividad por comportamientos asertivos. En este sentido, el entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación deber ser abordado en la intervención. Esto también es respaldado por Silva et al. (2018) ya que llevaron a cabo una intervención cognitivo-conductual basada en habilidades sociales para reducir la victimización por acoso escolar. En este sentido, encontraron que el aprendizaje de conductas asertivas puede reducir la victimización por bullying debido a que mejora la regulación emocional y aumenta la calidad de las interacciones sociales. Así mismo, encontraron una mejora en el desarrollo de relaciones de amistad, desarrollo de estrategias de afrontamiento asertivo, así como la implementación de estrategias manejo del enojo y la frustración (Silva et al., 2018).

Otra intervención, desde el modelo cognitivo conductual para el acoso escolar, es la presentada por Vanega-Romero et al. (2018) la cual tiene como objetivo reducir los índices de enojo, sintomatología depresiva, así como la presencia de acoso escolar. La intervención está basada en los principios del enfoque cognitivo conductual y consta de veintidós sesiones semanales donde se integran elementos cognitivo-conductuales para abordar seis

ejes principales: 1) relaciones interpersonales; 2) habilidades sociales; 3) autoconocimiento (autoafirmación y empoderamiento); 4) ira; 5) sintomatología depresiva; y 6) regulación y expresión emocional. Estos seis ejes para trabajar fueron llevados a cabo mediante técnicas como el autorregistro, diálogo socrático, reestructuración cognitiva, role-playing, técnicas de solución de problemas, técnicas de relajación, así como la implementación de técnicas de otros enfoques como técnicas narrativas, terapia de arte, entre otras. Los resultados de la intervención sugieren que la victimización, la ira y los síntomas depresivos disminuyeron en el grupo de las adolescentes que habían sido víctimas (Vanega-Romero et al., 2018).

3.4 Intervenciones cognitivo-conductuales a distancia

El aislamiento social, el miedo al contagio y a la muerte de uno mismo o de los seres queridos, así como los problemas económicos han sido algunos de los factores estresores que surgieron a partir del inicio de la pandemia por COVID-19. Estos estresores llevaron a que la prevalencia de la ansiedad y la depresión incrementaran en un 25 % en el primer año de la pandemia (OMS, 2022). Desafortunadamente, las condiciones por COVID-19 también incrementaron los problemas de acceso a la atención de salud mental, pues debido a las normas de contingencia sanitaria muchos centros de salud mental tuvieron que cerrar, de manera que se tuvo que dar respuesta a esta problemática con ayuda de la tecnología (Charron y Gorey, 2022).

En ese sentido, la Secretaría de Gobernación brindó orientación y apoyo emocional a través de la línea de la vida (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2021). Por su parte, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO, 2020) activó sus líneas de atención psicológica y contención emocional. A su vez, la Facultad de Psicología de la UNAM en colaboración con la Secretaría de Salud (Dirección General de Atención a la Comunidad et al., 2020 como se citó en Arenas-Landgrave et al., 2022) brindó atención psicológica.

De acuerdo con Contreras et al. (2022) el 80% de las intervenciones que se llevaron a cabo durante la pandemia fueron realizadas por videollamadas, sin embargo, también se apoyaron de llamadas telefónicas, chat y plataformas virtuales.

Respecto a los modelos más utilizados en estas intervenciones de telepsicología o a distancia se encuentran las basadas en el modelo cognitivo-conductual, además se identificó que estas intervenciones de la TCC tuvieron alta adherencia al tratamiento y cumplieron el objetivo de reducir los síntomas de los pacientes (Contreras et al., 2022). En ese sentido Contreras et al. (2022) concluyeron que la TCC es uno de los mejores modelos para trabajar trastornos del estado de ánimo por telepsicología.

Es preciso señalar que las intervenciones a distancia se han ido desarrollando, incluso antes de la pandemia, para limitar las barreras que dificultan el acceso a la salud mental, por ejemplo: las limitaciones de tiempo, la falta de servicios accesibles geográficamente, los problemas de transporte, la falta de recursos económicos, las minusvalías físicas, o incluso tener que enfrentar el estigma que supone acudir a una clínica de salud mental (Vázquez et al., 2015).

En ese sentido, una de estas alternativas que se había estado desarrollando desde antes de la pandemia es la terapia cognitivo-conductual basada en internet (iCBT, por sus siglas en inglés) que ha mostrado evidencia sólida para el tratamiento de la depresión (Sztein et al., 2018), la ansiedad (Nissling et al., 2021), la autoestima (Berg et al., 2022), entre otros. Aunado a eso, los metaanálisis han demostrado que no hay evidencia para concluir que la iCBT es inferior a la terapia cognitivo-conductual tradicional presencial y que, en cambio, la iCBT puede ser más rentable debido a que es de más fácil acceso y de menor costo de tiempo (Sztein et al., 2018).

Por su parte, Charron y Gorey (2022) realizaron un metaanálisis donde recabaron los mejores estudios disponibles que sustentaban la efectividad de la TCC virtual en comparación con la TCC tradicional en el tratamiento con personas con sintomatología depresiva. Como resultado de este estudio, encontraron que no existían diferencia significativa entre estas dos modalidades, por lo que parece ser que son igualmente efectivas para aliviar la sintomatología depresiva en niños y adultos.

Por otro lado, Vázquez et al. (2015) realizaron un metaanálisis para determinar la eficacia de intervenciones administradas por teléfono para el tratamiento de trastornos del estado de ánimo. En este sentido, el modelo cognitivo-conductual fue el que más se empleó y el que mejores resultados demostró, mostrando una eficacia similar a la TCC tradicional para el tratamiento de los trastornos depresivos.

Por último, un metaanálisis realizado por Varker et al. (2019 como se citó en Reay et al., 2020) informó sobre la efectividad de tratamientos de telesalud para adultos con trastornos de salud mental como depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático y trastorno de adaptación donde se encontró que la terapia de videoconferencia fue tan efectiva como el tratamiento tradicional. Esta asistencia virtual puede incluir mensajes de texto regulares, correos electrónicos, foros privados, teléfono, videoconferencia, guías de autoayuda, entre otros recursos (Reay et al., 2020).

Si bien existe evidencia respecto a la eficacia de las intervenciones basadas en videollamadas, llamadas telefónicas, chats, entre otros (Vázquez et al., 2015; Arenas-Landgrave et al., 2022; Contreras et al., 2022); es importante que los profesionales de la salud mental consideren las implicaciones éticas de su uso, además de su utilidad clínica (Gamble et al., 2015).

La telepsicología llegó para quedarse, es por ello que Arenas-Landgrave et al. (2022) destacan la importancia de seguir realizando investigaciones que permitan evaluar la efectividad y el alcance de dichas intervenciones.

3.5 Intervenciones cognitivo-conductuales que integran otras terapias

Si bien la American Psychological Association (2006) ha identificado las TCC como una de las prácticas con mejor evidencia de investigación, también resalta la habilidad clínica que debe tener el terapeuta para reconocer y ser consciente de factores como la edad, nivel socioeconómico, género, origen étnico, contexto individual y sociocultural de cada paciente.

En ese sentido el reconocimiento de las características individuales de cada paciente permite a los psicólogos adaptar las intervenciones y construir un entorno terapéutico donde se respete la visión del mundo, los valores, las capacidades e incluso los gustos o preferencias del paciente (Arnkoff, Glass y Shapiro, 2002; Sue y Lam, 2002 como se citó en American Psychologica Association, 2006)

De ahí que existan estudios (Castonguay et al., 2015) en donde se busquen puntos de convergencia y complementariedad entre los diferentes enfoques terapéuticos para proporcionar una práctica más eficaz para cada paciente.

Por ejemplo, Hawke et al. (2023) encontraron que los objetivos de la TCC eran compatibles con los de psicoterapias basadas en la terapia narrativa debido a que la creación de historias y la externalización del problema se puede considerar como ilustrativa de creencias o esquemas desadaptativos. Así mismo, Chadwick et al. (2014) concluyeron que la combinación de la TCC y la terapia narrativa era efectiva en el incremento de la autoestima y la reducción de síntomas de ansiedad y depresión en mujeres con síndrome de Turner que se mantuvo tres meses de la intervención.

Por su parte, Banting y Lloyd (2017) realizaron un estudio de caso en donde examinaron la eficacia del uso de la TCC y técnicas de externalización, de la terapia narrativa, en el tratamiento de un caso de un niño de 10 años con trastorno obsesivo compulsivo. Los resultados mostraron cambios clínicamente significativos, por ejemplo, al finalizar la intervención el paciente redujo el tiempo que dedicaba a pensamientos obsesivos y en el lavado de manos, pues se limitó a solo lavarse después de ir al baño y antes de cada comida.

Capítulo 4. Terapia narrativa

4.1 Fundamentos teóricos

La terapia narrativa fue desarrollada por Michael White y David Epston a finales de la década de los ochenta y está basada en la creencia de que “una persona vive su vida de acuerdo con las historias que se cuenta acerca de sí misma y las historias que otras personas cuentan sobre ella” (Winslade & Monk, 2007, p. 2).

Este modelo de terapia es considerado postestructuralista debido a que se basa en la premisa de que la cultura y el lenguaje contribuyen en la forma de darle significado a la experiencia, así como a la identidad de una persona y que, por esta razón, es importante centrarse en la creación de un significado contextualizado en lugar de una verdad universal (Combs y Freedman, 2012).

De acuerdo con Lambie y Milsom (2010), la realidad y el conocimiento se van construyendo a partir de las historias que se crean al interactuar con la familia, los pares, miembros de la comunidad, entre otros. Las historias se construyen en un marco social, cultural y político, por lo que los relatos que el individuo construye sobre sí mismo y los demás están fuertemente influenciados por discursos sociales dominantes que emergen respecto a el género, la raza, la cultura a la que se pertenece, las preferencias sexuales, entre otros (Morgan, 2000 como se citó en Macouzet, 2014).

Cuando la persona vive con narrativas saturadas de problema provenientes del contexto al que pertenece, puede sentirse en una situación problemática (Macouzet, 2014). En este sentido, los relatos saturados de problema se pueden entender como versiones “empobrecidas de la realidad” que son alimentadas por historias opresivas que imperan socialmente, por ejemplo: “sino consigues un trabajo eres un fracasado”, “si eres hombre y demuestras tus emociones eres débil”, entre otras (Rodríguez-Morejón, 2019, p. 508).

Es por ello que uno de los objetivos de la terapia narrativa, es que los consultantes lleguen a interpretaciones más amplias e inclusivas de sí mismos y de las situaciones que viven (Polkinghorne, 2004 como se citó en Lambie y Milsom, 2010) para que puedan reescribir sus vidas y sus relaciones.

Así mismo, desde este enfoque terapéutico se busca separar a la persona del problema para que esta pueda cambiar el discurso de ser una persona problemática a un discurso en donde la persona tiene relaciones con los problemas, en este sentido, la terapia narrativa ofrece conversaciones externalizantes con el fin de poner en práctica la idea de que las personas y los problemas son dos conceptos separados (Combs y Freedman, 2012).

4.1.1 Técnicas de intervención de la terapia narrativa

La terapia narrativa se desarrolla bajo diferentes prácticas o tipos de conversaciones entre el terapeuta y el consultante. Estas incluyen conversaciones externalizantes, la identificación de acontecimientos excepcionales, el trabajo con testigos externos y el uso de documentos terapéuticos (Tarragona, 2006).

Una de las técnicas principales es la externalización, ya que desde este enfoque se piensa que compartir el problema permite que las personas se separen de los relatos dominantes que han estado formando sus vidas para que puedan recuperar la capacidad de identificar acontecimientos extraordinarios y a partir de ello, desarrollar nuevos significados (White y Epston, 1993).

La técnica de externalización consiste en que, a través del lenguaje y de forma metafórica, se transforme o cosifique al problema en un ente externo al cual se le puedan

atribuir los aspectos negativos de la situación, mientras que todo lo positivo será atribuido a la persona (Rodríguez-Morejón, 2019).

De acuerdo con White y Epston (1990 como se citó en Rodríguez-Morejón, 2019) y como se muestra en la Figura 3, los pasos para externalizar son:

- I. Decidir qué externalizar. Por lo regular se trata de un aspecto negativo o que la persona percibe como un defecto, por ejemplo: inseguridad, miedo, ansiedad, depresión, agresividad, entre otros
- II. Nombrar y usar el lenguaje personificador. Para poder separar al problema de la persona el terapeuta utiliza las palabras o nombres que el paciente utiliza para referirse al problema. O bien, se puede preguntar “si tuviéramos que darle un nombre al problema del que estamos hablando, “¿cómo le podríamos llamar?” (Freeman et al., 2001, p.96). Así mismo, se pueden usar objetos o figuras de arcilla para externalizar el problema (Nafziger & DeKruyf, 2013). Aunado a esto, para personificar más al problema se le atribuyen “intenciones” que lo hacen casi una persona, por ejemplo: “¿cómo le haces para que el “Enojo” se tome un descanso de molestarte” (White, 2009 como se citó en Macouzet, 2014, p.19)
- III. Efectos que el problema tiene sobre la persona. Se hace un mapeo de todos los efectos negativos que el problema está teniendo sobre la persona, con el objetivo de que los pacientes perciban al problema como algo externo que los está perjudicando, lo que podrá fomentar una actitud de rebeldía y de enfrentamiento a la dificultad
- IV. Éxitos que la persona ha tenido afrontando el problema. Se debe de revisar en qué momentos el paciente ha sido capaz de vencer el problema, en este sentido se hace uso de los acontecimientos extraordinarios, los cuales son todos aquellos momentos en que las personas han conseguido enfrentarse al problema con éxito

Figura 3.

Técnica de externalización



Nota: Rodríguez-Morejón (2019).

Otra de las técnicas para cambiar relatos, es el uso de testigos externos, la importancia de usarlos radica en que la persona que narra tenga un público, además del terapeuta, con el objetivo de que los testigos de afuera perciban los cambios de la persona y reaccionen ante ellos, así mismo se espera que estas reacciones refuercen dichos cambios (Payne, 2002).

Otra técnica importante, es el club de vida, también conocido por White y Epston (1993) como recordar. Esta técnica tiene como objetivo que la persona pueda recordar quienes han contribuido significativamente en su vida, así como decidir quién puede entrar o mantenerse en su club. En este sentido, se entrevista al paciente sobre personas que hayan tenido una influencia positiva, cuyos ejemplos de integridad y valores hayan enriquecido su vida (Payne, 2002). Por otro lado, la persona también identifica qué personas han influido de forma negativa en su vida, y sí quiere o no que sigan siendo miembros de su club.

Para poder consolidar el progreso de manera óptima, mantener disponibles las historias que surgen de las conversaciones de terapia, invitar a las personas a unirse al tratamiento, afianzar los cambios que se han observado durante las sesiones, brindar un

resumen de la sesión o generar contratos terapéuticos, los terapeutas narrativos utilizan documentos terapéuticos tales como cartas, certificados de éxito, anuncios escritos, grabaciones de audio o vídeo, entre otros. Estos documentos pueden ser realizados por el terapeuta, las personas que asisten a terapia o de manera colaborativa. Así mismo, pueden recopilarse en antologías y convertirse en manuales para tratar problemas particulares (Freeman et al., 1997 como se citó en Combs y Freedman, 2012).

4.2 Intervenciones desde la terapia narrativa para casos de bullying

Las experiencias negativas que sufren las víctimas de acoso escolar pueden influir fuertemente en sus creencias, las cuales están relacionadas con la manera en la que la persona percibe el mundo, a sí misma, y a los demás, mismas que le dan significado a su experiencia. Es por ello por lo que estas experiencias de violencia pueden ser un factor de riesgo para su desarrollo personal (Smorti et al., 2005).

De acuerdo con Hasselle et al. (2023), las personas que han sido victimizadas pueden internalizar creencias negativas acerca de sí mismas que las puede llevar a culpabilizarse, creando un discurso dominante en el cual consideran que son victimizadas debido a que son “malas personas” o porque “lo merecen” por poseer pocas habilidades para enfrentar la situación.

Aunado a esto, Butler y Lynn (2007) señalan que el bullying se puede convertir en la historia dominante de los participantes en este fenómeno, tanto en la escuela como en su hogar, llevando a que puedan percibirse como el problema: “yo soy el que no sabe defenderse por eso me molestan”, “yo soy el rebelde que causa problemas” entre otros. Cuando las personas victimizadas asumen estas narrativas opresivas las pueden hacer sentir sin salida, les puede impedir vivir sus experiencias de forma diferente y llevar a que tengan dificultad de percibir sus capacidades personales (Trujano et al., 2004).

En este sentido, desde la terapia narrativa se busca que la persona que fue víctima pueda disminuir la atribución de culpa, combatir la sensación de fracaso y estigmatización, generar mayores sentimientos de autoestima, facilitar la conexión con redes de apoyo, entre otras (Adams e Isenbart, 1993; Durrant y White, 1993; Trujano y Limón, en prensa, como se citó en Trujano et al., 2004).

Un ejemplo de una intervención desde la terapia narrativa en casos de acoso escolar fue llevado a cabo por Lambie y Milsom (2010) con estudiantes diagnosticados con problemas de aprendizaje, ya que identificaron que las personas con estas características a menudo experimentaban acoso escolar y eventualmente comenzaban a interiorizar las historias dominantes contadas por otros, por ejemplo, los estudiantes que eran llamados “tontos” por sus compañeros podían comenzar a creer que lo eran, llevándolos a tener dificultades en su comportamiento, relaciones interpersonales, desempeño académico, así como en su salud física y mental. Es por ello por lo que Lambie y Milsom (2010) implementaron conversaciones externalizantes para incrementar la autoeficacia de los estudiantes y de este modo disminuir la atribución de culpa a sí mismos, así como promover la conciencia de que el problema se basa en suposiciones sociales y culturales en lugar de déficits individuales. Aunado a esto, la intervención se enfocó en las competencias y fortalezas de los estudiantes, mediante la identificación de acontecimientos extraordinarios. Como resultado de esta intervención los estudiantes pudieron nombrar el problema, mapear la influencia del problema en su vida, así como identificar momentos extraordinarios para promover sus fortalezas personales.

Por su parte, Trujano et al. (2004) realizaron una intervención desde el modelo narrativo para tratar a un niño de 8 años que era víctima de maltrato infantil, pero también de victimización entre pares por parte de sus hermanos quienes le llamaban “lento”, “tonto” y se referían a él como “el burro”, “el retrasado”, entre otros. Así mismo, presentaba maltrato

por parte de su madre quien lo rechazaba y lo describía como “retrasado mental” y un “castigo de Dios”. Esta intervención se basó en conversaciones externalizantes y la búsqueda de acontecimientos extraordinarios. Como resultado del tratamiento el niño presentó una mejoría significativa en su autoestima y su rendimiento escolar. De igual forma, generó nuevas redes de apoyo y se dignificó ante sí mismo y los demás, pasando de ser el “patito feo” a ser un niño “muy especial”, en palabras del niño. Cabe resaltar que el trabajo psicoterapéutico se realizó de forma conjunta con la madre quien sustituyó los insultos y golpes por conductas más asertivas y expresiones de afecto hacia el niño.

Shakeri et al. (2020) señalan que la terapia narrativa hace énfasis en ayudar a los pacientes a identificar sus recursos personales y potenciarlos para que estos puedan reforzar su autoestima y su capacidad de lidiar con el problema. Es por ello, que la terapia narrativa también ha mostrado efectos positivos en el tratamiento de otras problemáticas.

Por ejemplo, Yoosefi et al. (2014) reportaron que la terapia narrativa tuvo un impacto positivo en niños preadolescentes con ansiedad social, ya que ayudó que los participantes pudieran identificar y desarrollar narrativas alternas con el objetivo de potenciar la flexibilidad del comportamiento, que a su vez condujo a una reducción de los síntomas de la ansiedad social.

Respecto a la depresión, la terapia narrativa también ha mostrado eficacia. De acuerdo con White y Epston (1990 como se citó en Seo et al., 2015) cuando existe una abundancia de historias negativas puede llevar a la persona con depresión a identificarse demasiado con la historia saturada de problema. Es por ello por lo que Seo et al. (2015) realizaron un estudio con 50 pacientes, en el cual evaluaron el uso de la terapia narrativa para la depresión. Como resultado encontraron que la terapia narrativa mejoró los síntomas de depresión de los participantes y produjo resultados cognitivo-emocionales significativos, que incluyeron una mayor esperanza y una actitud positiva. Este estudio proporciona

evidencia de que la terapia narrativa puede ayudar a las personas con depresión a reconectarse con las emociones positivas y empoderarlas para que se vean a sí mismas como separadas de los problemas.

De hecho, en una revisión de alcance realizada por Hawke et al. (2023) encontraron que las psicoterapias que utilizan un enfoque narrativo tienen un impacto positivo en la depresión y que, además son bien aceptadas por pacientes con diferentes características. Es por ello por lo que se destaca el potencial de los principios y técnicas narrativas en el tratamiento de trastornos depresivos.

Capítulo 5. Reporte de caso

5.1 Objetivo

El objetivo del presente trabajo fue desarrollar una propuesta de intervención cognitivo conductual con apoyo de técnicas narrativas para reducir la sintomatología depresiva en un paciente que fue víctima de acoso escolar.

5.2 Participante

Masculino de 18 años, estudiante de primer semestre de licenciatura de la Universidad Nacional Autónoma de México, originario y residente de la Ciudad de México, nivel socioeconómico medio-bajo.

5.3 Escenario de atención

Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología mediante un conmutador telefónico que proporciona el Programa de Atención Psicológica a Distancia (PADP).

5.4 Mediciones

A. *Cuestionario para la detección de riesgos a la Salud Mental COVID-19*. Se administró a través de la plataforma <https://www.misalud.unam.mx/covid19/>, cuenta con una consistencia interna de alfa de Cronbach de 0.96 y está compuesto por cuatro secciones (basado en Cuevas et al., 2018; Goldberg et al., 2017; González, 2015; Velasco et al., 2006; Arrieta et al., 2017; Arroll et al., 2010; Mitchel et al., 2016); Morales-Chainé et al., 2019; Morales-Chainé, Palomero et al. (en prensa) como se citó en Morales-Chainé et al., 2020):

- a. Condición por COVID-19 (un reactivo de síntomas y un reactivo de pérdidas)
- b. Datos socioeconómicos

- c. Condiciones de salud mental (32 reactivos que evalúan: estrés agudo, distanciamiento/enojo, ansiedad generalizada, ansiedad de salud, somatización y evitación/ tristeza) con una escala de respuesta del cero al 10, donde cero representa: “nada” y 10 representa “extremadamente describe lo que siento”
 - d. Uso de bebidas alcohólicas y conductas violentas: consumo explosivo de alcohol (un reactivo con tres opciones de respuesta); y violencia (dos reactivos con opción de respuesta dicotómica: si o no)
- B. *Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9)*. Es una escala de tamizaje que mide la presencia y severidad de síntomas depresivos en las dos últimas semanas, está conformada por 9 ítems basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV (Cassiani et al., 2021). La escala cuenta con cuatro opciones de respuesta que van de 0 = “para nada” a 3 = “casi todos los días” con una puntuación total entre 0 y 27 puntos, permitiendo diferenciar la gravedad de la sintomatología depresiva con los siguientes puntos de corte de: ningún síntoma (0-4 puntos), sintomatología leve (5-9 puntos), sintomatología moderada (10-14 puntos), sintomatología moderada-severa (15-19 puntos) y sintomatología severa (20-27 puntos) (Kroenke et al., 2001). Cuenta con una consistencia interna de alfa de Cronbach = 0.83 (Pérez, 2022).
- C. Entrevista inicial donde se exploraron el motivo de consulta, antecedentes familiares, antecedentes psicológicos, relaciones interpersonales y desempeño académico.

5.5 Aspectos éticos

Al paciente se le aclaró, a través de un consentimiento informado, véase el Anexo 1, que su participación era totalmente voluntaria, libre de coerción y que era libre de abandonar

el proceso en cualquier momento, sin repercusión alguna. Adicionalmente, se le informó que la intervención sería supervisada por un profesional de la salud y que las llamadas serían grabadas con fines educativos y de investigación. Finalmente se corroboró que el paciente comprendiera la información y se firmó el consentimiento.

Durante todas las sesiones, se le pidió al paciente que buscara un lugar seguro y aislado en donde pudieran ocurrir las llamadas. En cada sesión se verificó este aspecto para que se sintiera cómodo y seguro.

Al finalizar la intervención, se le solicitó su consentimiento para reportar su caso clínico en este trabajo, salvaguardando su información personal, cambiando datos personales como su nombre y el de sus familiares, el paciente dio su consentimiento. En este trabajo se decidió nombrar Marco al paciente.

La intervención se apegó a los principios establecidos en el Código de Ética del Psicólogo Mexicano (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010). Es importante resaltar, en ese sentido que, debido a que la terapeuta era una alumna en formación, estuvo bajo supervisión clínica durante la intervención. Las supervisiones tenían una duración de una hora y se llevaban a cabo los martes a través de una videollamada de zoom con la Mtra. Ana Cecilia Falcó Pliego, supervisora del programa. Estas supervisiones consistían en brindar un resumen de la sesión, plantear propuestas de intervención, exponer dudas del caso y aportar ideas sobre bibliografía relacionada al caso.

5.6 Caso clínico

5.6.1 Datos generales

- Nombre: Marco
- Sexo: hombre
- Edad: 18 años

- Nacionalidad: mexicano
- Lugar de residencia: Ciudad de México
- Estado civil: Soltero
- Ocupación: Estudiante de licenciatura en la Facultad de Filosofía y Letras.

5.6.2 Motivo de consulta

Marco refiere que hace dos semanas tuvo un episodio de “bajón” (sic.), en el cual se siente desmotivado y muy triste, lo cual provocó que descuidara muchas áreas de su vida como la escuela, su familia y sus amigos. Después de este evento, identificó que no era normal que se sintiera de esta forma y decidió pedir ayuda. Él recuerda que este malestar emocional comenzó a presentarse desde que iba en la primaria, ya que constantemente tenía “episodios de rabia” (sic.). Aunque en la secundaria redujeron estos episodios, comenzó a notar episodios de depresión, lo que ocasionó que su rendimiento escolar se redujera y que estuviera a la defensiva en todo momento. Marco relaciona estos sucesos con el hecho de que sufrió bullying durante su educación básica y media superior debido a su aspecto físico pues considera que su figura corporal siempre fue grande. Finalmente, expresa que siente preocupación debido a que frecuentemente piensa en cómo y cuándo será su muerte. Menciona que hace siete años trató de cortarse con unas tijeras, sin embargo, no pudo lastimarse y descartó la idea porque se sintió incapaz. Posteriormente, en la preparatoria, intentó correr contra un autobús en movimiento, expresa que hizo esto ya que se sentía rechazado socialmente y tenía problemas en su rendimiento escolar. Refiere que actualmente no ha intentado autolesionarse.

5.6.3 Evaluación inicial: integración de resultados

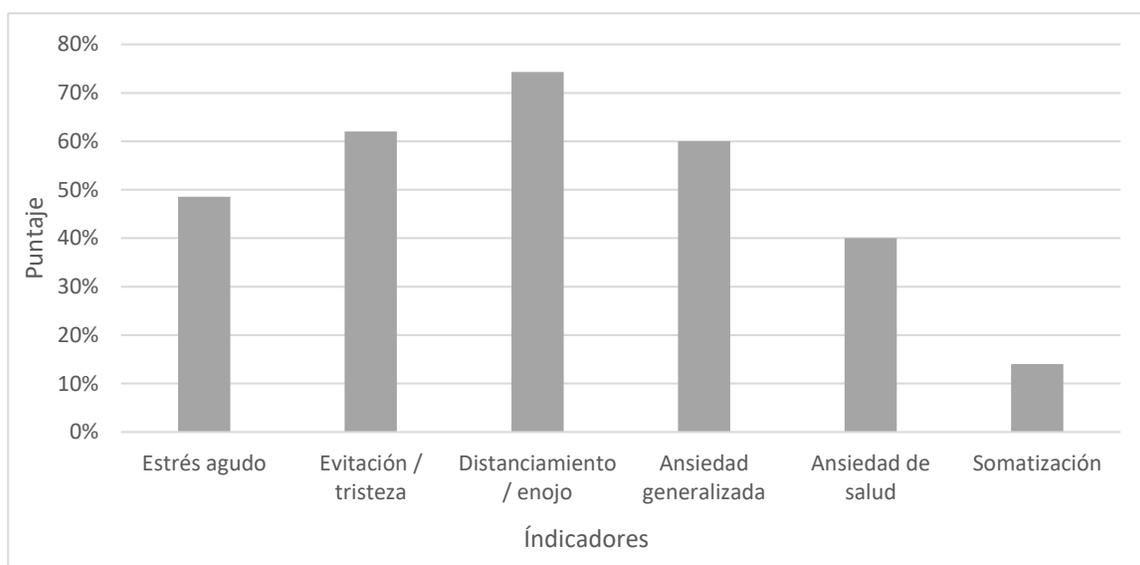
5.6.3.1 Pruebas

De acuerdo con los resultados del cuestionario para la detección de riesgos a la salud mental COVID-19, Marco presentó un riesgo alto de los indicadores de poca esperanza y

presenta haberse autolesionado o intentos para hacerse daño. Los indicadores más altos de acuerdo con sus respuestas fueron: distanciamiento/ enojo (74.29 %), evitación / tristeza (62.00 %) y ansiedad generalizada (60.00 %). En la figura 4 se muestran los porcentajes que obtuvo el paciente.

Figura 4.

Cuestionario para la detección de riesgos a la salud mental COVID-19: condiciones de salud mental.



Nota: La figura muestra los puntajes en porcentaje, obtenidos por el paciente en la sección que evalúa las condiciones de salud mental del cuestionario para la detección de riesgos a la salud mental COVID-19.

Así mismo, se aplicó el cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9) para evaluar la presencia y severidad de síntomas depresivos en las dos últimas semanas, en donde el paciente obtuvo una puntuación total de 19 puntos, lo que de acuerdo con Kroenke et al. (2001 como se citó en Saldivia et al., 2019) lo coloca en la categoría de gravedad moderada-severa (15-19 puntos).

5.6.3.2 Entrevista inicial

A. Descripción clínica

Paciente masculino con edad aparente a la cronológica, su lenguaje fue fluido, sin problemas de comprensión, mostraba un vocabulario extenso que iba de acuerdo con su nivel educativo. No presentaba ninguna dificultad para expresarse.

En cuanto a sus funciones cognitivas, el paciente se encontraba orientado en tiempo, lugar y persona. Mostraba buena memoria y atención (estos aspectos se pudieron observar en todas las sesiones).

Las emociones reflejadas eran congruentes con el discurso. Predominó la tranquilidad; sin embargo, cuando se hablaba respecto a las situaciones de acoso escolar, se percibía tristeza y enojo en su voz.

B. Antecedentes

a. Pasatiempos

En sus tiempos libres le gusta esculpir figuras con plastilina, leer historias de género fantástico, leer historietas, jugar videojuegos, tocar la guitarra, nadar y practicar artes de combate, ya que menciona que en este deporte puede controlar su fuerza. Así mismo mencionó que le gusta escuchar música.

b. Ámbito escolar

Es estudiante de literatura de primer semestre y acude a sus clases en el turno vespertino. Considera que su desempeño académico es bueno, sin embargo, suele estresarse mucho cuando va a comenzar un nuevo ciclo escolar debido a que debe relacionarse con nuevas personas.

c. Relaciones interpersonales

Actualmente cuenta con dos amigos cercanos, Mónica y Esteban. Sin embargo, expresa que le es difícil acercarse con nuevas personas de la escuela debido a que tiene miedo de ser juzgado o rechazado por estas.

Explicó que este temor se remonta a cuando tenía 10 años y sus compañeros de la escuela se burlaban de él o hacían comentarios de desaprobación respecto a su complexión física o su forma de ser. Específicamente, recuerda a uno de sus agresores, un compañero del salón, en quinto de primaria quien casi todos los días lo agredía física y psicológicamente por su aspecto físico.

En este sentido, refiere que cuando tiene que relacionarse o interactuar con sus pares, tiene dificultad pues se siente avergonzado y con miedo a ser rechazado. Así mismo, considera que debido a esto se pone a la defensiva para sentir menos miedo.

d. Estructura y dinámica familiar

Marco actualmente vive con sus padres, sus dos hermanos y su abuela materna, en la casa de esta última.

Respecto a su dinámica familiar, Marco refiere que la relación entre sus padres es fuerte y estable, pero que en el pasado hubo ocasiones donde su papá ejerció violencia física hacia su mamá y él trató de interponerse, por lo que fue él quien recibió los golpes.

Su padre se dedica a la política y lo describe como una persona seria, ambiciosa de reconocimiento y explosiva. Explicó que la relación que tiene con él es distante y nunca ha sentido una conexión muy grande. Además, suelen tener desacuerdos debido a su forma de pensar y expresarse.

Su madre es bombera y la describe como una persona voluble, desconfiada y apegada a la familia. Así mismo, explica que ella suele hacer comentarios hirientes respecto al peso corporal de Marco, lo cual le hace sentir triste y agredido.

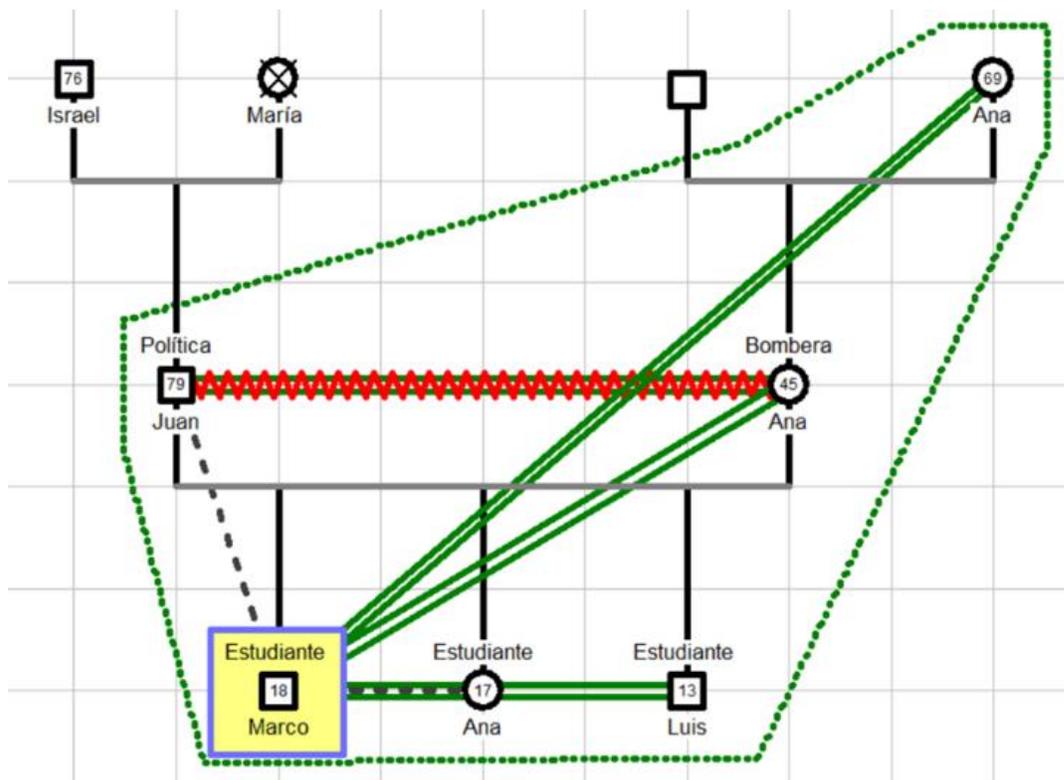
En cuanto a su hermana Ana refiere que algunas veces su relación es distante o desconfiada, así mismo, debido a sus diferentes formas de pensar y expresarse constantemente tienen desacuerdos. Mientras que con su hermano Luis, quien es el menor, considera tener una relación cercana y buena.

Finalmente, refiere que con su abuela materna mantiene una relación cercana, pero con las personas con las que se lleva mejor es con su mamá y su hermano Luis (todos los nombres han sido modificados para fines de confidencialidad).

5.6.3.3 Familiograma

Figura 5.

Familiograma de Marco



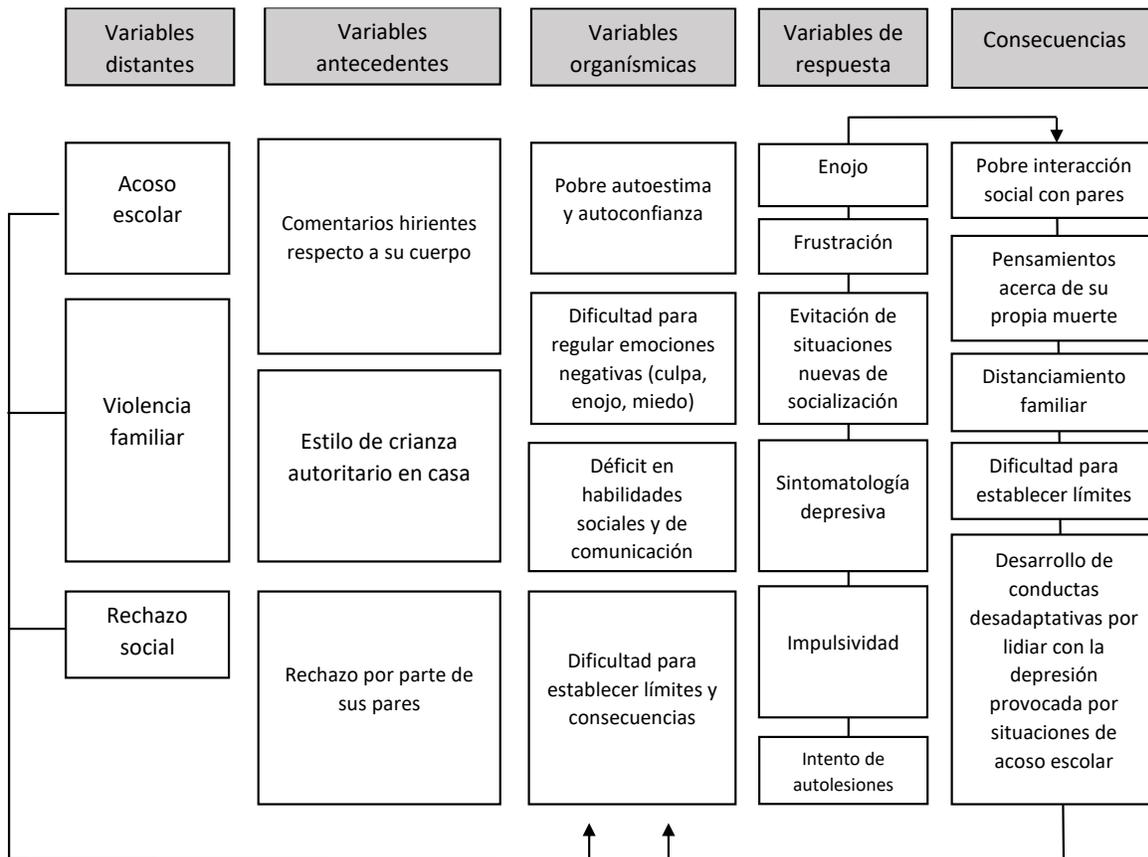
Nota: El familiograma hace énfasis en la estructura y dinámica familiar.

5.6.3.4 Mapa de psicopatogénesis

De acuerdo con Nezu et al. (2006 como se citó en Valencia-Ortiz y Ruíz-Elneque, 2013) se realizó el análisis funcional con base en la información obtenida en la evaluación inicial para desarrollar la formulación de caso, por lo que se elaboró el mapa de clínico de psicopatogénesis, véase Figura 6, donde se pudo observar la relación entre variables y las consecuencias que tienen en el paciente.

Figura 6.

Mapa clínico de psicopatogénesis



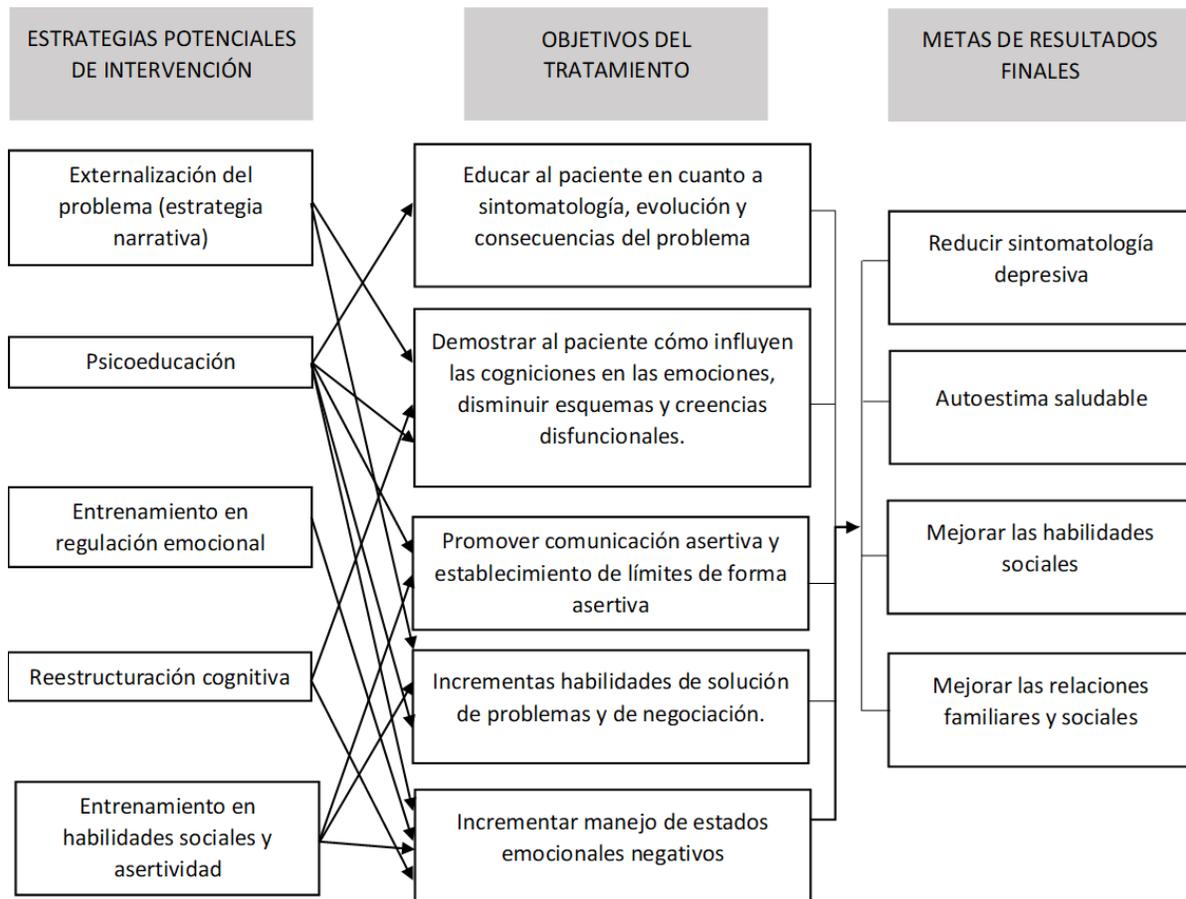
Nota: Representación pictográfica del análisis funcional de la relación de variables distantes, antecedentes, organísmicas, de respuesta y las consecuencias, correspondiente a la formulación de caso.

5.6.3.5 Mapa de alcance de metas

Una vez que se desarrolló la formulación del caso, se desarrolló el mapa de alcance de metas, véase Figura 7, donde se identificaron como objetivos de tratamiento disminuir los esquemas y creencias disfuncionales, promover la comunicación asertiva y el establecimiento de límites de forma asertiva, incrementar habilidades de solución de problemas y de negociación, así como incrementar el manejo apropiado de estados emocionales negativos.

Figura 7.

Mapa de alcance de metas



5.6.4 Proceso de intervención

Una vez contestado el cuestionario de detección de riesgos a la salud mental COVID-19 se comenzó la fase de evaluación inicial (primeras tres sesiones), posteriormente se inició la fase tratamiento (de la sesión cuatro a la sesión trece) y a partir de la sesión catorce se comenzó la fase de cierre. La intervención tuvo una duración total de 16 sesiones de una hora y se planeó basándose en la terapia cognitivo conductual con apoyo de algunas técnicas de terapia narrativa, tanto porque la combinación de estas ha resultado efectiva para el tratamiento de la depresión (Chadwick et al., 2014; Hawke et al., 2023) como porque el paciente refiere un alto sentido artístico en cuanto a la escritura, por lo que se pensó que se beneficiaría más de la combinación de técnicas. En la Tabla 7 se describen los objetivos propuestos a trabajar en cada sesión, así como las técnicas que se utilizaron en dicho proceso.

Tabla 7.

Descripción de objetivos por sesión

| Fase | Sesión | Objetivos específicos | Técnicas / Instrumentos |
|-------------------|------------------------|---|--------------------------------------|
| Evaluación | S1: Evaluación inicial | <ul style="list-style-type: none">• Leer, explicar y firmar consentimiento informado• Establecer alianza terapéutica• Realizar un encuadre del proceso de intervención• Conocer el motivo de consulta• Ahondar en los resultados del cuestionario de detección de riesgos | Entrevista no estructurada |
| | S2: Evaluación inicial | <ul style="list-style-type: none">• Continuar con la evaluación inicial: conocer antecedentes personales, familiares, psicológicos, académicos, etc.• Aplicar el PHQ-9 | Entrevista semiestructurada PHQ-9 |
| | S3: Evaluación inicial | <ul style="list-style-type: none">• Realizar entrevista de devolución de las posibles variables que intervienen en el surgimiento de una patología (mapa de psicopatogénesis)• Establecer objetivos | Mapa de psicopatogénesis |

| | | | |
|--------------------|---|--|--|
| Tratamiento | S4: Externalización de la problemática | <ul style="list-style-type: none"> • Convertir la problemática en una entidad externa • Conocer los efectos que el problema tiene sobre la persona | Externalización a través de una escultura de arcilla y un cuento (técnica narrativa) |
| | S5: Psicoeducación de la depresión y del modelo cognitivo de la depresión. | <ul style="list-style-type: none"> • Brindar psicoeducación del modelo cognitivo de la depresión • Brindar psicoeducación respecto a la depresión • Incentivar la programación de actividades | Psicoeducación Implementación de actividades agradables |
| | S6: Psicoeducación del modelo cognitivo-conductual | <ul style="list-style-type: none"> • Explicar el modelo cognitivo-conductual de la generación de emociones • Demostrar al paciente cómo influyen las cogniciones en las emociones • Entrenar al paciente en la identificación de pensamientos, emociones y conductas | Psicoeducación Autorregistros |
| | S7: Psicoeducación del modelo cognitivo-conductual | <ul style="list-style-type: none"> • Entrenar al paciente en detectar pensamientos automáticos y someter el pensamiento a prueba (reestructuración cognitiva) | Autorregistros Diálogo Socrático |
| | S8: Entrenamiento en la regulación emocional | <ul style="list-style-type: none"> • Brindar psicoeducación respecto a la identificación, expresión y regulación emocional • Debatir pensamientos irracionales | Psicoeducación Autorregistro Diálogo Socrático |
| | S9: Entrenamiento en regulación emocional | <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación respecto a la identificación, expresión y regulación emocional • Debatir pensamientos irracionales | Psicoeducación Diálogo Socrático |
| | S10: Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad | <ul style="list-style-type: none"> • Expresar molestia, desagrado o enfado • Fortalecer redes de apoyo y relaciones interpersonales | Club de vida Cartas de despedida (técnica narrativa) Implementación de actividades agradables con otros/as |
| | S11: Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad | <ul style="list-style-type: none"> • Brindar psicoeducación respecto al establecimiento de límites (defensa de los derechos) • Desarrollar un sistema de creencias que mantenga respeto por los derechos propios y por los de los demás • Debatir creencias irracionales respecto a los derechos propios y los límites (reestructuración cognitiva) | Psicoeducación Juego de roles Técnicas de comunicación asertiva Diálogo socrático |

| | | | |
|---------------|---|--|---|
| | S12: Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad | <ul style="list-style-type: none"> • Brindar psicoeducación respecto a la comunicación asertiva • Distinguir entre conductas asertivas, no asertivas y agresivas | Psicoeducación Técnicas de comunicación asertiva Juego de roles Diálogo Socrático |
| | S13: Acontecimientos extraordinarios | <ul style="list-style-type: none"> • Reconocer los éxitos que el paciente ha tenido afrontando la dificultad • Fortalecer la autoestima y autoconfianza | Acontecimientos extraordinarios (técnica narrativa) |
| Cierre | S14: Reforzamiento de aprendizajes y prevención de recaídas | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar logros del proceso terapéutico • Reforzar aprendizajes • Prevenir recaídas | Mis logros durante el proceso ... |
| | S15: Reforzamiento de aprendizajes y prevención de recaídas | <ul style="list-style-type: none"> • Despedir al problema • Generalizar los resultados obtenidos a otras situaciones que probablemente el paciente pueda vivir | Carta para despedir al problema (técnica narrativa) |
| | S16: Cierre y evaluación final | <ul style="list-style-type: none"> • Integrar lo trabajado • Invitar al paciente a que describa su proceso de terapia • Aplicar PHQ-9 | PHQ-9 |

A continuación, se realizará un breve resumen de cada sesión y el análisis de los elementos de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia narrativa utilizados en cada una de las sesiones.

5.6.4.1 Fase de evaluación inicial

Sesión 1

Una vez que el participante contestó el cuestionario de detección de riesgos a la salud mental COVID-19 se llevó a cabo la primera sesión donde se leyó el consentimiento informado, se comprobó que el paciente comprendió la información y posteriormente se firmó de forma digital. En esta primera sesión se estableció rapport con el paciente, haciéndole saber que podía expresar todo lo que él quisiera y que se mantendría confidencial. Se realizó la entrevista inicial a través de una entrevista semiestructurada, donde se obtuvieron datos sociodemográficos y se conoció el motivo de consulta. A

continuación, se ahondó en los resultados obtenidos en el cuestionario de detección de riesgos a la salud mental COVID-19. Posteriormente, se realizó el encuadre de las sesiones telefónicas, estableciendo el horario y fecha de estas, así como su duración. Se le explicó que abordaríamos su tratamiento desde el marco cognitivo conductual y se le aclaró al paciente que la atención psicológica era parte de un programa de servicio social de la Facultad de Psicología y que la terapeuta estaría supervisada durante todo el proceso por la supervisora del programa.

Sesión 2

En la segunda sesión se continuó con la evaluación de antecedentes personales y familiares, con el objetivo de realizar el familiograma y el mapa de psicopatogénesis. Así mismo, se aplicó el cuestionario de salud del paciente (PHQ-9).

Sesión 3

En la tercera sesión se explicó y se discutió el mapa de psicopatogénesis con Marco para corroborar si la información se estaba entendiendo de forma correcta o si se podía añadir más información que ayudara a comprender mejor el problema. En este sentido, el paciente identificó que el bullying ha sido una problemática que ha traído consecuencias negativas en su forma de relacionarse con otros y de verse así mismo. Además, externó que sería importante añadir al mapa de psicopatogénesis su preocupación y miedo acerca de la muerte como una consecuencia, ya que pensaba mucho en cómo sería su muerte, cuándo iba a morir y eso le causaba miedo.

Finalmente, en esta tercera sesión, se pidió al paciente que explicara cuáles podrían ser los objetivos para trabajar en la intervención. En este sentido, refirió que deberían estar enfocados en reducir los síntomas de depresión, tener mejores relaciones interpersonales, aprender a manejar sus emociones y mejorar su autoestima.

En estas tres primeras sesiones, además de realizar la evaluación inicial, se comenzó a establecer una relación terapéutica con el paciente caracterizada principalmente por empatía y respeto.

5.6.4.2 Fase de tratamiento

Sesión 4

En la cuarta sesión se hizo uso de una estrategia narrativa, la externalización, con el objetivo de que el paciente pudiera diferenciarse del problema, así como separarse de los relatos dominantes abriendo la oportunidad de disminuir la sensación de frustración que él percibía ante la persistencia del problema. En este sentido, se optó por utilizar el arte como una forma para externalizar el problema, además que se indagó que el paciente tenía gusto por la escultura en arcilla. Así bien, se le pidió que a través de una figura de arcilla y a través de una historia pudiera representar el problema que lo había llevado a solicitar atención psicológica y que también le diera un nombre a dicha problemática.

En el Anexo 2 se muestra una fotografía de la escultura realizada por Marco. Como se observa en el anexo, la figura tenía un aspecto parecido a una bestia con garras largas y picos en la espalda, toda la figura era de color azul y no parecía tener rostro. En este sentido el paciente refirió que si pudiera darle un nombre a su problema sería “Yurka”. Explicó que hizo una figura grande ya que él desde bebé fue muy grande y sus familiares y compañeros se lo hacían notar mediante comentarios hirientes. Mencionó que debido a su complejión física y su forma de ser siempre le decían que era diferente, lo rechazaban y le hacían burla. Expresó que lo hacían sentir como sí él fuera una “bestia”. Asimismo, explicó que su escultura tenía un puño como si fuera a dar un golpe ya que siempre se había considerado con mucha fuerza, pero esta misma fuerza le daba miedo ya que temía lastimar a alguien, por eso no la ocupaba. A pesar de que muchas personas pudieran percibirlo

como una persona agresiva debido a su figura corporal, más bien creía que las personas lo veían como un “tonto”.

Aunado a la escultura, Marco redactó la siguiente historia respecto a Yurka:

Mas allá del bosque, lejos de todo y todos, se dice que hay una cueva muy oscura y profunda, dicha cueva la habita una criatura gigantesca y aterradora a la que llaman Yurka; las pocas personas que han descrito a la bestia dicen que mide más de cuatro metros, que tiene escamas y horrorosos picos en todo su cuerpo, enormes fauces llenas de colmillos afilados y que observa con unos ojos rojos como el fuego; aquellos que ven al monstruo huyen despavoridos tras oír un alarido que hiela los huesos.

Pero tal criatura que puede parecer completamente inhumana tiene un origen completamente trágico, pues se dice alguna vez fue una persona de buen y noble corazón, la cual fue herida por quienes confiaba y amaba, trasformadose en este ser por dicho despecho, que ahora caza a todo aquel que se acerca a su hogar, pues ya no controla la rabia de la bestia, destruyendo todo lo que observa, desconfiando de todo lo que le rodea y al mismo tiempo, llorando con desesperanza con cada alarido que suelta, pues la persona que alguna vez fue, añora con gran ilusión que terminen con su sufrir y así soñar con un mundo en el que nunca se volvió este monstruo ansioso de venganza.

Como resultado de esta técnica, Marco pudo identificar que este monstruo comenzó a parecer desde que él tenía 10 años ante las burlas de sus compañeros y los comentarios de desaprobación por parte de su entorno. En este sentido se interpretó que, para Marco, Yurka es una bestia que surgió como resultado de haber experimentado rechazo y burlas respecto a su aspecto físico a lo largo de su vida y que, a su vez, le ha traído como

consecuencia desesperanza, baja autoestima, desconfianza, dificultad para relacionarse con otros, así como síntomas de depresión.

A partir de la externalización del problema se validaron las emociones de Marco y él pudo reconocer la influencia del problema en su vida, refiriendo que este problema ha generado que él sienta inseguridad, desconfianza, miedo a ser rechazado, soledad y asilamiento. Así mismo, se le invitó a unirse a una lucha contra Yurka y no contra él mismo.

Sesión 5

Debido a que la sintomatología depresiva se mostraba como una de las consecuencias más graves al momento de la evaluación inicial, de acuerdo con los resultados encontrados en el cuestionario de detección de riesgos a la salud mental COVID-19, al Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) y a la entrevista inicial, en la sesión número cinco se abordó la psicoeducación respecto a la depresión, iniciando con un video llamado “The Black Dog” (World Health Organization, 2012) el cual es un video de concientización que aborda la depresión, sus impactos y la importancia de solicitar ayuda psicológica.

Una vez que Marco vio el video, regresó a la llamada y refirió que su monstruo Yurka era como el perro negro del video, ya que algunas veces él se sentía atrapado dentro de este, como si esta bestia tuviera el control sobre cómo se siente o actúa. Ante esto se habló respecto a los síntomas y el impacto que la depresión puede traer a la vida de las personas que la llegan a vivir. En este sentido refirió sentirse identificado con al menos seis de los síntomas (estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o de placer, sensación de cansancio o pérdida de energía, sentimientos de culpa o minusvalía, pensamiento suicida e irritabilidad) al menos durante las últimas dos semanas.

A continuación, se explicó el modelo cognitivo de la depresión, donde se abordó la tríada cognitiva, así como las distorsiones cognitivas. En este sentido, se identificaron distorsiones cognitivas en su discurso tales como: catastrofismo “no hay remedio”, “no hay solución para mí”; leer la mente “las personas me ven como un tonto”; atribución “haga lo que haga siempre voy a recibir un mal trato por mi forma de ser, yo soy el culpable”; y específicamente, identificó la abstracción selectiva ya que refirió que suele enfocarse más en los aspectos negativos que a los positivos. Por lo mismo expresó que no le gusta recibir halagos porque no sabe cómo reaccionar.

Adicionalmente, se le explicó que la activación conductual era una herramienta importante en el tratamiento de la sintomatología depresiva, por lo que el paciente acordó implementar el ejercicio físico durante 20 minutos al día.

Sesión 6

En esta sesión se brindó psicoeducación respecto al modelo cognitivo-conductual de la generación de emociones, demostrando al paciente como cómo influyen las cogniciones en las emociones. Posteriormente, se entrenó al paciente para que pudiera llevar un autorregistro (Tabla 8) sobre su estado emocional a lo largo del día y conocer ante qué situaciones, personas o conductas se incrementa o disminuye su malestar. Aunado a esto, se le explicó que el autorregistro sería de utilidad para debatir cogniciones que surgen ante acontecimientos y buscar evidencia para poder confirmar dichas cogniciones o refutarlas.

Tabla 8.

Autorregistro diario de mis pensamientos y emociones.

| Situación | Pensamiento automático | Respuesta fisiológica | Emoción | Respuesta |
|------------------|-------------------------------|------------------------------|----------------|------------------|
|------------------|-------------------------------|------------------------------|----------------|------------------|

| | | | | |
|--|----------------------|------------------------------------|------------------|--------------------------------|
| Mamá hace un comentario respecto a mi peso | “Me está agrediendo” | Aumento de la temperatura corporal | Tristeza y enojo | Agresión verbal hacia mi madre |
|--|----------------------|------------------------------------|------------------|--------------------------------|

Nota: En esta tabla se muestra un ejemplo de un registro diario de Marco.

Sesión 7

En esta sesión se comenzó a entrenar al paciente en detectar pensamientos automáticos, mediante autorregistros y someterlos a prueba a través del diálogo socrático. Por ejemplo, uno de los pensamientos automáticos que se pudo someter a prueba fue: “no puedo interactuar con personas nuevas porque me van a rechazar”. Para alcanzar el objetivo que se buscaba con el diálogo socrático se fue guiando al paciente mediante preguntas tales como: ¿cuál es la evidencia en que te basas para pensar que te van a rechazar esas personas nuevas? ¿todas las personas nuevas que has conocido te han rechazado?, entre otras, con el objetivo de que el paciente llegara a cuestionar sus cogniciones disfuncionales y las pudiera sustituir por otras más funcionales. Como consecuencia del debate socrático, el paciente identificó que no todas las personas lo han rechazado, pues algunos de sus mejores amigos, alguna vez fueron “personas nuevas”.

Sesión 8

En la sesión ocho se comenzó a brindar psicoeducación respecto a la regulación emocional. En este sentido, se comenzó abordando algunos mitos respecto a las emociones y se debatieron con el objetivo de desmentirlos. Así mismo, se abordaron cuáles eran las emociones básicas, su importancia y función en la vida de los seres humanos.

Como resultado de la sesión el paciente explicó que había identificado que suele reprimir sus emociones para aparentar que está bien, en especial con su mamá; sin

embargo, también se ha percatado de las consecuencias de “guardarse” las emociones, específicamente el enojo, pues se va “engrandeciendo” y cuando sale, muchas veces lo hace de una forma que puede herir a las personas que lo rodean y eso le da “mucho miedo” pues no quiere convertirse en Yurka.

Sesión 9

En esta sesión se continuó con el entrenamiento en regulación emocional en donde se abordó la identificación de emociones a través de autorregistros, así mismo, se abordó la expresión de emociones invitando al paciente a utilizar frases tales como: “estoy molesto porque...”; “tengo miedo de...”; “me siento alegre cuando...”. En cuanto a la expresión de emociones, Marco se sentía muy preocupado pues tenía un pensamiento irracional el cual se basaba en que, si él le externaba a otra persona que las acciones de esta que le habían hecho sentir tristeza, enojo o vergüenza; la otra persona se sentiría mal consigo misma, por ello, él prefería guardarse esa emoción con tal de que la otra persona no se sintiera mal consigo misma. En este sentido, se abordó el cuestionamiento socrático para debatir este pensamiento desadaptativo. Como resultado Marco reflexionó que tiene derecho a experimentar y expresar sus propias emociones sin tener que sentirse culpable o egoísta.

Aunado a esto se trabajó en la gestión emocional, donde se puso especial atención en el enojo y la tristeza que Yurka le hacía experimentar, en este sentido se implementaron técnicas de respiración, tiempo fuera y técnica DEPA (detener, enlentecer, pensar y actuar).

Sesión 10

En la sesión diez se utilizó una técnica narrativa llamada club de vida, la cual se puede utilizar cuando se percibe que una persona se siente atrapada por su problema. En este sentido, la técnica se utilizó como un medio para que Marco pudiera expresar sus

emociones ante las situaciones de acoso escolar que experimentó durante la primaria y secundaria, ya que se identificó que el paciente tenía dificultad para expresar su enojo debido a que tenía miedo de expresarlo de forma agresiva, como lo haría Yurka. Así mismo, se decidió utilizar esta técnica para fortalecer las redes de apoyo de Marco e implementar actividades agradables con otros.

En primer lugar, se le pidió a Marco que realizara un listado de todas las personas que han sido importantes en su vida, no importaba que estas ya hayan fallecido, incluso podía incluir mascotas. En segunda instancia, se le pidió que reflexionara sobre la influencia que cada uno de estos personajes había tenido en su historia de vida. A partir de aquí, primero se abordaron las personas a las que él consideraba como positivas y se le preguntó qué aprendió de ellas y cómo habían influido en su vida.

El paciente expresó que las personas que han influido en su vida de manera positiva son muchas, sin embargo, de manera general habló de su papá, su mamá, su mejor amiga Mónica, su mejor amigo Esteban y su mascota Chester, quien ya falleció.

En la segunda parte del ejercicio, se abordaron a las personas que él consideraba que habían tenido una influencia negativa en su vida. En este sentido mencionó que una de las personas que más destaca en este aspecto, es Manuel (su nombre fue cambiado por confidencialidad), quien fue un compañero de salón en quinto de primaria que siempre lo criticaba, lo molestaba, lo agredía física y psicológicamente. Refirió que aún siente rencor y enojo hacia él, pues explicó que en su momento lo único que pudo hacer fue alejarse y aprender que es importante alejarse de lo que te hace daño sin decir nada.

A continuación, se le pidió al paciente que reflexionara e identificará qué socios le gustaría que se mantuvieran en su club de vida y qué socios necesitaba despedir. Ante esto, el paciente explicó que le era difícil hacer esta despedida, pues muchos de ellos

incluso ya se habían vuelto parte de él, sin embargo, sería importante decirles adiós para poder construir un nuevo club, con miembros que hagan crecer el club y no que lo mantengan en peligro. Ante esto, se le pidió al paciente realizar cartas para despedir a aquellos socios que tienen que irse, como Manuel y externarle el enojo que siente por lo que le hizo en el pasado. Así mismo, se le invitó a realizar actividades con las personas que quiere que se mantengan en su club, como invitarlas a platicar, a realizar alguna actividad que ambos disfruten realizar, entre otras actividades.

Sesión 11

En esta sesión se brindó psicoeducación respecto a los derechos asertivos básicos, así como de los procedimientos defensivos para que el paciente pudiera rechazar peticiones de forma adecuada y establecer límites claros para proteger sus propios derechos, por ejemplo: defender su espacio, tiempo, gustos, ideas, entre otros, así como romper el patrón de interacción destructivo e injusto para remplazarlo por una comunicación e interacción respetuosa. En este sentido, el paciente identificó y describió una situación particular en donde él no había podido establecer un límite para proteger sus propios derechos, explicó lo que normalmente haría en una situación similar y, posteriormente, se dio inicio a analizar e identificar las posibles cogniciones desadaptativas que influían en esa conducta, para poder debatirlas.

A continuación, se buscaron alternativas de respuesta ante esta situación y se brindaron técnicas asertivas tales como disco rayado, la técnica DESC (describir, expresar, especificar, y consecuencias, por sus siglas en inglés), banco de niebla e interrogación negativa. Estas técnicas se pusieron en práctica a través del juego de roles, en donde la terapeuta a través del modelado explicó cómo se tendría que llevar a cabo la técnica, Posteriormente, el paciente la practicó en el mismo juego de roles.

Sesión 12

En esta sesión y complementando el tema de la sesión once, se brindó psicoeducación respecto a la comunicación asertiva donde el paciente pudo distinguir entre conductas asertivas, no asertivas y agresivas. En ese sentido, se brindaron distintos ejemplos sobre estas conductas e identificó que en ocasiones consideraba tener un estilo de comunicación dicotómica, es decir, en ocasiones su estilo es no asertivo ya que no expresa lo que siente ante una situación injusta o amenazante o bien, cede ante peticiones que no quisiera aceptar. Por otro lado, existen momentos en donde su estilo de comunicación es agresivo pues emplea conductas agresivas, como violencia verbal.

A continuación, con ejemplos particulares de los autorregistros del paciente, se llevó a cabo un ejercicio de juego de roles donde se pusieron en práctica las técnicas asertivas revisadas la sesión anterior, así como técnicas de regulación emocional, con el objetivo de que Marco pudiera lograr encontrar un punto neutro (asertividad) al momento de comunicarse en una situación amenazante. Al finalizar, se identificaron posibles cogniciones desadaptativas y se debatieron a través del cuestionamiento socrático.

Sesión 13

Para fomentar la autoconfianza y fortalecer la autoestima se utilizó una estrategia narrativa llamada búsqueda de acontecimientos extraordinarios en la cual el paciente identificó los momentos en los cuales ha tenido éxito al afrontar o vencer el problema (Yurka). En este sentido, se utilizó una doble descripción, donde se atribuyó lo negativo a al problema y todo lo positivo a él. Así mismo, se visibilizaron las habilidades o fortalezas con las que cuenta y que le han ayudado a afrontar el problema. Por ejemplo, se le explicó que algunas de sus habilidades eran la amabilidad, la resiliencia y la empatía, lo que le

había permitido “levantarse” ante las situaciones difíciles y no permitir que los síntomas de depresión y el enojo que sentía pudieran vencerlo.

5.6.4.3 Fase de cierre

Sesión 14

El objetivo de esta sesión fue que el paciente pudiera identificar sus logros a lo largo del proceso terapéutico. Aunado a reforzar aprendizajes y prevenir recaídas. Para lograrlo, se utilizó una dinámica en donde el paciente tenía que completar la frase “mis logros durante el proceso...”.

Como resultado de la sesión el paciente identificó que ha mejorado su capacidad de regular sus emociones, sobre todo el miedo al rechazo, lo que le ha llevado a dejar de evitar actividades donde tiene que interactuar con otras personas. Por otro lado, identificó que es una persona protectora pero que en ocasiones también necesita pedir ayuda.

Se percató que anteriormente cuando se llegaba a equivocar, su reacción era de avergonzarse de sí mismo, lo que le hacía evitar situaciones que implicaban interactuar con sus pares o familia. Sin embargo, ahora se ríe de sí mismo, y trata de seguir con sus actividades sin “darle tantas vueltas al asunto”. Eso además le ha permitido disfrutar las cosas que antes le gustaba hacer, como salir con amigos, convivir con su familia, entre otras.

Aunado a lo anterior, Marco explicó que ha reflexionado que es una persona que tiene múltiples cualidades, pero la que más le gusta es que, pese a lo difícil que sea la situación siempre se “levanta”, y que ha aprendido que mientras se “levanta” es bueno ser amable y paciente consigo mismo y no autocastigarse.

Finalmente, se reforzó todo lo aprendido por el paciente en sesiones anteriores y se explicó la importancia de no abandonar las prácticas que se aprendieron y realizaron durante el proceso, aunque se hayan terminado las sesiones, dándose a sí mismo una razón para mantenerlas y prevenir las recaídas.

Sesión 15

En esta sesión se buscó generalizar los resultados obtenidos en el proceso terapéutico a otras situaciones que probablemente el paciente pueda vivir con el objetivo de prevenir recaídas.

Así mismo, Marco despidió al problema, en sentido figurado, a través de una carta de despedida:

Querida Yurka:

Tal parece que hemos estado atados por más o menos 7 años, y en todo ese tiempo nunca nos habíamos conocido y presentado como es debido, has estado por ahí, acechando y controlando varias cosas sin que supiera de tu existencia; pero al fin nos conocemos y durante estos casi tres meses he aprendido mucho de ti y al mismo tiempo de mí. Esto no significa que dejaré que todas esas acciones e ideas vuelvan a guiar mi día a día, que no pueda levantar la mano por miedo o explotar como loco cuando se nublen las cosas, no, yo ya te conocí, yo ya te deje manejar las riendas durante mucho tiempo, y ahora es momento de que tú me conozcas, que veas que no dejaré que mi cielo se nuble de oscuridad, que soy alguien que buscará siempre ese cielo azul y a veces estrellado; porque sí, estará oscuro a veces, pero tendré a las mil y un lunas y estrellas para recordar que habrá luz.

No siempre veré esa luz, ya sé que no es un camino feliz y derecho el que me aguarda para el resto de mis días, pero ¿sabes? Quiero recorrer esa extraña montaña rusa, pero no contigo aplastando mis ánimos e intensificando mi ira, no, lo recorreré riendo, llorando, enojándome y amando: porque ahora entiendo que así es la vida, que no siempre voy a sonreír y que está bien, que puedo llorar porque necesito ayuda y que puedo enojarme sin lastimar a nadie y mucho menos a mí mismo.

Ahora sigo en un tope del sendero que voy a recorrer, pero confío en que saldré y que, si caigo o tropiezo en otro de estos obstáculos, tendré más conocimiento y experiencia para salir y seguir caminando. Un placer conocerte Yurka, aún no te puedo decir adiós del todo, pero ya no recorreremos este camino de forma opuesta, lo haremos juntos hasta que sea la hora de irte.

Sesión 16

En esta sesión de cierre se integraron los elementos trabajados a manera de resumen. Así mismo el paciente describió su proceso de terapia, señalando como había llegado y con que aprendizajes se iba. Aunado a esto, se abordaron los elementos que se podrían seguir trabajando en un futuro.

Ante esto, Marco refirió que llegó con mucha tristeza, enojo y miedo que lo inmovilizaban y lo oprimían, haciéndolo sentir depresión y llevándolo a que se aislara de sus amigos, compañeros y familia, o bien, llevándolo a reaccionar de forma agresiva con algunos de estos seres cercanos o incluso hacia él mismo. Sin embargo, a lo largo del proceso aprendió a expresar y manejar sus emociones de forma más adecuada, a comunicarse de forma asertiva y a tener una mayor autoconfianza. Situación que, refirió, lo hacía sentir tranquilo, feliz y con confianza.

Refirió que le gustaría, en un futuro no lejano, seguir recibiendo atención psicológica pues le gustaría seguir aprendiendo de sí mismo y sus emociones, así como reforzar aún más su autoestima y autoconfianza.

Finalmente, se aplicó el PHQ-9 y se le explicó a Marco que dentro de tres meses se le volvería a contactar para aplicar el mismo cuestionario a manera de seguimiento.

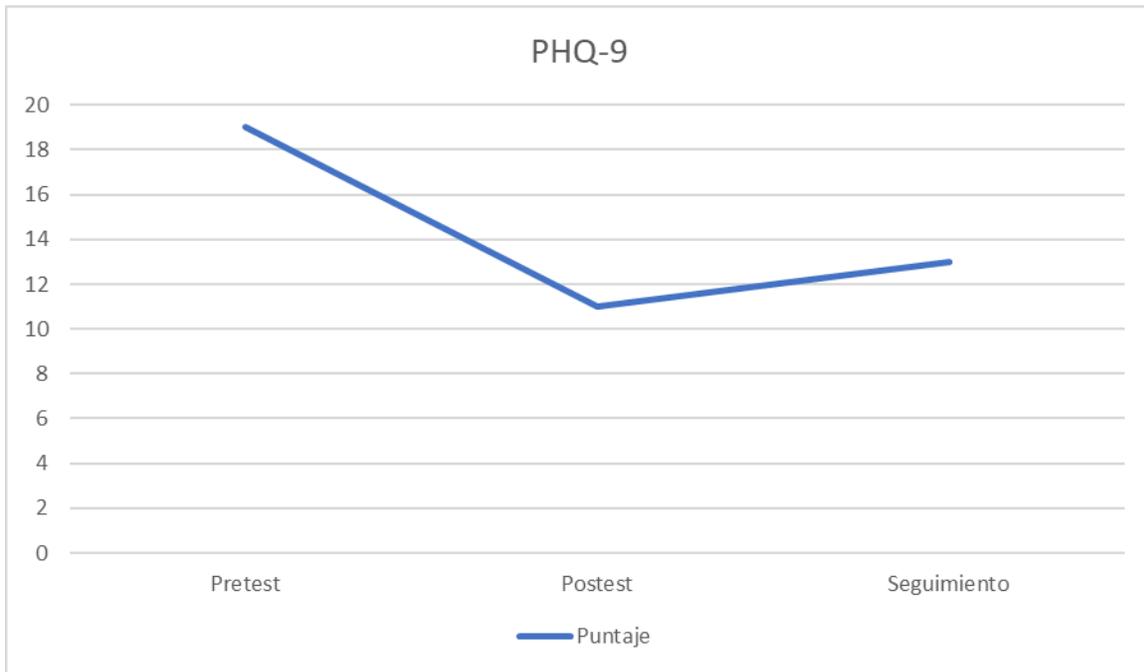
5.6.5 Resultados de la intervención

Para evaluar de forma cuantitativa los resultados de la intervención clínica se utilizó un diseño de reporte de caso con pretest, post test y medición de seguimiento. En el pretest se evaluó cómo se encontraban los niveles de sintomatología depresiva (variable dependiente) antes de la intervención. Posteriormente, se aplicó el tratamiento (variable independiente) y una vez finalizado el tratamiento se realizó un post test de la variable dependiente. Finalmente, se realizó una tercera medición de seguimiento para evaluar la consistencia del cambio logrado en el proceso tres meses después del post test.

Las tres mediciones se realizaron con ayuda del Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9) y se muestran en la figura 8. Los resultados de estas mediciones señalan que antes de la intervención el nivel de la sintomatología depresiva era de gravedad moderada a severa (19 puntos), pero al finalizar la intervención se redujeron los niveles de sintomatología a gravedad moderada (11 puntos). Y tres meses después se encontró que los niveles de la sintomatología depresiva se habían mantenido en gravedad moderada (13 puntos).

Figura 8.

Niveles de depresión antes, después y tres meses después de la intervención.



Estos resultados se pueden comparar con los resultados cualitativos observados en el proceso terapéutico. En este sentido, se recurrió a las metas terapéuticas propuestas al inicio de la intervención como un indicador tanto para la terapeuta como para el paciente, ya que indican en qué medida se lograron. Las metas a trabajar propuestas para este proceso de intervención fueron reducir los síntomas de depresión, mejorar las relaciones interpersonales, mejorar la autoestima y reducir la atribución de culpa.

En este caso, se observaron y reportaron cambios importantes en la evolución de la sintomatología depresiva (para su disminución) durante y después del proceso, debido a que Marco percibía que su estado de ánimo había mejorado considerablemente y además había comenzado a realizar ciertas actividades que había dejado de disfrutar (p. ej. acudir a convivios familiares, jugar video juegos, escribir cuentos, entre otros).

Además, el paciente reportó y la terapeuta identificó un incremento de componentes percibidos de bienestar en sus relaciones interpersonales (p. ej. refirió tener una mejor relación con los miembros de su familia y pudo conformar un grupo de amigos con los cuales se sentía feliz y en confianza, le daba menos temor participar en clase, entre otros). En cuanto a las habilidades sociales también se identificó un incremento en las habilidades para comunicarse y defender sus propios derechos (establecer límites) esto se pudo evaluar a través del juego de roles, en donde se le presentaban situaciones similares a las que le habían ocurrido o que pudieran ocurrirle en algún momento dado.

En cuanto a la regulación emocional, se identificó que para el paciente el enojo y la tristeza eran difíciles de expresar y regular por lo que particularmente se trabajó con estas emociones, como resultado se disminuyó la atribución de culpa ligada al hecho de experimentar emociones y sentimientos que pudieran considerarse como negativos, específicamente el enojo a sus acosadores, por lo que se le validó su enojo y lo pudo expresar.

Así mismo, como resultado de la intervención, el paciente se diferenció del problema, lo que lo llevó a percibirse de una forma más saludable, ya que sus creencias personales sobre sus propias habilidades, sus relaciones sociales y sus logros personales fueron reestructurados y evaluados de forma más positiva, que lo llevaron a mejorar la evaluación de sí mismo y aumentar su autoconfianza ante actividades de interacción con pares.

Discusión y conclusiones

Se hace necesario resaltar que la violencia es un problema social, cultural y político que influye en la salud mental de las personas. No obstante, existen casos en los que no se examinan los contextos de violencia familiar, social o institucional que atraviesan la mayoría de las personas con psicopatologías o problemas psicológicos (Trujillo-Correa, 2020) y como consecuencia, se suele patologizar a la persona, haciéndole creer que ese problema es individual e inherente a esta.

En el caso del acoso escolar, este afecta y se ve afectado a su vez por el contexto (Flannery et al., 2023). Como se sabe, lamentablemente el acoso escolar es uno de los factores de riesgo más importantes en el desarrollo de depresión, ansiedad, autolesiones, comportamiento suicida, baja autoestima, entre otros (Moore et al., 2017; Balluerka, 2023) y estas consecuencias pueden presentarse a corto y largo plazo, persistiendo incluso en la adultez. Ejemplo de esto es el caso de Marco, con quien se trabajó esta intervención clínica, Marco reportó síntomas de depresión, afectación de su propia imagen, autolesiones, dificultad para gestionar sus emociones, así como dificultad para interactuar con otros por la reducción de habilidades sociales. Este caso deja ver que lastimosamente, la violencia que sufrió Marco fue generalizada, puesto que además de recibirla en la escuela, también se identificó que sufrió otros tipos de violencia como la familiar (por ejemplo, cuando su mamá criticaba su cuerpo) o por género (por ejemplo, cuando de forma implícita o explícita se solicita que un niño “aguante”, aprenda a “pelear y defenderse”, o cuando él era testigo de la violencia de su padre hacia su madre). Así cuando un niño vive en un contexto generalizado de violencia, es más complicado que los adultos cercanos le protejan o le ayuden a habilitarse para desarrollar estrategias efectivas para resolver la situación, haciendo más probable que los efectos emocionales y psicológicos negativos se acentúen.

Cuando se menciona que el bullying se ve afectado, influido o intensificado por el contexto se está haciendo referencia a la importancia que tiene el entorno en el que se desarrolla la persona, puesto que este ambiente puede facilitar los recursos para que el acoso se detenga o, como en el caso de Marco, no visibilizar la importancia de los recursos y en cierta forma negárselos. Esto se observa en la contradicción expresada por Marco cuando dijo no querer demostrar su tristeza para evitar que los demás supieran que estaba mal o que era débil, pero, por otro lado, tampoco podía expresar su enojo debido a que tenía miedo de hacerlo de forma agresiva.

También es importante notar que cuando la violencia se da entre hombres, inmediatamente se ponen en marcha los estereotipos sociales de género, en donde lo masculino está relacionado a la virilidad y la fuerza, que a su vez se ve reflejado en el estilo de crianza autoritario por parte de su padre y en la violencia física que este ejercía hacia la madre de Marco. Es decir, de acuerdo a estas expectativas, se espera que los varones sean fuertes, que impongan y que, ante agresiones, se puedan defender solos (“si te pegan, no te dejes”, “tú también pégale”) lo que puede resultar en menor atención y apoyo por parte de la familia y sociedad, lo que hace que muchas veces se ignoren sus necesidades físicas y emocionales (Song et al., 2023) dificultando que estos expresen sus emociones o necesidades y que se vean involucrados en más comportamientos de intimidación; así mismo, puede dificultar que pidan ayuda o le cuenten a otros que son víctimas de bullying ya que podrían sentir miedo de ser señalados por ser “débiles” o atribuir que su “debilidad” es la razón por la que son intimidados.

Los resultados clínicos observados en el paciente indican un cambio en el procesamiento de la información gracias a la reestructuración cognitiva y a las conversaciones externalizantes, reduciendo la atribución de culpa y otros errores del procesamiento de la información como la abstracción selectiva, la generalización y la

personalización; estos mismos hallazgos se reportaron en el estudio de Garnefski y Kraaij (2014 como se citó en Rajabi et al., 2016) que reportaron que por medio de la reestructuración cognitiva se disminuyeron los síntomas depresivos en pacientes víctimas de acoso escolar. Por su parte Fung (2017), también observó resultados similares en una intervención de 10 sesiones en la que se redujeron las diversas formas de victimización, la depresión y la ansiedad.

Además, Marco logró identificar sus recursos personales para lidiar con el problema, lo cual reforzó su autoestima, pasando de “soy un tonto” o “no hay remedio, haga lo que haga siempre voy a recibir un mal trato por mi forma de ser”, a “soy resiliente”, “soy amable”, “necesito ser paciente conmigo mismo” y “soy valioso”. En este sentido, aunque no se utilizó un instrumento para evaluar los niveles de autoestima, en la literatura se ha reportado que la autoestima y el autoconcepto positivos son factores de protección para la perpetración y victimización de bullying (Boulton et al., 2010; Farrington, 2020; Tambelli et al., 2012, como se citó en Tsaousis, 2016).

Así mismo, se identificó una mejora en las habilidades sociales, principalmente en la regulación emocional ya que Marco pasó de reprimir sus emociones y creer que el enojo era sinónimo de agresión a reflexionar que: “puedo llorar porque necesito ayuda y puedo enojarme sin lastimar a nadie y mucho menos a mí mismo”. Este cambio coincide con la literatura en la que se ha descrito que las intervenciones cognitivo-conductuales que buscan mejorar las habilidades sociales pueden tener impactos positivos en la regulación emocional y en que la persona incluso logra resolver problemas interpersonales con sus pares de forma asertiva y no violenta (Silva et al., 2018).

Aunado a esto, se identificó un cambio de conducta en la interacción social, reconociendo que, anteriormente, cuando se equivocaba en la escuela, su reacción era esconderse y sentirse mal consigo mismo; sin embargo, ahora “se ríe de sí mismo, y trata

de seguir sin darle tantas vueltas al asunto”. Esta misma situación le ayudó a poder realizar actividades de interacción con otros logrando cambiar su miedo de ser “rechazado” a crear un nuevo grupo de amigos en la Facultad. Estos mismos hallazgos se reportaron en el estudio de Silva et al. (2018) en donde la intervención en la habilidades sociales tuvo un impacto positivo en el aumento de la calidad de las interacciones sociales y en el desarrollo de relaciones de amistad. Así mismo, este cambio coincide con lo reportado por Trujano (2004) quien encontró que a través de conversaciones externalizantes y la búsqueda de acontecimientos extraordinarios, la persona logra generar nuevas redes de apoyo e involucrarse en actividades que implican interacción social.

También se observó que los síntomas de depresión se redujeron, pasando de una gravedad de síntomas moderada-severa a una gravedad moderada que se mantuvo tres meses después de la intervención. Este cambio coincide con la literatura en la que se ha descrito que la combinación de la TCC y la terapia narrativa son efectivas para la reducción de síntomas de depresión y ansiedad, así como el aumento de la autoestima (Chadwick et al., 2014). Por su parte Rajabi et al. (2016), Fung (2017), Vanega-Romero et al. (2018) y Reay et al. (2020), encontraron que las intervenciones basadas en las TCC pueden producir un impacto positivo en la reducción de síntomas depresivos.

Por estos hallazgos, se puede concluir que la intervención psicológica fue efectiva en este caso; además, es importante resaltar que los tratamientos psicológicos pueden ayudar aun cuando ha pasado tiempo, incluso años después de las conductas de acoso escolar, como es el caso de Marco. Por esta razón, es importante realizar intervenciones clínicas (incluidas intervenciones de prevención) que cuenten con una perspectiva de detectar y enfatizar la influencia de la violencia sobre los malestares psicológicos y sobre los trastornos mentales, puesto que la violencia es un factor de riesgo latente en la reducción de las habilidades sociales, la autoestima y el desarrollo de psicopatologías

diversas (p. ej. la depresión o la ansiedad) (Lazarevich et al., 2013; Bottino et al., 2015; Moore et al., 2017; Balluerka et al., 2023). Así mismo, los profesionales de salud tienen la obligación de visibilizar la violencia y hacerle ver la persona que esa psicopatología o problema psicológico no es un problema individual exclusivamente, sino que el contexto tiene un papel muy importante sobre los problemas psicológicos y también para que la persona logre mejorar o se mantenga el problema (Trujillo-Correa, 2020).

También es muy importante analizar los casos clínicos desde la perspectiva de género y ayudar a las personas detectar qué aprendizajes y roles estereotipados (Kite, 2001 como se citó en Barberá, 2004; Sastre y Moreno, 2004) están influyendo en el problema y cómo puede esa persona contrarrestar los efectos negativos de esas formas de presión social, cuanto más si se trata de atender a víctimas de violencia.

Finalmente, se concluye que esta intervención cognitivo-conductual a distancia, basada en llamadas telefónicas, fue efectiva en el tratamiento de la sintomatología depresiva, lo que se asemeja con lo reportado por otros autores como Charron y Gorey (2022). Los resultados de esta investigación también concuerdan con los de Sockalingam et al. (2019) pues este tipo de intervención permitió establecer una buena alianza terapéutica y una gran adhesión al tratamiento por parte del paciente, a pesar de los procesos a larga distancia. En ese sentido, se puede conceptualizar la telepsicología como una práctica alternativa a la atención presencial y de esta forma contribuir a cerrar la brecha en salud mental.

Limitaciones y futuras líneas de investigación

En futuras investigaciones será importante implementar diseños de N=1 para evaluar sistemáticamente los cambios que tiene la intervención destinada a atender la depresión en víctimas de acoso escolar; igualmente sería deseable evaluar con diseños

que aporten mayor control experimental, como los diseños de ensayos clínicos aleatorizados. En investigaciones como esta, no obstante, fue complicado implementar alguna de estas alternativas debido a la premura de atención que se tiene en espacios como el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila, puesto que muchos de los pacientes, ya tienen en espera al menos dos semanas antes de llegar a un programa de atención, así que se optó por el diseño pretest-postest.

También es recomendable incluir otras variables para la comparación antes y después del tratamiento, por ejemplo, la variable autoestima o habilidades sociales, puesto que estas son factores que se modifican también con una intervención como la que se evaluó en este trabajo y es deseable reconocer con más claridad el impacto sobre los puntajes en estas.

Finalmente, es necesario integrar epistemologías con perspectivas de género para el estudio de estos casos como este, pues en nuestro país aún existen pocos reportes de investigación que integren estos métodos al trabajo psicológico clínico (Timm et al., 2011), pero que además de integrar las técnicas narrativas, permite la deconstrucción de ideas y supuestos sociales que han sido invisibilizados (Reyes et al., 2017).

Referencias

- American Psychological Association (2017). *What is Cognitive Behavioral Therapy?* Apa.org. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/cognitive-behavioral>
- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. *The American Psychologist*, 61(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.61.4.271>
- American Psychological Association. (2010). *Trastornos de la ansiedad: el papel de la psicoterapia en el tratamiento eficaz*. Apa.org. <https://www.apa.org/topics/anxiety/tratamiento>
- Andreou, E., Tsermentseli, S., Anastasiou, O., & Kouklari, E.-C. (2021). Retrospective accounts of bullying victimization at school: Associations with post-traumatic stress disorder symptoms and post-traumatic growth among university students. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 14(1), 9–18. <https://doi.org/10.1007/s40653-020-00302-4>
- Arenas-Landgrave, P., De la Rosa-Gómez, A., Carreón-Martínez, A. E., Esquivel-González, D., Martínez-Luna, S. C., Hernández-Aguirre, O., Olivares-Avila, S. M., Plata-Ochoa, A. Y., González-Santiago, E., & Domínguez-Rodríguez, A. (2022). Atención psicológica vía chat desde una plataforma de salud mental ante la COVID-19. *Revista de Investigación En Psicología*, 25(2), 185–202. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v25i2.22916>
- Armitage, R. (2021). Bullying in children: impact on child health. *BMJ Paediatrics Open*, 5(1), e000939. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2020-000939>
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ta edición)*. Editorial Médica Panamericana.

- Azúa-Fuentes, E., Rojas-Carvalho, P., & Ruiz-Poblete, S. (2020). Acoso escolar (bullying) como factor de riesgo de depresión y suicidio. *Revista chilena de pediatría*, 91(3), 432–439. <https://doi.org/10.32641/rchped.v91i3.1230>
- Baca-Garcia, E., Perez-Rodriguez, M. M., Oquendo, M. A., Keyes, K. M., Hasin, D. S., Grant, B. F., & Blanco, C. (2011). Estimating risk for suicide attempt: are we asking the right questions? Passive suicidal ideation as a marker for suicidal behavior. *Journal of Affective Disorders*, 134(1–3), 327–332. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.06.026>
- Baeza-Velasco, C. (2007). Tratamientos eficaces para el Trastorno de Ansiedad Social. *Cuadernos de Neuropsicología*, 1(2), 127–138. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-41232007000200004
- Balluerka, N., Aliri, J., Goñi-Balentziaga, O., & Gorostiaga, A. (2023). Association between bullying victimization, anxiety and depression in childhood and adolescence: The mediating effect of self-esteem. *Revista de Psicodidáctica (English Ed)*, 8(1), 26-34. <https://doi.org/10.1016/j.psicoe.2022.11.001>
- Banting, R., & Lloyd, S. (2017). A case study integrating CBT with narrative therapy externalizing techniques with a child with OCD: How to flush away the Silly Gremlin. A single-case experimental design. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing: Official Publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc*, 30(2), 80–89. <https://doi.org/10.1111/jcap.12173>
- Barberá, E. (2004). Perspectiva socio-cognitiva: estereotipos y esquemas de género. En *Psicología y Género* (pp. 55–80). Pearson.
- Barzilay, S., Brunstein Klomek, A., Apter, A., Carli, V., Wasserman, C., Hadlaczky, G., Hoven, C. W., Sarchiapone, M., Balazs, J., Keresztesy, A., Brunner, R., Kaess, M., Bobes, J., Saiz, P., Cosman, D., Haring, C., Banzer, R., Corcoran, P., Kahn, J.-P.,

- Wasserman, D. (2017). Bullying victimization and suicide ideation and behavior among adolescents in Europe: A 10-country study. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 61(2), 179–186. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.02.002>
- BBC News Mundo. (2022, febrero 17). *Drayke Hardman: el desgarrador mensaje de la madre de un niño de 12 años que se suicidó tras sufrir bullying en la escuela en EE.UU.* BBC. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-60425185>
- Beck Institute Cares. (2020, diciembre 21). *Cognitive Behavior Therapy*. Beck Institute. https://cares.beckinstitute.org/about-cbt/?_gl=1*12r7f45*_ga*MjA3Mjc1MzM5M5My4xNjc0NDk5NiQy*_ga_61J27G9LMB*MTY3NjE0ODU5OS4zLjAuMTY3NjE0ODU5OS42MC4wLjA.
- Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy. (2021, abril 16). *Understanding CBT*. Beck Institute. <https://beckinstitute.org/about/understanding-cbt/>
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 49–58. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(96\)00069-1](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(96)00069-1)
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (2011). Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II (Adaptación española: Sanz, J., y Vázquez, C.). Pearson.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy, second edition: Basics and beyond* (2a ed.). Guilford Publications.
- Berg, M., Lindegaard, T., Flygare, A., Sjöbrink, J., Hagvall, L., Palmebäck, S., Klemetz, H., Ludvigsson, M., & Andersson, G. (2022). Internet-based CBT for adolescents with low self-esteem: a pilot randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 51(5), 388–407. <https://doi.org/10.1080/16506073.2022.2060856>

- Berger, K. (2016). *Los años escolares: el desarrollo psicosocial. En Psicología del Desarrollo: Infancia y Adolescencia*. Medica Panamericana.
- Bettencourt, A. F., Clary, L. K., Ialongo, N., & Musci, R. J. (2023). Long-term consequences of bullying involvement in first grade. *Journal of School Psychology, 97*, 63–76. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2023.01.004>
- Biswas, T., Scott, J. G., Munir, K., Thomas, H. J., Huda, M. M., Hasan, M. M., David de Vries, T., Baxter, J., & Mamun, A. A. (2020). Global variation in the prevalence of bullying victimisation amongst adolescents: Role of peer and parental supports. *EClinicalMedicine, 20*(100276), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100276>
- Blakeslee, T., Snethen, J., Schiffman, R. F., Gwon, S. H., Sapp, M., & Kelber, S. (2021). Adolescent characteristics, suicide, and bullying in high school. *The Journal of School Nursing: The Official Publication of the National Association of School Nurses, 105984052110382*. <https://doi.org/10.1177/10598405211038235>
- Blood, G. W., & Blood, I. M. (2016). Long-term consequences of childhood bullying in adults who stutter: Social anxiety, fear of negative evaluation, self-esteem, and satisfaction with life. *Journal of Fluency Disorders, 50*, 72–84. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2016.10.002>
- Boletín de Información Clínica Terapéutica de la Academia Nacional de Medicina. (2012). El trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de La Facultad de Medicina de La UNAM, 56*(4), 53–55. <https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v56n4/v56n4a9.pdf>
- Bottino, S. M. B., Bottino, C. M. C., Regina, C. G., Correia, A. V. L., & Ribeiro, W. S. (2015). Cyberbullying and adolescent mental health: systematic review. *Cadernos de Saude Publica, 31*(3), 463–475. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00036114>
- Boulton, M. J., Smith, P. K., & Cowie, H. (2010). Short-term longitudinal relationships between children's peer victimization/bullying experiences and self-perceptions:

Evidence for reciprocity. *School Psychology International*, 31(3), 296–311.

<https://doi.org/10.1177/0143034310362329>

Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17–31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>

Butler, J. L., VI, & Lynn, R. A. (2007). Bullying: A family and school system treatment model. *The American Journal of Family Therapy*, 36(1), 18–29.

<https://doi.org/10.1080/01926180601057663>

Caballo, V. E. (2007). *Manual de evaluación y tratamiento de habilidades sociales*. Siglo XXI de España.

Caballo, V. E., Olivares, J., López-Gollonet, C., Irurita, M. J., & Rosa, A. I. (2003). Una revisión de los instrumentos para la evaluación de la fobia social: algunos datos empíricos. *Psicología Conductual*, 11(3), 538–562.

<https://www.behavioralpsycho.com/producto/una-revision-de-los-instrumentos-para-la-evaluacion-de-la-fobia-social-algunos-datos-empiricos/>

Caballo, V. E., Salazar, I. C., Olivares, P., Irurtia, M. J., Olivares, J., & Toledo, R. (2014). Evaluación de las habilidades sociales: estructura factorial y otras propiedades psicométricas de cuatro medidas de autoinforme. *Psicología Conductual*, 22(3), 375–399. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/01.Caballo_Evaluacion_22-3oa.pdf

https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/01.Caballo_Evaluacion_22-3oa.pdf

Calvo-Gómez, J. M., & Jaramillo-González, L. E. (2015). Detección del trastorno depresivo mayor en atención primaria. Una revisión. *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia*, 63(3), 471–482.

<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.46424>

Cambridge Dictionary. (2022). *Bullying*. Cambridge University Press.

<https://dictionary.cambridge.org/es/diccionario/ingles/bullying>

- Cañas-Pardo, E. (2018). Acoso escolar: características, factores de riesgo y consecuencias. *Revista Doctorado UMH*, 3(1), 7.
<https://doi.org/10.21134/doctumh.v3i1.1371>
- Cassiani, C. A., Cuadros, A. K., Torres, H., Scoppetta, O., Pinzón, J. H., López, W. Y., Paez, A., Cabanzo, D. F., Ribero, S., & Llanes, E. R. (2021). Validez del Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9) para cribado de depresión en adultos usuarios de Atención Primaria en Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 50(1), 11–21. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.09.001>
- Castonguay, L. G., Eubanks, C. F., Goldfried, M. R., Muran, J. C., & Lutz, W. (2015). Research on psychotherapy integration: Building on the past, looking to the future. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 25(3), 365–382. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1014010>
- Chadwick, P. M., Smyth, A., & Liao, L.-M. (2014). Improving self-esteem in women diagnosed with turner syndrome: Results of a pilot intervention. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 27(3), 129–132.
<https://doi.org/10.1016/j.jpag.2013.09.004>
- Chand, S. P., & Arif, H. (2022). *Depression*. StatPearls Publishing.
- Charron, C. M., & Gorey, K. M. (2022). Virtual versus face-to-face cognitive behavioral treatment of depression: Meta-analytic test of a noninferiority hypothesis and men's mental health inequities. *Depression Research and Treatment*, 2022, 2972219.
<https://doi.org/10.1155/2022/2972219>
- Chávez-Becerra, M., & Aragón-Borja, L. E. (2017). Relación entre habilidades sociales y bullying. *Revista Digital de Psicología y Ciencias Sociales*, 3(1), 21–37.
<https://doi.org/10.22402/j.rdiipycs.unam.3.1.2017.41.21-37>

- Choi, B., & Park, S. (2021). Bullying perpetration, victimization, and low self-esteem: Examining their relationship over time. *Journal of Youth and Adolescence*, 50(4), 739–752. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01379-8>
- Choque-Larrauri, R., & Chirinos-Cáceres, J. L. (2009). Eficacia del Programa de Habilidades para la Vida en Adolescentes Escolares de Huancavelica, Perú. *Revista de Salud Pública*, 11(2), 169-181.
- Combs, G., & Freedman, J. (2012). Narrative, poststructuralism, and social justice: Current practices in narrative therapy. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 1033–1060. <https://doi.org/10.1177/0011000012460662>
- Comisión Nacional Contra las Adicciones. (2021). Centro de atención ciudadana La Línea de la Vida. <https://www.gob.mx/tramites/ficha/centro-de-atencion-ciudadana-lalineade-la-vida/CONADIC3414>
- CONAPRED. (2017a). *Encuesta Nacional sobre Discriminación. Prontuario de resultados*. http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Enadis_Prontuario_Ax.pdf
- CONAPRED. (2017b). *Encuesta Nacional sobre Discriminación: Resultados sobre adolescentes y jóvenes*. https://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/ENADIS_Resultados_AyJ_web_Ax.pdf
- Contreras, Y., Sánchez, L. D., & Valencia, D. (2022). Telepsicología aplicada a trastornos del estado del ánimo durante la pandemia por Covid -19: revisión integradora de literatura [Tesis de Especialización en Psicología Clínica y Autoeficacia Personal]. Universidad El Bosque. <http://hdl.handle.net/20.500.12495/6701>
- Crawford, N. (1999). Conundrums and confusion in organisations: the etymology of the word “bully.” *International Journal of Manpower*, 20(1/2), 86–94. <https://doi.org/10.1108/01437729910268678>

- Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Cipriani, A., & Furukawa, T. A. (2019). Effectiveness and acceptability of cognitive behavior therapy delivery formats in adults with depression: A network meta-analysis: A network meta-analysis. *JAMA Psychiatry (Chicago, Ill.)*, 76(7), 700–707. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0268>
- De la Plaza, M., & González, H. (2019). El acoso escolar: factores de riesgo, protección y consecuencias en víctimas y acosadores. *Revista de Victimología*, 9, 99–131. <https://doi.org/DOI10.12827/RVJV.9.01>
- DeRosier, M. E. (2004). Building relationships and combating bullying: Effectiveness of a school-based social skills group intervention. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 33(1), 196–201. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3301_18
- Dobrin-De Grace, R., Carvalho, D., Courtney, D. B., & Aitken, M. (2023). Suicidal behaviour and ideation among adolescents during the COVID-19 pandemic. *Current Opinion in Psychology*, 52(101650), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101650>
- Echeburúa, E., Amor, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F. P., & Muñoz, J. M. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia Psicológica*, 34(2), 111–128. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082016000200004>
- Eliot, M., & Cornell, D. G. (2009). Bullying in middle school as a function of insecure attachment and aggressive attitudes. *School Psychology International*, 30(2), 201–214. <https://doi.org/10.1177/0143034309104148>
- Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. (2020). Programa de contención emocional. <http://www.eneo.unam.mx/enfermeriacallcenter/>

- Espino, E., Ortega-Rivera, J., Ojeda, M., Sánchez-Jiménez, V., & Del Rey, R. (2022). Violence among adolescents: A study of overlapping of bullying, cyberbullying, sexual harassment, dating violence and cyberdating violence. *Child Abuse & Neglect*, 134(105921), 105921. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105921>
- Esteller-Cano, À., Buil-Legaz, L., López-Penadés, R., Aguilar-Mediavilla, E., & Adrover-Roig, D. (2022). Retrospective bullying trajectories in adults with self-reported oral language difficulties. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 57(3), 578–592. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12708>
- Fanti, K. A., & Kimonis, E. R. (2012). Bullying and victimization: The role of conduct problems and psychopathic traits. *Journal of Research on Adolescence: The Official Journal of the Society for Research on Adolescence*, 22(4), 617–631. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2012.00809.x>
- Farrington, D. (2020). The importance of risk factors for bullying perpetration and victimization. *Jornal de Pediatria*, 96(6), 667–669. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2020.04.003>
- Fernández, B., la Vega R., D., & Jiménez, E. (2015). Conceptos de violencia escolar y bullying: una mirada desde las representaciones gráficas y sociales. En *Bullying: Estampas infantiles de la violencia escolar: exploraciones psicológicas* (pp. 136–153). Manual Moderno.
- Ferraz de Camargo, L., & Rice, K. (2020). Positive reappraisal moderates depressive symptomology among adolescent bullying victims. *Australian Journal of Psychology*, 72(4), 368–379. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12288>
- Flannery, D. J., Scholer, S. J., & Noriega, I. (2023). Bullying and school violence. *Pediatric Clinics of North America*. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2023.06.014>
- Foa, E. B., McLean, C. P., Zang, Y., Zhong, J., Rauch, S., Porter, K., Knowles, K., Powers, M. B., & Kauffman, B. Y. (2016). Psychometric properties of the posttraumatic stress

- disorder Symptom Scale Interview for DSM-5 (PSSI-5). *Psychological Assessment*, 28(10), 1159–1165. <https://doi.org/10.1037/pas0000259>
- Freeman, J., Epston, D., & Lovobits, D. (2001). Historias de esperanza. En *Terapia narrativa para niños: Aproximación a los conflictos familiares a través del juego* (pp. 81–107). Paidós.
- Frías, S. M. (2014). Ámbitos y formas de violencia contra mujeres y niñas: evidencias a partir de las encuestas. *Acta Sociológica*, 65, 11–36. [https://doi.org/10.1016/S0186-6028\(14\)70235-X](https://doi.org/10.1016/S0186-6028(14)70235-X)
- Fung, A. L.-C. (2017). Cognitive-behavioural group therapy for pure victims with internalizing problems: An evidence-based one-year longitudinal study. *Applied research in quality of life*. <https://doi.org/10.1007/s11482-017-9553-4>
- Gabaldón, S. (2005). Sobre la violencia en las aulas: el fenómeno “Bullying.” *Bioética & Debate*, 39–57(3), 7–8.
- Gallego-Villa, O. (2009). Diseño y pilotaje de un programa de entrenamiento en habilidades sociales para estudiantes de psicología de una universidad privada de Bogotá. *Psychologia. Avances de La Disciplina*, 3(2), 55–80. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225531003>
- Gamble, N., Boyle, C., & Morris, Z. A. (2015). Ethical practice in telepsychology. *Australian Psychologist*, 50(4), 292–298. <https://doi.org/10.1111/ap.12133>
- Garaigordobil, M., Mollo-Torrico, J. P., & Larrain, E. (2018). Prevalencia de bullying y cyberbullying en Latinoamérica: una revisión. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 11(3), 1–18. <https://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/ripsicologia/article/view/1435-4972>
- Gartlehner, G., Wagner, G., Matyas, N., Titscher, V., Greimel, J., Lux, L., Gaynes, B. N., Viswanathan, M., Patel, S., & Lohr, K. N. (2017). Pharmacological and non-

- pharmacological treatments for major depressive disorder: review of systematic reviews. *BMJ Open*, 7(6), e014912. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014912>
- Gil, G. B. (2015). Intervención cognitivo-conductual con el niño agresor en un caso de acoso escolar. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2(1), 25–31. <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=477147185003>
- Gismero-González, E. (2022). *EHS: Escala de habilidades sociales*. TEA Ediciones.
- Gökkaya, F. (2017). Peer bullying in schools: A cognitive behavioral intervention program. En *Child and Adolescent Mental Health* (pp. 167–182). InTech. <https://doi.org/10.5772/66701>
- Gómez-León, M. I. (2021). Disminución de la ansiedad en las víctimas del bullying durante el confinamiento por el COVID-19. *RED: Revista de Educación a Distancia*, 21(65), 1–20. <https://doi.org/10.6018/red.439601>
- Gómez-Nashiki, A. (2013). Bullying: El poder de la violencia. Una perspectiva cualitativa sobre acosadores y víctimas en escuelas primarias de Colima. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 18(58), 839–870. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-66662013000300008
- Gómez-Ortiz, O., Del Rey, R., Casas, J.-A., & Ortega-Ruiz, R. (2014). Parenting styles and bullying involvement. *C&E, Cultura y Educación*, 26(1), 132–158. <https://doi.org/10.1080/11356405.2014.908665>
- Gong, Z., Reinhardt, J. D., Han, Z., Ba, Z., & Lei, S. (2022). Associations between school bullying and anxiety in children and adolescents from an ethnic autonomous county in China. *Psychiatry Research*, 314(114649), 114649. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114649>

- Graham, S., & Juvonen, J. (1998). Self-blame and peer victimization in middle school: An attributional analysis. *Developmental Psychology, 34*(3), 587–599.
<https://doi.org/10.1037/0012-1649.34.3.587>
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *The British Journal of Medical Psychology, 32*(1), 50–55. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>
- Harmer, B., Lee, S., Duong, T. V. H., & Saadabadi, A. (2023). *Suicidal Ideation*. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Hasselle, A. J., Napier, T. R., & Howell, K. H. (2023). Children's self-perception: Investigating associations with direct victimization, indirect victimization, and caregiver partner violence. *Children and Youth Services Review, 144*(106738), 106738. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106738>
- Hawke, L. D., Nguyen, A. T. P., Rodak, T., Yanos, P. T., & Castle, D. J. (2023). Narrative-based psychotherapies for mood disorders: A scoping review of the literature. *SSM. Mental Health, 3*(100224), 100224. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2023.100224>
- Hervías, P., Gonzalvo, M., Moreno, A., Sánchez, P., & Correas, J. (2022). Salud mental en la adolescencia (I). Ansiedad y depresión. *Medicine, 13*(61), 3581–3589.
<https://doi.org/10.1016/j.med.2022.08.001>
- Holt, M. K., Kaufman Kantor, G., & Finkelhor, D. (2009). Parent/child concordance about bullying involvement and family characteristics related to bullying and peer victimization. *Journal of School Violence, 8*(1), 42–63.
<https://doi.org/10.1080/15388220802067813>
- Hong, J. S., Kim, D. H., deLara, E. W., Wei, H.-S., Prisner, A., & Alexander, N. B. (2021). Parenting style and bullying and victimization: Comparing foreign-born Asian, U.S.-born Asian, and white American adolescents. *Journal of Family Violence, 36*(7), 799–811. <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00176-y>

- Hosozawa, M., Bann, D., Fink, E., Elsdon, E., Baba, S., Iso, H., & Patalay, P. (2021). Bullying victimisation in adolescence: prevalence and inequalities by gender, socioeconomic status and academic performance across 71 countries. *EClinicalMedicine*, 41(101142), 101142. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101142>
- Howell, C. R. (2021). *Bullying*. Gale Science Online Collection. <https://link.gale.com/apps/doc/RFTTEL029932602/SCIC?u=unam&sid=bookmark-SCIC&xid=021cf111>
- Ibáñez-Tarín, C., & Manzanera-Escartí, R. (2012). Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria (I). *Semergen*, 38(6), 377–387. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2011.07.019>
- Jobes, D. A. (2016). *Managing suicidal risk: A collaborative approach* (2nd ed.). Guilford Publications.
- Johansson, S., Myrberg, E., & Toropova, A. (2022). School bullying: Prevalence and variation in and between school systems in TIMSS 2015. *Studies in Educational Evaluation*, 74(101178), 101178. <https://doi.org/10.1016/j.stueduc.2022.101178>
- Juárez, A. (2006). *Manual para el tratamiento cognoscitivo-conductual de pacientes con trastorno por pánico* [Universidad Nacional Autónoma de México]. <http://132.248.9.195/pd2007/0612053/Index.html>
- Juvonen, J., & Graham, S. (2014). Bullying in schools: The power of bullies and the plight of victims. *Annual Review of Psychology*, 65(1), 159–185. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115030>
- Kaltiala-Heino, R., & Fröjd, S. (2011). Correlation between bullying and clinical depression in adolescent patients. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 2, 37–44. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S11554>

- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Laith, R., & Vaillancourt, T. (2022). The temporal sequence of bullying victimization, academic achievement, and school attendance: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 64(101722), 101722. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2022.101722>
- Lambie, G. W., & Milsom, A. (2010). A narrative approach to supporting students diagnosed with learning disabilities. *Journal of Counseling and Development: JCD*, 88(2), 196–203. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2010.tb00009.x>
- Langford, K., McMullen, K., Bridge, L., Rai, L., Smith, P., & Rimes, K. A. (2022). A cognitive behavioural intervention for low self-esteem in young people who have experienced stigma, prejudice, or discrimination: An uncontrolled acceptability and feasibility study. *Psychology and Psychotherapy*, 95(1), 34–56. <https://doi.org/10.1111/papt.12361>
- Lazarevich, I., Irigoyen, M. E., Sokolova, A. V., & Delgadillo, H. J. (2013). Violencia en el noviazgo y salud mental en estudiantes universitarios mexicanos. *Global Health Promotion*, 20(3), 94–103. <https://doi.org/10.1177/1757975913499032>
- León-Moreno, C., Martínez-Ferrer, B., Musitu Ochoa, G., & Moreno Ruiz, D. (2019). Victimización y violencia escolar: el rol de la motivación de venganza, evitación y benevolencia en adolescentes. *Revista de psicodidáctica*, 24(2), 88–94. <https://doi.org/10.1016/j.psicod.2018.12.001>
- Lereya, S. T., Copeland, W. E., Costello, E. J., & Wolke, D. (2015). Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries. *The Lancet. Psychiatry*, 2(6), 524–531. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00165-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00165-0)

- Li, L., Chen, X., & Li, H. (2020). Bullying victimization, school belonging, academic engagement and achievement in adolescents in rural China: A serial mediation model. *Children and Youth Services Review*, 113(104946), 104946.
<https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2020.104946>
- Liberman, A. (2012, noviembre 14). *A lovable bully*. OUPblog: Oxford University Press.
<https://blog.oup.com/2012/11/bully-word-origin-etymology/>
- Loredo-Abdalá, A., Perea-Martínez, A., & López-Navarrete, G. E. (2008). "Bullying": acoso escolar. La violencia entre iguales. Problemática real en adolescentes. *Acta Pediátrica de México*, 29(4), 210–214.
<https://www.redalyc.org/pdf/4236/423640312005.pdf>
- Lugo-Garfias, M. E. (2017). *Acoso laboral "Mobbing."* CNDH.
<http://biblioteca.corteidh.or.cr/tablas/r37799.pdf>
- Macouzet, B. A. (2014). *De los enojosos infelices a los enojosos buenos: la terapia narrativa en el trabajo con niños*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Mahady-Wilton, M. M., Craig, W. M., & Pepler, D. J. (2000). Emotional regulation and display in classroom victims of bullying: Characteristic expressions of affect, coping styles and relevant contextual factors. *Social Development (Oxford, England)*, 9(2), 226–245. <https://doi.org/10.1111/1467-9507.00121>
- Martínez, I., Murgui, S., Garcia, O. F., & Garcia, F. (2019). Parenting in the digital era: Protective and risk parenting styles for traditional bullying and cyberbullying victimization. *Computers in Human Behavior*, 90, 84–92.
<https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.08.036>
- Massenzana, F. (2017). Autoconcepto y autoestima: ¿Sinónimos o constructos complementarios? *Revista de Investigación En Psicología Social*, 3(1), 39–52.

- Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36(4), 455–470.
- Meltzer, H., Vostanis, P., Ford, T., Bebbington, P., & Dennis, M. S. (2011). Victims of bullying in childhood and suicide attempts in adulthood. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 26(8), 498–503.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.11.006>
- Méndoza, B., & Maldonado, V. (2017). Acoso escolar y habilidades sociales en alumnado de educación básica. *Ciencia Ergo Sum*, 24(2), 109–120. <https://doi.org/2332434343>
- Menesini, E., & Salmivalli, C. (2017). Bullying in schools: the state of knowledge and effective interventions. *Psychology, Health & Medicine*, 22(sup1), 240–253.
<https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1279740>
- Mishna, F. (2003). Learning disabilities and bullying: Double jeopardy. *Journal of Learning Disabilities*, 36(4), 336–347. <https://doi.org/10.1177/00222194030360040501>
- Monks, C. P., Smith, P. K., Naylor, P., Barter, C., Ireland, J. L., & Coyne, I. (2009). Bullying in different contexts: Commonalities, differences and the role of theory. *Aggression and Violent Behavior*, 14(2), 146–156. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2009.01.004>
- Moore, S. E., Norman, R. E., Suetani, S., Thomas, H. J., Sly, P. D., & Scott, J. G. (2017). Consequences of bullying victimization in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis. *World Journal of Psychiatry*, 7(1), 60–76.
<https://doi.org/10.5498/wjp.v7.i1.60>
- Morales-Chainé, S., López, A., Bosch, A., Beristain, A., Robles, R., López, F., & Fernández, C. (2020). Condiciones de salud mental durante la pandemia por COVID-19. *Revista Internacional de Investigación En Adicciones*, 6(2), 11–24.
<https://doi.org/10.28931/riiad.2020.2.03>

- Muñiz, A. Y. (2019). *El bullying y las habilidades sociales: Un programa de intervención directo al cambio*. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Nafziger, J., & DeKruyf, L. (2013). Narrative Counseling for Professional School Counselors. *Professional School Counseling, 16*(5). <https://doi.org/10.1177/2156759X1201600502>
- Nissling, L., Kraepelien, M., Kaldo, V., Hange, D., Larsson, A., Persson, M., & Weineland, S. (2021). Effects of patient-driven iCBT for anxiety in routine primary care and the relation between increased experience of empowerment and outcome: A randomized controlled trial. *Internet Interventions, 26*(100456), 100456. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100456>
- Nunn, N. (2013, abril 25). *Old-school sweetheart to modern-day menace: The history of the word bully*. Promote Prevent. <http://www.promoteprevent.org/blog/old-school-sweetheart-modern-day-menace-history-word-bully>
- OCDE. (2018). *Programa para la Evaluación Internacional de Alumnos (PISA)*. OCDE. https://www.oecd.org/pisa/publications/PISA2018_CN_MEX_Spanish.pdf
- Olweus, D. (1994). Bullying at school: Basic facts and an effective intervention programme. *Promotion & Education, 1*(4), 27–31. <https://doi.org/10.1177/102538239400100414>
- OMS. (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)*.
- OMS. (2021a). *Depresión*. Who.int. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- OMS. (2021b). *Suicidio*. Who.int. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

- OMS. (2022). *COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide*. Who.int. <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
- OPS. (2017). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0*. OPS.
- OPS. (2022a). *Prevención de la violencia*. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia>
- OPS. (2022b). *Terapia interpersonal grupal para la depresión*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55786/OPSNMHMH220004_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ortega-Escobar, J., y Alcázar-Córcoles, M. Á. (2016). Neurobiología de la agresión y la violencia. *Anuario de psicología jurídica*, 26(1), 60–69. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2016.03.001>
- Ossa, F. C., Pietrowsky, R., Bering, R., & Kaess, M. (2019). Symptoms of posttraumatic stress disorder among targets of school bullying. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0304-1>
- Oxford Learner's Dictionaries. (2023). *Bully*. https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/bully_1
- Payne, M. (2002). Una visión global de la terapia narrativa. En *Terapia narrativa: una introducción para profesionales* (pp. 21–34). Paidós.
- Pérez, L. (2022). *Activación conductual vía telefónica para disminuir sintomatología depresiva y aumentar adherencia a antirretrovirales en personas que viven con VIH*. [Tesis para obtener el grado de Maestro en Psicología]. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Piedra-Guillén, N. (2004). Relaciones de poder: leyendo a Foucault. Desde la perspectiva de género. *Revista de ciencias sociales*, *IV* (106), 123–141.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15310610>
- Qaseem, A., Barry, M. J., Kansagara, D., & Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. (2016). Nonpharmacologic versus pharmacologic treatment of adult patients with major depressive disorder: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, *164*(5), 350–359.
<https://doi.org/10.7326/M15-2570>
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, *1*(3), 385–401.
<https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- RAE. (2022). *Acoso escolar*. Real Academia Española. <https://dle.rae.es/acoso#GjGPunT>
- Rajabi, M., Bakhshani, N.-M., Saravani, M. R., Khanjani, S., & Javad Bagian, M. (2016). Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on coping strategies and in reducing anxiety, depression, and physical complaints in student victims of bullying. *International journal of high risk behaviors & addiction*, *Inpress* (Inpress).
<https://doi.org/10.5812/ijhrba.41463>
- Ramos, M. J. (2007). *Violencia escolar. Un análisis exploratorio*. Universidad Pablo de Olavide.
- Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, *4*(3), 398–406. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(73\)80120-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(73)80120-0)
- Reay, R. E., Looi, J. C., & Keightley, P. (2020). Telehealth mental health services during COVID-19: summary of evidence and clinical practice. *Australasian Psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, *28*(5), 514–516. <https://doi.org/10.1177/1039856220943032>

- Ressett, S. (2020). Definiciones y niveles de bullying en una muestra de adolescentes argentinos. *Revista de Psicología*, 16(32), 7–23.
<https://doi.org/10.46553/RPSI.16.32.2020.p7-23>
- Reyes, M. I., Mayorga, C., & Araújo, J. (2017). Psicología y Feminismo: Cuestiones epistemológicas y metodológicas. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 16(2), 1–8. <https://doi.org/10.5027/Psicoperspectivas/vol16-issue2-fulltext-1116>
- Ríos-Saldaña, M. R. (2014). *EEHSA: escala de evaluación de habilidades sociales para adolescentes*. Manual Moderno.
- Rivers, I., & Smith, P. K. (1994). Types of bullying behaviour and their correlates. *Aggressive Behavior*, 20(5), 359–368. [https://doi.org/10.1002/1098-2337\(1994\)20:5<359::aid-ab2480200503>3.0.co;2-j](https://doi.org/10.1002/1098-2337(1994)20:5<359::aid-ab2480200503>3.0.co;2-j)
- Rodríguez-Morejón, A. (2019). Terapia narrativa. En *manual de psicoterapias: teoría y técnicas* (pp- 505-515). Herder.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Ruiz, M. A., Díaz, M. I., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales*. Desclée De Brouwer.
- Saldivia, S., Aslan, J., Cova, F., Vicente, B., Inostroza, C., & Rincón, P. (2019). Propiedades psicométricas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en centros de atención primaria de Chile. *Revista Médica de Chile*, 147(1), 53–60.
<https://doi.org/10.4067/s0034-98872019000100053>
- Saleh, A., Hapsah, H., Krisnawati, W., & Erfina, E. (2021). Parenting style and bullying behavior in adolescents. *Enfermería Clínica*, 31, S640–S643.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.07.009>
- Sanz, J., Gil, F., & García-Vera, M. P. (1998). Evaluación de las habilidades sociales. In F. Gil & J. M. León (Eds.), *Habilidades sociales: teoría, investigación e intervención* (pp. 25–61). Editorial Síntesis.

- Sastre, G., & Moreno, M. (2004). Una perspectiva de género sobre conflictos y violencia. En *Psicología y Género* (pp. 121–142). Pearson.
- Schütz, J., Schipper, N., & Koglin, U. (2022). Bullying in school and cyberbullying among adolescents without and with special educational needs in emotional–social development and in learning in Germany. *Psychology in the Schools*, 59(9), 1737–1754. <https://doi.org/10.1002/pits.22722>
- Seo, M., Kang, H. S., Lee, Y. J., & Chae, S. M. (2015). Narrative therapy with an emotional approach for people with depression: Improved symptom and cognitive-emotional outcomes: Narrative therapy with emotional approach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(6), 379–389. <https://doi.org/10.1111/jpm.12200>
- Shakeri, J., Ahmadi, S. M., Maleki, F., Hesami, M. R., Parsa Moghadam, A., Ahmadzade, A., Shirzadi, M., & Elahi, A. (2020). Effectiveness of group narrative therapy on depression, quality of life, and anxiety in people with amphetamine addiction: A randomized clinical trial. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 45(2), 91–99. <https://doi.org/10.30476/IJMS.2019.45829>
- Sher, L., & Oquendo, M. A. (2023). Suicide. *The Medical Clinics of North America*, 107(1), 119–130. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2022.03.008>
- Shetgiri, R. (2013). Bullying and victimization among children. *Advances in Pediatrics*, 60(1), 33–51. <https://doi.org/10.1016/j.yapd.2013.04.004>
- Shute, R. H., & Slee, P. T. (2021). *School bullying and marginalisation: Harmonising paradigms*. Springer Nature Singapore. <https://doi.org/10.1007/978-981-16-7676-5>
- Silva, G. R. R. E., Lima, M. L. C. de, Acioli, R. M. L., & Barreira, A. K. (2020). Prevalence and factors associated with bullying: differences between the roles of bullies and victims of bullying. *Jornal de Pediatria*, 96(6), 693–701. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2019.09.005>

- Silva, J. L., Oliveira, W. A. de, Carlos, D. M., Lizzi, E. A. da S., Rosário, R., & Silva, M. A. I. (2018). Intervention in social skills and bullying. *Revista brasileira de enfermagem*, 71(3), 1085–1091. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0151>
- Slonje, R., & Smith, P. K. (2008). Cyberbullying: another main type of bullying? *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(2), 147–154. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2007.00611.x>
- Smalley, K. B., Warren, J. C., & Barefoot, K. N. (2017). Connection between experiences of bullying and risky behaviors in middle and high school students. *School Mental Health*, 9(1), 87–96. <https://doi.org/10.1007/s12310-016-9194-z>
- Smarr, K. L., & Keefer, A. L. (2011). Measures of depression and depressive symptoms: Beck depression inventory-II (BDI-II), center for epidemiologic studies depression scale (CES-D), geriatric depression scale (GDS), hospital anxiety and depression scale (HADS), and patient health questionnaire-9 (PHQ-9). *Arthritis Care & Research*, 63 Suppl 11(S11), S454-66. <https://doi.org/10.1002/acr.20556>
- Smith, P. K. (2016). Bullying: Definition, Types, Causes, Consequences and Intervention. *Social and Personality Psychology Compass*, 10(9), 519–532. <https://doi.org/10.1111/spc3.12266>
- Smith, P. K., & Ananiadou, K. (2003). The nature of school bullying and the effectiveness of school-based interventions. *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 5(2), 189–209.
- Smith, P., Dalgleish, T., & Meiser-Stedman, R. (2019). Practitioner Review: Posttraumatic stress disorder and its treatment in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 60(5), 500–515. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12983>

- Smorti, A., Ortegarivera, J., Ortegaruiz, R., & Pagnucci, S. (2005). Narrative strategies among early adolescents involved in bully-victim relationships. *Journal of School Violence, 4*(1), 5–27. https://doi.org/10.1300/j202v04n01_02
- Sociedad Mexicana de Psicología (2010). Código de Ética del Psicólogo Mexicano. México: Trillas
- Sockalingam, S., Leung, S. E., Hawa, R., Wnuk, S., Parikh, S. V., Jackson, T., & Cassin, S. E. (2019). Telephone-based cognitive behavioural therapy for female patients 1-year post-bariatric surgery: A pilot study. *Obesity Research & Clinical Practice, 13*(5), 499–504. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2019.07.003>
- Song, S., Ding, W., Tan, D., Wu, W., Li, W., & Xie, R. (2023). The longitudinal relationship between parental abuse and traditional bullying in Chinese culture: A latent transition analysis. *Journal of Applied Developmental Psychology, 88*(101578), 101578. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2023.101578>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine, 166*(10), 1092. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Stapinski, L. A., Bowes, L., Wolke, D., Pearson, R. M., Mahedy, L., Button, K. S., Lewis, G., & Araya, R. (2014). Peer victimization during adolescence and risk for anxiety disorders in adulthood: A prospective cohort study: Research article: Peer victimization and anxiety disorders. *Depression and Anxiety, 31*(7), 574–582. <https://doi.org/10.1002/da.22270>
- Stephens, M., Cook-Fasano, H., & Sibbaluca, K. (2018). Childhood Bullying: Implications for Physicians. *American Family Physician, 97*(3), 187–192. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2018/0201/p187.html>
- Sztejn, D. M., Koransky, C. E., Fegan, L., & Himelhoch, S. (2018). Efficacy of cognitive behavioural therapy delivered over the Internet for depressive symptoms: A

- systematic review and meta-analysis. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 24(8), 527–539. <https://doi.org/10.1177/1357633X17717402>
- Takizawa, R., Maughan, B., & Arseneault, L. (2014). Adult health outcomes of childhood bullying victimization: Evidence from a five-decade longitudinal British birth cohort. *The American Journal of Psychiatry*, 171(7), 777–784. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13101401>
- Tarragona, M. (2006). Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología cond*, 14(3), 511–532. <https://www.behavioralpsycho.com/producto/las-terapias-posmodernas-una-breve-introduccion-a-la-terapia-colaborativa-la-terapia-narrativa-y-la-terapia-centrada-en-soluciones/>
- Timm, F., Pereira, O., & Contijo, D. (2011). Psicología, Violência contra Mulheres e Feminismo: em defesa de uma clínica política. *Psicología Política*, 11(22), 247–259. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2011000200005
- Trujano, P., Gómez, M., & Mercado, J. (2004). Violencia intrafamiliar: las terapias narrativas y su aplicación en el maltrato infantil psicológico. Historia de caso. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 7(1), 50–67. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/rep/article/view/22819>
- Trujillo-Correa, R. (2020). *Actualidad del suicidio: Perspectiva crítica*. Facultad de Psicología, UNAM. https://www.dropbox.com/s/v31pwh47p4s3ipe/MaterialSuicidio_Trujillo.docx?dl=0&fbclid=IwAR1Zx_IKnzfv_ancGhCcHx8KM1GI6SLpLJJFCiHGPBXUYVEp8dFXhom2dbs
- Tsaousis, I. (2016). The relationship of self-esteem to bullying perpetration and peer victimization among schoolchildren and adolescents: A meta-analytic

- review. *Aggression and violent behavior*, 31, 186–199.
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2016.09.005>
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V., & Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 1(1), 35–40. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.1.1.35>
- UNESCO. (2021). *Más allá de los números: Poner fin a la violencia y el acoso en el ámbito escolar*. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000378398>
- UNICEF. (2019). *Conecta con la realidad de tu hijo: Guía para prevenir el acoso escolar*. https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/5920_d_UNICEF-guia-acoso-escolar.pdf
- UNESCO. (2018). *School violence and bullying: Global status and trends, drivers and consequences*. <https://www.infocoponline.es/pdf/BULLYING.pdf>
- Valencia-Ortíz, A. I., & Ruíz-Elnecave, X. (2013). Propuesta de tratamiento cognitivo-conductual y de psicología positiva para niños con labio y paladar hendido. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 3(1), 5-15. <http://revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/46889>
- Vanega-Romero, S., Sosa-Correa, M., & Castillo-Ayuso, R. (2018). Acoso escolar, ira y depresión en adolescentes mexicanos: un estudio preliminar de la eficacia de una intervención. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 5(2), 49–54. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2018.05.2.7>
- Vargas, D. E., y Paternina, Y. S. (2017). Relación entre habilidades sociales y acoso escolar. *Cultura Educación y Sociedad*, 8(2), 61–78. <https://doi.org/10.17981/cultedusoc.8.2.2017.05>
- Vázquez, F. L., Torres, Á., Blanco, V., Otero, P., & Hermida, E. (2015). Intervenciones psicológicas administradas por teléfono para la depresión: una revisión sistemática y

- meta-análisis. *Revista iberoamericana de psicología y salud*, 6(1), 39–52.
[https://doi.org/10.1016/s2171-2069\(15\)70005-0](https://doi.org/10.1016/s2171-2069(15)70005-0)
- Vázquez, L. (2022, junio 22). *Juan Pablo, niño otomí, es atacado por sus compañeros de telesecundaria en Querétaro*. El Financiero.
<https://www.elfinanciero.com.mx/estados/2022/06/21/juan-pablo-nino-otomi-es-atacado-por-sus-companeros-de-telesecundaria-en-queretaro/>
- Vázquez-García, A. (2021). *Efectividad de una intervención de seguimiento telefónico para pacientes adultos con intento de suicidio* [Universidad Nacional Autónoma de México]. <http://132.248.9.195/ptd2021/noviembre/0820391/Index.html>
- Wang, H., Bragg, F., Guan, Y., Zhong, J., Li, N., & Yu, M. (2023). Association of bullying victimization with suicidal ideation and suicide attempt among school students: A school-based study in Zhejiang Province, China. *Journal of Affective Disorders*, 323, 361–367. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.11.087>
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(4), 448–457.
<https://doi.org/10.1037/h0027806>
- White, M., & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapeuticos*. Ediciones Paidós Iberica.
- Williams, T., Phillips, N. J., Stein, D. J., & Ipser, J. C. (2022). Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *The Cochrane Library*, 2022(3).
<https://doi.org/10.1002/14651858.cd002795.pub3>
- Winding, T. N., Skouenborg, L. A., Mortensen, V. L., & Andersen, J. H. (2020). Is bullying in adolescence associated with the development of depressive symptoms in adulthood?: A longitudinal cohort study. *BMC Psychology*, 8(1), 122.
<https://doi.org/10.1186/s40359-020-00491-5>

- Winslade, J. M., & Monk D., G. (2007). What Is Narrative Counseling All About?
In *Narrative counseling in schools: Powerful & brief* (2nd ed.). SAGE Publications.
- Wolke, D., Copeland, W. E., Angold, A., & Costello, E. J. (2013). Impact of bullying in childhood on adult health, wealth, crime, and social outcomes. *Psychological Science*, 24(10), 1958–1970. <https://doi.org/10.1177/09567976134816087>
- World Health Organization. (2012). *I had a black dog, his name was depression*.
<https://www.youtube.com/watch?v=XiCrniLQGYc>
- Xiao, Y., Ran, H., Fang, D., Che, Y., Donald, A. R., Wang, S., Peng, J., Chen, L., & Lu, J. (2022). School bullying associated suicidal risk in children and adolescents from Yunnan, China: The mediation of social support. *Journal of Affective Disorders*, 300, 392–399. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.032>
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49.
[https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
- Yoosefi, M., Kamali, K., Ghasemi, A., & Tonawanik, P. (2014). Treating social phobia in children through group narrative therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 41(1), 16–20.
<https://doi.org/10.1016/j.aip.2013.11.005>
- Yosep, I., Hikmat, R., A., Mardhiyah, Hazmi, H., & Hernawaty, T. (2022). Method of Nursing Interventions to Reduce the Incidence of Bullying and Its Impact on Students in School: A Scoping Review. *Healthcare*, 10(1835), 1–13.
<https://doi.org/10.3390/healthcare10101835>
- Yurica, C. L., & DiTomasso, R. A. (2006). Cognitive Distortions. En *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy* (pp. 117–122). Springer-Verlag.
https://doi.org/10.1007/0-306-48581-8_36

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Zych, I., Farrington, D. P., Llorent, V. J., & Ttofi, M. (2017). *Protecting children against bullying and its consequences* (1a ed.). Springer International Publishing.

Anexos

Anexo 1.

Consentimiento informado

Coordinación de Centros de Formación y Servicios Psicológicos



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM

Facultad de Psicología

Col. Copilco-Universidad 04510,

Cd. de México

Los datos que proporcione en esta estrategia basada en la telecomunicación se integrarán a la base de datos de los "Servicios psicológicos UNAM" y "Atención Psicológica a Distancia para la Salud Mental por la contingencia por COVID-19".

Esta estrategia, permite la intervención psicológica remota basada en la evidencia para gestionar la formación de profesionales, orientada a resolver los problemas de salud mental y necesidades de la población, y en caso de ser necesario se dará información adicional sobre otros servicios de atención.

Usted puede negarse o dejar de participar en esta estrategia sin repercusión alguna. Si es así, le pedimos que nos lo indique para poder hablar sobre lo que piensa y siente y no colabore más con la estrategia. Como parte de los beneficios directos de participar en esta estrategia, se le dará retroalimentación sobre los resultados de las diferentes escalas aplicadas, así como el contacto y atención gratuita especializada y basada en evidencia.

La llamada será audio grabada, los datos que usted proporcione serán estrictamente confidenciales y serán documentados en un expediente electrónico (utilizando los medios señalados en el aviso de privacidad el cual puede revisar al inicio de este menú con dígito

9) los audios tienen acceso restringido y controlado por el responsable del programa pero con plena disponibilidad para que los estudiantes en formación, los supervisores y la Coordinación de Centros de Formación y Servicios Psicológicos puedan considerarlos con fines educativos y de investigación, respetando la confidencialidad y privacidad de la información. Cabe señalar que posterior a la primera sesión, si usted no se comunica, podría ser contactado vía correo electrónico para dar seguimiento a su caso.

A partir de la información asentada en este documento, usted declara haber escuchado el aviso de privacidad y la disposición para adherirse a los procedimientos del servicio psicológico remoto con plena honestidad y respeto, cumpliendo puntualmente con las actividades acordadas con el responsable de su atención, otorgando información veraz y fidedigna, resguardando la información de los profesionales que le atienden y haciendo un uso responsable de esta. También declara tener conocimiento del derecho que tiene a recibir un trato digno, equitativo, confidencial, de respeto a su toma de decisiones y profesional evitando manifestaciones de cercanía personal.

ACEPTÓ QUE HE LEÍDO Y ESTOY DE ACUERDO CON EL DOCUMENTO.

Nombre y Firma de conformidad

Fecha: _____

Anexo 2.

Yurka

