

■ Intervención cognitivo-conductual en una adolescente víctima de acoso escolar

Silvia Melero

Clínica Universitaria. Universidad Miguel Hernández, Elche, España

Resumen

El acoso escolar es un problema común que se produce especialmente en los niveles desde finales de la segunda infancia y principios de la adolescencia. Genera importantes consecuencias en las víctimas a nivel académico, psicológico y social. El objetivo del presente trabajo es evaluar la eficacia de una intervención individual en una adolescente de 12 años víctima de acoso y ciberacoso escolar. El tratamiento se llevó a cabo durante 12 sesiones de una hora de duración. Los instrumentos de evaluación fueron entrevistas, un test proyectivo sobre la familia, escalas de autoestima y conducta y cuestionarios de autoconcepto y dificultades interpersonales. La intervención consistió en la aplicación de técnicas de reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, exposición, resolución de problemas y activación conductual. Los resultados de la intervención mostraron una mejora de la autoestima y autoconcepto de la adolescente, la adquisición de habilidades sociales, asertivas y de comunicación adecuadas y mayor eficacia para resolver problemas, lo cual contribuyó al cese de la situación de victimización sufrida en el contexto escolar.

Palabras clave: acoso escolar, ciberacoso, víctima, caso único.

Abstract

Cognitive behavioral treatment in a teenage victim of bullying. Bullying occurs widespread and is an issue of concern especially for those in the late childhood and early adolescence age groups. It causes severe consequences on victims academically, psychologically, and socially. The aim of this study is to evaluate the effectiveness of an individual intervention of a 12-year-old teenage victim of bullying and cyberbullying. The treatment was carried out for 12-hour-long sessions. Interviews, a family projective test, self-esteem and behavior scales, and questionnaires of self-concept and interpersonal difficulties were used as assessment instruments. The intervention consisted of the implementation of cognitive restructuring, social skills training, exposure, problem solving, and behavioral activation techniques. The results of the intervention showed an improvement of the adolescent's self-esteem and self-concept, the acquisition of appropriate social, assertive, and communication skills; and an increase in problem solving skills, which helped end the victimization suffered by the teenager in the school context.

Keywords: bullying, cyberbullying, victim, case study.

El acoso escolar es un fenómeno que ha ocurrido desde siempre. Sin embargo, en los últimos años se ha incrementado su interés y preocupación debido al creciente deterioro de la convivencia escolar, la mayor concienciación sobre dicha problemática y la repercusión concedida por los medios de comunicación a raíz de sus graves consecuencias, tales como los suicidios de las víctimas.

Olweus (1999) definió "acoso escolar" como el comportamiento agresivo que intenta herir, producir daño o malestar a otro individuo, siendo dicha agresión repetida en el tiempo y produciéndose una relación asimétrica entre ambos implicados, es decir, la víctima siempre se encuentra en inferioridad de condiciones, teniendo muchas dificultades para defenderse. Esta definición ha sido completada en posteriores revisiones, en las que se incluyen otras formas de maltrato como el rechazo, aislamiento, amenazas, mofa y propagación de falsos rumores sobre la víctima, pudiendo ser ejercido en solitario o en grupo

(Álvarez-García, Núñez, Rodríguez, Álvarez, & Dobarro, 2011).

Se diferencian cuatro tipos de acoso escolar: físico, agresiones hacia la víctima o sus pertenencias (pegar, empujar, romper su material, etc.); verbal, mediante palabras hirientes sobre algún aspecto de la víctima (insultar y poner mote, entre otros); psicológico, ejerciendo poder sobre ella e infundiéndole temor (intimidar, humillar o amenazar, entre otros) y relacional o social, dirigido a aislarla (excluir, ignorar, propagar rumores falsos, etc.).

En la actualidad han surgido nuevas modalidades de acoso denominadas "ciberacoso", que consiste en utilizar las TIC, principalmente Internet y móviles, para acosar a otros compañeros (Garaigordobil, 2011). Ambos tipos de acoso pueden superponerse, ya que muchos jóvenes que sufren acoso escolar continúan siendo intimidados a través de dispositivos digitales, diferenciándolo del acoso tradicional en la imposibilidad de escapar,

Correspondencia:

Silvia Melero.

Clínica Universitaria. Universidad Miguel Hernández.

Avda. de la Universidad, s/n. C.P. 03202. Elche (Alicante) - España.

E.mail: silvia.melero@outlook.es

durabilidad en el tiempo, amplitud de la audiencia de la victimización y la rapidez, comodidad y anonimato de los acosadores (Elledge et al., 2013; Garaigordobil & Martínez-Valderrey, 2014). El acoso tecnológico puede ejercerse mediante diversas conductas: exclusión de la comunicación en línea, difusión de información falsa, envío de mensajes ofensivos o amenazantes, suplantación de la identidad, publicación de imágenes embarazosas o información privada y "happy slapping" (agredir físicamente a la víctima, grabarla y difundir dichas imágenes) (Garaigordobil & Martínez-Valderrey, 2014).

Las conductas de victimización directa y tecnológica son más frecuentes al principio de la adolescencia (11-15 años) (Díaz-Aguado, Martínez-Arias, & Babarro, 2013). El acoso escolar afecta a entre un 20% y un 30% de estudiantes a nivel nacional e internacional, siendo el porcentaje de victimización grave entre el 3 y el 10% (Garaigordobil, 2011). En el caso del ciberacoso, la reciente revisión de Zych, Ortega-Ruiz y Marín-López (2016) concluye que la prevalencia media es del 26.65%, con un rango desde un 78.31% (experiencias ocasionales) hasta un 4.60% (ciberacoso severo).

En cuanto al género, se observa una mayor implicación de los varones en el acoso escolar, tanto como agresores como víctimas (Arnaiz, Cerezo, Giménez, & Maquilón, 2016). Sin embargo, existen diferencias en las formas de victimización, siendo la relacional más común en chicas y la agresión directa más asociada a chicos (Babarro, Espinosa, & Arias, 2014).

Respecto al ciberacoso los resultados son contradictorios, ya que algunos estudios encuentran mayor prevalencia de chicas como cibervíctimas y de chicos como ciberagresores (Garaigordobil & Aliri, 2013; Giménez-Gualdo, Maquilón-Sánchez, & Arnaiz, 2014). Sin embargo, otros no observan diferencias (Álvarez-García, Núñez, Álvarez et al., 2011; Buelga, Cava, & Musitu, 2010).

El acoso y ciberacoso escolar traen consigo graves consecuencias sobre las víctimas, que se ven afectadas a nivel académico (baja concentración y rendimiento), psicológico, incrementando la sintomatología internalizante (ansiedad, depresión, baja autoestima, ideación o intentos de suicidio) y social (aislamiento, déficit en habilidades sociales, autocontrol y estrategias interpersonales) (Babarro, Espinosa, & Arias, 2014; Devine & Lloyd, 2012).

Los adolescentes víctimas suelen tener pocos amigos (Díaz-Aguado et al., 2013; Sánchez & Cerezo, 2011) y carecen de habilidades interpersonales eficaces (García-Bacete, Sureda, & Monjas, 2010). Este déficit de habilidades sociales y asertivas incide negativamente en su ajuste personal, escolar y social, incrementando su vulnerabilidad para ser acosados y ciberacosados por sus pares (Navarro, Ruiz-Oliva, Larrañaga, & Yubero, 2015; Rodríguez-Hidalgo, Ortega-Ruiz, & Zych, 2014).

Según Garaigordobil, Martínez-Valderrey y Aliri (2013) los adolescentes victimizados presentan menor nivel de autoestima, sin embargo, a pesar de percibir negativamente su autoconcepto emocional y social, las autopercepciones sobre los contextos familiar y escolar son más positivas (Estévez, Martínez, & Musitu, 2006).

Debido al miedo producido por los constantes abusos experimentados, es común que las víctimas sientan culpa, vergüenza e indefensión y desarrollen un repertorio de conductas evitativas, lo cual contribuye a un mayor aislamiento y riesgo de presentar síntomas depresivos (Sánchez, Ortega, & Menesini, 2012; Zwierzyńska, Wolke, & Lereya, 2013).

En conclusión, los estudios sugieren que el tratamiento de las víctimas debe satisfacer la mejora de las habilidades sociales, comunicativas y de resolución de conflictos, así como la autoconfianza (Cerezo, Calvo, & Sánchez, 2011; Garaigordobil, 2011; Garaigordobil & Martínez-Valderrey, 2014; Morán, 2006). El objetivo del presente trabajo es evaluar la eficacia de la intervención individual con una víctima de acoso y ciberacoso escolar, dirigida a mejorar sus habilidades sociales, asertivas y comunicativas, así como su autoestima y capacidad de resolución de problemas interpersonales.

Descripción del caso

Identificación de la paciente

Lidia es una adolescente de 12 años que está cursando primero de educación secundaria en un colegio de la provincia de Alicante. Vive con sus padres y su hermana pequeña de 8 años. Ambos padres tienen 44 años de edad y son empresarios. El nivel socioeconómico familiar es medio-alto.

Motivo de consulta

Los padres acuden a consulta muy preocupados porque desde el comienzo del curso escolar su hija mayor sufre reiterados episodios de abuso, tanto psicológico como físico, por parte de una nueva compañera de clase. Esta situación está provocando un deterioro del bienestar psicológico de Lidia, de sus relaciones sociales, familiares y su rendimiento académico. Los padres solicitan mejorar la autoestima y habilidades sociales de su hija para que sea capaz de enfrentar la situación de acoso sufrido.

Historia del problema

Lidia comienza el curso escolar manteniendo las mismas amistades de la educación primaria. Una compañera nueva se gana la confianza de la líder del grupo y la persuade para aislar a Lidia. Paulatinamente, esta nueva compañera consigue que las amigas de la adolescente dejen de contar con ella para salir y que le hagan el vacío. Además, esta compañera insulta y se burla de Lidia diariamente, difunde rumores falsos sobre ella, en ocasiones la agrede físicamente (empujones, zancadillas) y la fotografía o graba con el móvil cuando está desprevenida para publicarlo en redes sociales y humillarla debido a su sobrepeso. Ante esta situación, Lidia se muestra con bajo estado de ánimo, discute en casa, desarrolla un autoconcepto muy negativo de sí misma, se aísla, y su rendimiento académico disminuye. Sus padres deciden informar al colegio sobre su situación, y aunque el centro niega la existencia de acoso escolar, se interviene a nivel grupal, sin resultados beneficiosos para Lidia.

Evaluación del caso

La evaluación se realizó durante tres sesiones de una hora a lo largo de tres semanas. Para ello se utilizaron los siguientes instrumentos:

Información cualitativa

Entrevista con los padres y la adolescente. Recogen información biográfica de la adolescente y su familia, así como el tipo de situaciones de acoso sufridas, su génesis, mantenimiento y consecuencias

derivadas del problema. Asimismo, se recaba información sobre el ambiente familiar, funcionamiento escolar, estado de ánimo, relaciones sociales, salud física, hábitos diarios, implicación del equipo docente en el problema, etc.

Test de la familia (Corman, 1967). Este test proyectivo evalúa el estado emocional con respecto a la adaptación al medio familiar, la percepción de su familia y del lugar ocupado en ella. Su estructura y contenido han sido investigados por Vives (2005) constatando su utilidad clínica. El dibujo de Lidia evidencia adecuadas relaciones familiares y mayor vínculo afectivo con su padre, pero también refleja inseguridad, retraimiento y necesidad de apoyo social.

Autorregistro creado ad hoc. Se registran los pensamientos, emociones y conductas de Lidia ante las situaciones sociales y frente a su acosadora para evaluar su estilo de interacción y la aplicación de estrategias adquiridas durante el tratamiento.

Información cuantitativa

Cuestionario Autoconcepto Forma 5, AF-5 (García & Musitu, 2014). Evalúa el autoconcepto social, académico/profesional, emocional, familiar y físico. Está compuesto por 30 afirmaciones, a las que se les debe asignar un valor de 1 a 99, según el grado de acuerdo con cada frase. Múltiples investigaciones han respaldado su estructura factorial, fiabilidad y validez (García, Gracia, & Zeleznova, 2013; García & Musitu, 2014) obteniendo un coeficiente de consistencia interna de .84. Las puntuaciones obtenidas muestran que Lidia se considera apoyada y querida en la familia ($PC = 95$), muy buena estudiante ($PC = 90$), modestamente atractiva ($PC = 65$), muy poco aceptada y habilidosa socialmente ($PC = 20$) y escasamente capaz para gestionar sus emociones ($PC = 15$).

Escala de autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965). Consta de 10 ítems a los que se responden mediante una escala de 1 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo). Mide la autoestima, entendida como sentimientos de valía personal y respeto a sí mismo. Para mujeres adolescentes, una puntuación inferior a 27 puede indicar una baja autoestima. La escala presenta buenas propiedades psicométricas en adolescentes, siendo su fiabilidad de .80 y su consistencia interna de .76 (Cava, 2011). La puntuación obtenida es 28, lo cual indica una autoestima media-baja.

Cuestionario de Evaluación de Dificultades Interpersonales en la Adolescencia, CEDIA (Inglés, Hidalgo, & Méndez, 2005). Evalúa dificultades de relación social, por lo que percentiles altos indican mayor dificultad interpersonal. Consta de 36 ítems de escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta (Ninguna dificultad-Máxima dificultad) agrupados en cinco dimensiones: asertividad, relaciones heterosexuales, hablar en público, relaciones con iguales y relaciones familiares. El cuestionario posee buenas propiedades psicométricas, mostrando una consistencia interna de .89 en adolescentes españoles (Inglés, Marzo, Hidalgo, Zhou, & García-Fernández, 2008). La puntuación total se sitúa en el percentil (PC)= 80, siendo la situación más conflictiva las relaciones con chicos ($PC = 90$), seguida de dificultades altas en asertividad y habilidades de comunicación ($PC = 75$).

Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes, BASC. (Reynolds & Kamphaus, 2004). Este instrumento multidimensional mide numerosos aspectos del comportamiento y la personalidad, incluyendo dimensiones tanto adaptativas como clínicas. Sus tres versiones (BASC-T, BASC-P y BASC-S) han mostrado alta consistencia interna (alfa de Cronbach entre .70 y .90) y adecuada estabilidad temporal (valor promedio de medianas = .84, .81, y .76). Asimismo, se han obtenido evidencias de la validez

de criterio (González, Fernández, Pérez, & Santamaría, 2004). En este caso únicamente se aplica la escala de valoración para padres (BASC-P), integrada por 15 dimensiones, en la cual los padres destacan como principal problema el retraimiento de Lidia, con una puntuación de $PC = 75$.

Análisis topográfico y funcional

Tomando como referencia las entrevistas, cuestionarios y escalas realizadas, se ha establecido la relación funcional entre las distintas variables del caso, delimitando variables antecedentes y consecuentes del problema.

Como factores de vulnerabilidad destaca el sobrepeso de Lidia y su temperamento retraído y tímido, así como el déficit de habilidades sociales y asertivas (O). Entre los estímulos desencadenantes (E) cabe señalar como antecedentes próximos externos la llegada de la nueva compañera al colegio y la pérdida de una amiga íntima, y como antecedentes inmediatos internos los pensamientos negativos anticipatorios sobre su ejecución social. Los antecedentes inmediatos externos son las situaciones conflictivas del colegio (meterla en un problema, difundir rumores falsos sobre ella o no contar con ella para salir, entre otros).

La situación de acoso y ciberacoso escolar corresponde al problema principal, el cual se manifiesta diariamente de manera verbal con una intensidad severa, semanalmente de manera física con intensidad moderada y una media de 5-6 veces a la semana en forma de acoso psicológico y social con intensidad moderada.

En cuanto a las respuestas problema (R), a nivel fisiológico la adolescente presenta ansiedad leve. A nivel cognitivo-emocional destacan como pensamientos automáticos negativos “me odio”, “soy fea”, “soy estúpida”, “no puedo soportarlo”, “es culpa mía”, “no puedo confiar en nadie”, “no me siento segura” los cuales evidencian la baja autoestima, autoconcepto negativo, percepción de falta de capacidad y culpabilidad por la situación. A nivel motor, Lidia presenta conductas de evitación/escape de situaciones sociales, especialmente las interpretadas como conflictivas (estar cerca del grupo problemático, criticar a otras personas en su presencia, no salir con amigas por temor a que haya discusiones, no separarse de su madre en reuniones sociales), conductas socialmente inhábiles (perseguir a compañeras que le rechazan, insistir en jugar con ellas aunque la aislen, etc.) y en alguna ocasión llanto.

La consecuencia (C) a corto plazo de dichas respuestas es el alivio de la ansiedad por refuerzo negativo, al no enfrentarse a las situaciones conflictivas. Sin embargo, a largo plazo estas respuestas mantienen el problema de acoso, favorecidas por el déficit de habilidades sociales y asertividad y la baja autoestima, provocando mayor aislamiento, reducción del estado de ánimo, pérdida de reforzadores sociales y problemas familiares.

En conclusión, el análisis funcional evidencia que la situación de acoso y ciberacoso escolar se desencadena tras la aparición de la compañera agresora, facilitada por el déficit de habilidades interpersonales y baja autoestima de Lidia, pero mantenida a consecuencia del refuerzo negativo que suponía no enfrentarse a las conductas de acoso de su compañera. Por tanto, se plantea como hipótesis que, a través de una intervención cognitivo-conductual basada en el entrenamiento en habilidades sociales, de comunicación y asertividad, resolución de problemas y mejora de la autoestima, se conseguirá que Lidia sea capaz de desenvolverse socialmente de manera adecuada, sentirse mejor consigo misma y enfrentarse a su agresora de manera eficaz, lo que contribuirá al cese de la situación de acoso escolar sufrida. Figura 1 se presenta la formulación del caso clínico.

Figura 1. Formulación clínica del caso.

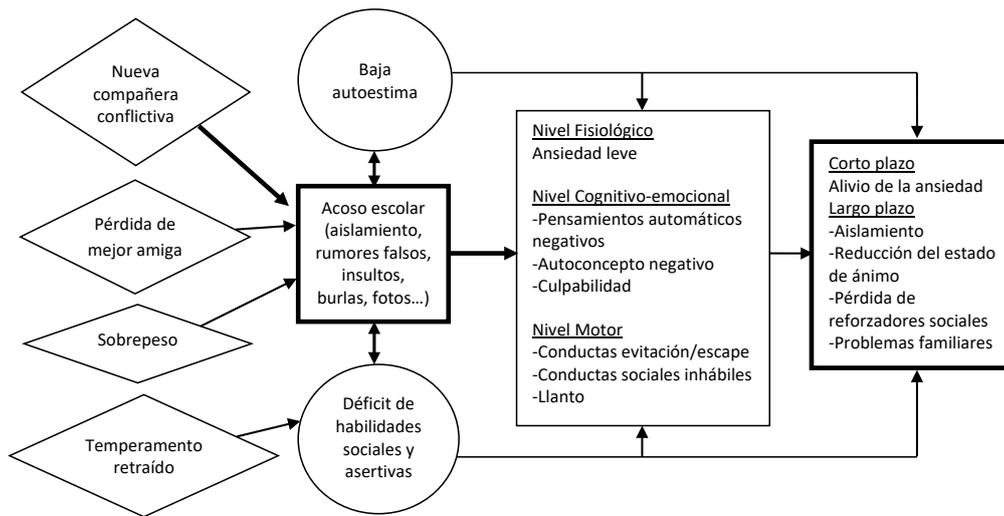


Tabla 1. Sesiones de tratamiento.

Sesión	Objetivos	Contenidos
1	<ul style="list-style-type: none"> Conocer motivo de consulta Recogida información preliminar. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista con padres.
2-3	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación pretest 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista con adolescente Cumplimentación de cuestionarios, escalas. Establecimiento de jerarquía de dificultades interpersonales.
4	<ul style="list-style-type: none"> Devolución de resultados. Identificar, analizar y modificar pensamientos automáticos negativos. 	<ul style="list-style-type: none"> Explicación del análisis funcional, objetivos terapéuticos y programa de intervención. Reestructuración cognitiva con "Juego de pensamientos para niños".
5	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar autoestima Entrenar en Habilidades Sociales y comunicativas 	<ul style="list-style-type: none"> Orientación del foco atencional a experiencias positivas. HHSS, elementos de la comunicación y escucha activa. Role-playing.
6	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar autoestima Entrenar en Habilidades Sociales y asertivas 	<ul style="list-style-type: none"> Identificación de experiencias agradables: Eje cronológico biográfico. Asertividad, derechos y técnicas asertivas. Role-playing
7	<ul style="list-style-type: none"> Entrenar en Habilidades Sociales y asertivas Resolución de problemas Rebatir pensamientos automáticos negativos 	<ul style="list-style-type: none"> Autorregistro de conductas problema. Aplicación de técnicas asertivas a problemas sociales en la escuela. Autoinstrucciones. Reestructuración cognitiva de PANS.
8	<ul style="list-style-type: none"> Rebatir pensamientos automáticos negativos Resolución de problemas Entrenar en Habilidades Sociales 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de autorregistro. Reestructuración cognitiva de PANS. Puesta en marcha de planes de acción. Iniciar conversaciones. Role-playing.
9	<ul style="list-style-type: none"> Entrenar en Habilidades Sociales y asertivas Aumentar autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de autorregistro. Mantener y finalizar conversaciones. Role-playing. Hacer peticiones. Role-playing. Registro y valoración de cualidades personales: "¿Cómo soy?".
10	<ul style="list-style-type: none"> Entrenar en Habilidades Sociales y asertivas Resolución de problemas Activación conductual 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión autorregistro. Hacer críticas asertivas. Role-playing. Rechazar peticiones. Role-playing. Pasos para resolver problemas. Actividades agradables.
11	<ul style="list-style-type: none"> Activación conductual Aumentar autoestima Mejora del autoconcepto 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de tareas para casa. Actividades agradables. Estimación de la Red de apoyo social. Debate sobre imágenes de famosas con sobrepeso.
12	<ul style="list-style-type: none"> Repaso de lo aprendido Prevención de recaídas Evaluación post-test 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de contenidos tratados en tratamiento. Anticipación de futuras situaciones conflictivas. Cumplimentación de cuestionarios y escalas. Entrevista con adolescente y padres: avances obtenidos tras el tratamiento.

Aplicación del tratamiento

El tratamiento estuvo dirigido a la adolescente individualmente, siendo abordada la intervención grupal por parte del centro. Se establecieron los siguientes objetivos: 1) Mejorar sus habilidades sociales y asertivas, 2) Aumentar su autoestima, 3) Desarrollar habilidades de resolución de problemas, y 4) Reforzar sus habilidades de comunicación.

La evaluación y aplicación del tratamiento se realizó durante 12 sesiones de una hora de duración, concertadas semanalmente. Las tres primeras sesiones corresponden a la fase de evaluación, siendo la primera únicamente con los progenitores y las dos siguientes con Lidia individualmente. Durante la cuarta sesión se efectuó la devolución de información, en la que se expuso el análisis funcional del caso, los objetivos terapéuticos y la propuesta del programa de intervención.

La intervención en sí misma se desarrolló desde parte de la sesión 4 a la 12. Consistió en la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales de reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, asertivas y comunicativas, exposición, resolución de problemas y activación conductual. En la Tabla 1 se muestran los objetivos y contenidos trabajados en cada sesión.

La reestructuración cognitiva se llevó a cabo a través del “Juego de pensamientos para niños” de Ana M. Gómez (2009), que consiste en diferentes juegos de naipes diseñados para identificar y modificar cogniciones en los menores, y mediante ejercicios de discusión y sustitución de los pensamientos automáticos negativos (PANS). Para aumentar la autoestima se emplearon actividades como: “¿Cómo soy?”, que consiste en anotar adjetivos para describirse física, académica, familiar, personal y socialmente, así como sus gustos y aficiones, para después modificar las valoraciones subjetivas por otras más objetivas; la “estimación de la red social” es un ejercicio de contrastación de la realidad a su idea de que está sola, en la cual debía escribir en un diagrama de Bronfenbrenner nombres de personas pertenecientes a cada sistema; en el “eje cronológico biográfico” se escriben las experiencias agradables vividas o logros conseguidos hasta el momento, para debatir pensamientos como “soy estúpida”, “es culpa mía”, “no puedo confiar en nadie”, etc.

El entrenamiento en habilidades sociales, asertivas y comunicativas se realizó a través de la presentación teórica de dichas habilidades y su aplicación práctica mediante role-playing en consulta. Por tanto, la exposición consistió en la aplicación de dichas estrategias interpersonales en el contexto escolar, que Lidia debía anotar en los autorregistros junto con sus pensamientos y sentimientos en cada situación social.

El entrenamiento en resolución de problemas estuvo dirigido al análisis de problemas sociales y de acoso escolar, tanto experimentados como hipotéticos, con el fin de plantear posibles respuestas a distintas situaciones y actuar de manera eficaz.

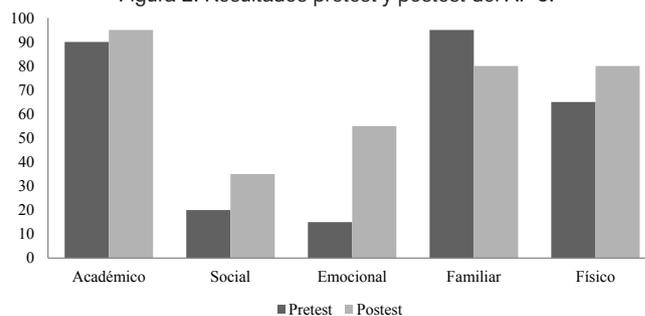
La activación conductual consistió en la recuperación de actividades agradables que la adolescente realizaba antes del comienzo de la victimización y el inicio de nuevas actividades que fomentaran la ampliación de su red social.

Finalmente se llevó a cabo la evaluación postest en la sesión 12 y se mostraron, tanto a los padres como a la adolescente, los avances alcanzados tras el tratamiento, dando así por finalizada la intervención.

Resultados

La Figura 2 muestra las puntuaciones pretest y postest obtenidas en el cuestionario *Autoconcepto Forma 5*, donde se observa que las puntuaciones percentiles del autoconcepto han aumentado en cuatro de sus cinco dimensiones. Únicamente la puntuación del autoconcepto familiar ha sufrido un descenso leve.

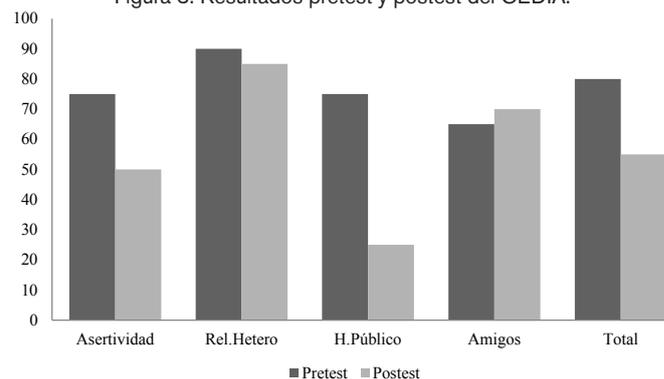
Figura 2. Resultados pretest y postest del AF-5.



En la *Escala de autoestima de Rosenberg*, dado que se incrementa la puntuación directa 28 (media-baja) del pretest a 33 (media-alta) en el postest, se evidencia una mejora en la autoestima tras la intervención.

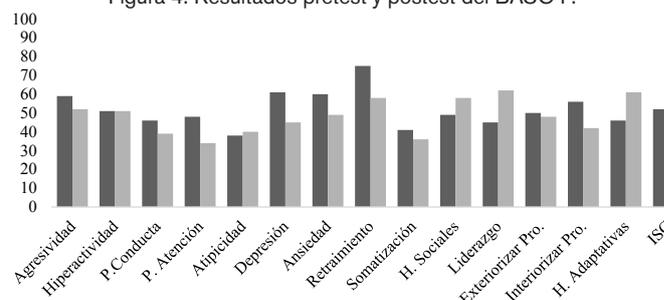
Respecto al *Cuestionario de Evaluación de Dificultades Interpersonales en la Adolescencia*, en la Figura 3 puede observarse una disminución de las puntuaciones percentiles en tres de cuatro subescalas y en la puntuación total. La adolescente ha disminuido la dificultad máxima que le suponían las interacciones sociales en general y actuar asertivamente a un nivel medio, y hablar en público a un nivel mínimo o ausencia de dificultad. Las relaciones con chicos, aun habiendo descendido, se mantienen en un nivel de dificultad máxima. Sin embargo, la dificultad en las relaciones con amigos se ha incrementado levemente.

Figura 3. Resultados pretest y postest del CEDIA.



En el *BASC-P* la escala de retraimiento ha descendido de una puntuación típica (PT) = 75 a una PT = 58 en la evaluación postest. Además, las habilidades adaptativas se han incrementado de una PT = 46 a una PT = 61 en el postest, así como el liderazgo de una PT = 45 a PT = 62 y las habilidades sociales de una PT = 49 a una PT = 58. Todas las escalas clínicas también han descendido o mantenido sus puntuaciones (Figura 4). Por tanto, se evidencia mejoría en la adaptación y ejecución social de Lidia.

Figura 4. Resultados pretest y postest del BASC-P.



P. Conducta = Problemas de conducta; P. Atención = Problemas de atención; H. Sociales = Habilidades sociales; Exteriorizar Pro. = Exteriorizar problemas; Interiorizar Pro. = Interiorizar problemas; H. Adaptativas = Habilidades adaptativas; ISC = Índice de Síntomas Comportamentales

Los autorregistros realizados evidenciaron el cambio de un estilo de interacción social pasivo caracterizado por evitación/escape al comienzo del tratamiento (media de 6 respuestas pasivas a la semana), a uno más asertivo con un afrontamiento activo ante la problemática sufrida (media de 1 respuesta pasiva y 4 asertivas a la semana).

Por último, cabe destacar que Lidia valora favorablemente los resultados del tratamiento, asegurando sentirse más segura de sí misma, más habilidosa socialmente, con capacidad de resolver situaciones conflictivas asertivamente y de afrontar la situación de acoso escolar eficazmente. Por su parte, sus padres aseguran que su estado de ánimo, autoconcepto y rendimiento académico han mejorado, los problemas familiares han disminuido, ven a Lidia con más iniciativa para relacionarse y que su círculo social es satisfactorio actualmente.

Discusión y conclusiones

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se puede concluir que se alcanzaron los objetivos del tratamiento. Lidia ha mejorado su autoestima y autoconcepto en sus diferentes dimensiones, posee habilidades sociales y de comunicación adecuadas, es más asertiva y se siente más segura a la hora de defender sus derechos y resolver problemas, lo cual ha contribuido al cese de la situación de victimización sufrida en el contexto escolar.

Tras la intervención, Lidia ha reducido sus dificultades interpersonales, aunque le sigue resultando complicada la relación con chicos, aspecto comprensible a estas edades. Además, la formación de un nuevo grupo de amistades puede explicar la mayor dificultad percibida en el postest en relación a los amigos, ya que aún no ha formado fuertes vínculos con éstos últimos.

Por tanto, la intervención cognitivo-conductual ha resultado eficaz para la consecución de los objetivos, viéndose favorecida por la alta adherencia al tratamiento y colaboración de ambos padres. En consonancia con el estudio de Navarro et al. (2015), la cohesión y apoyo familiar parecen haber funcionado como recurso facilitador del ajuste social de Lidia y como factor protector contra el acoso escolar. En cambio, las medidas adoptadas en el centro escolar no han contribuido a solucionar la problemática de acoso, siendo en ocasiones contraproducentes (sentar juntas a agresora y víctima, comentar la problemática en una reunión de padres sin respetar la confidencialidad, etc.). A pesar de ello, el afrontamiento activo de Lidia ante el acoso ha tenido como resultado el fin de la intimidación por parte de la acosadora.

Los resultados del presente caso clínico se muestran coherentes con el estudio de caso único realizado por Morán (2006) sobre una intervención con una adolescente víctima de acoso escolar. A diferencia del presente estudio, además se realiza una intervención a nivel escolar. Sin embargo, los resultados obtenidos tras la intervención con Lidia han resultado más satisfactorios, ya que la mejoría puede evidenciarse cuantitativamente y no ha sido necesario el cambio de colegio.

En cuanto a las limitaciones del estudio, cabe destacar que no se cuenta con datos del seguimiento programado a los 3, 6 y 12 meses que permita evaluar la estabilidad de los avances hallados tras la intervención. Por otra parte, hubiese sido conveniente una mayor coordinación con el centro escolar para un abordaje más eficaz del acoso escolar. Al margen de dicha limitación, se concluye que a través del uso de técnicas cognitivo-conductuales se han conseguido resultados positivos que suponen una nueva evidencia y una aportación más a la literatura científica existente sobre el tratamiento de las víctimas de acoso y ciberacoso escolar.

De este caso se deriva la importancia de intervenir de manera

temprana con las víctimas de acoso y ciberacoso para evitar mayores consecuencias negativas a largo plazo, y se recomienda la actuación tanto a nivel individual (con víctima y acosador) como grupal, institucional y familiar para un abordaje más eficaz del acoso escolar.

Artículo recibido: 22/09/2016

Aceptado: 12/12/2016

Conflicto de intereses

La autora de este trabajo declara que no existe conflicto de intereses.

Referencias

- Álvarez-García, D., Núñez, J. C., Rodríguez, C., Álvarez, L., & Dobarro, A. (2011). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Violencia Escolar Revisado (CUVE-R). *Revista de Psicodidáctica*, 16(1), 59-83.
- Álvarez-García, D., Núñez, J. C., Álvarez, L., Dobarro, A., Rodríguez, C., & González-Castro, P. (2011). Violencia a través de las tecnologías de la información y la comunicación en estudiantes de secundaria. *Anales de Psicología*, 27(1), 221-231.
- Arnaiz, P., Cerezo, F., Giménez, A. M., & Maquilón, J. J. (2016). Conductas de ciberadicción y experiencias de cyberbullying entre adolescentes. *Anales de Psicología*, 32(3), 761-769.
- Babarro, J. M., Espinosa, E. R., & Arias, R. M. (2014). *Desajuste psicológico de las víctimas de acoso escolar: Un análisis evolutivo desde la educación primaria hasta la secundaria*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/recursos/Desajustepsicologicovictimadeacosoescolar.pdf>
- Buelga, S., Cava, M. J., & Musitu, G. (2010). Cyberbullying: victimización entre adolescentes a través del teléfono móvil y de Internet. *Psicothema*, 22, 784-789.
- Cava, M. J. (2011). Familia, profesorado e iguales: claves para el apoyo a las víctimas de acoso escolar. *Psychosocial Intervention*, 20(2), 183-192. doi: 10.5093/in2011v20n2a6
- Cerezo, F., Calvo, A., & Sánchez, C. (2011). *Programa CIP: Concienciar, informar y prevenir, para la intervención psicoeducativa y tratamiento diferenciado de bullying*. Madrid: Pirámide.
- Corman, L. (1967). *El test del dibujo de la familia en la práctica médica-pedagógica*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Devine, P., & Lloyd, K. (2012). Internet use and psychological wellbeing among 10-year-old and 11-year-old children. *Child Care in Practice*, 18(1), 5-22. doi: 10.1080/13575279.2011.621888
- Díaz-Aguado, M. J., Martínez-Arias, R., & Babarro, J. M. (2013). El acoso entre adolescentes en España. Prevalencia, papeles adoptados por todo el grupo y características a las que atribuyen la victimización. *Revista de Educación*, 362, 348-379. doi: 10.4438/1988-592X-RE-2011-362-164
- Elledge, L. C., Williford, A., Boulton, A. J., DePaolis, K. J., Little, T. D., & Salmivalli, C. (2013). Individual and contextual predictors of cyberbullying: The influence of children's provictim attitudes and teachers' ability to intervene. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(5), 698-710. doi: 10.1007/s10964-013-9920-x
- Estévez, E., Martínez, B., & Musitu, G. (2006). La autoestima en adolescentes agresores y víctimas en la escuela: La perspectiva multidimensional. *Intervención Psicosocial*, 15(2), 223-232.
- Garaigordobil, M. (2011). Prevalencia y consecuencias del cyberbullying: una revisión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(2), 233-254.

- Garaigordobil, M., & Aliri, J. (2013). Ciberacoso (cyberbullying) en adolescentes y jóvenes del País Vasco: Diferencias de sexo en víctimas, agresores y observadores. *Psicología Conductual*, 21(3), 461-474.
- Garaigordobil, M., Martínez-Valderrey, V., & Aliri, J. (2013). Autoestima, empatía y conducta agresiva en adolescentes víctimas de bullying presencial. *European Journal of investigation in health, psychology and education*, 3(1), 29-40. doi: 10.1989/ejihpe.v3i1.21
- Garaigordobil, M., & Martínez-Valderrey, V. (2014). Efecto del Cyberprogram 2.0 sobre la reducción de la victimización y la mejora de la competencia social en la adolescencia. *Revista de Psicodidáctica*, 19(2), 289-305. doi: 10.1387/RevPsicodidact.10239
- García, F., Gracia, E., & Zeleznova, A. (2013). Validation of the English version of the Five-Factor Self-Concept Questionnaire. *Psicothema*, 25(4), 549-555. doi: 10.7334/psicothema2013.33
- García, F., & Musitu, G. (2014). *AF5: Autoconcepto forma 5. Versión revisada y ampliada*. Madrid: TEA Ediciones.
- García-Bacete, F. J., Sureda, I., & Monjas, M. I. (2010). El rechazo entre iguales en la educación primaria: Una panorámica general. *Anales de Psicología*, 26(1), 123-136.
- Giménez-Gualdo, A. M., Maquilón-Sánchez, J. J., & Arnaiz, P. (2014). Acceso a las tecnologías, rendimiento y cyberbullying en escolares de educación secundaria. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 5(2), 119-133.
- Gómez, A. M. (2009) *El juego de pensamientos para niños*. Phoenix, AZ: anagomez.org.
- González, J., Fernández, S., Pérez, E., & Santamaría, P. (2004). *Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes (BASC)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Inglés, C. J., Hidalgo, M. D., & Méndez, F. X. (2005). Interpersonal difficulties in adolescence: A new self-report measure. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(1), 11-22. doi: 10.1027/1015-5759.21.1.11
- Inglés, C. J., Marzo, J. C., Hidalgo, M. D., Zhou, X., & García-Fernández, J. M. (2008). Factorial invariance of the Questionnaire about Interpersonal Difficulties for Adolescents across Spanish and Chinese adolescent samples. *Measuring and Evaluation in Counseling and Development*, 41(2), 89-103.
- Morán, C. (2006). Intervención cognitivo-conductual en el acoso escolar: un caso clínico de bullying. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 51-56.
- Navarro, R., Ruiz-Oliva, R., Larrañaga, E., & Yubero, S. (2015). The impact of cyberbullying and social bullying on optimism, global and school-related happiness and life satisfaction among 10-12-year-old schoolchildren. *Applied Research in Quality of Life*, 10(1), 15-36. doi: 10.1007/s11482-013-9292-0
- Olweus, D. (1999). Norway. En P. K. Smith, Y. Morita, J. Junger-Tas, D. Olweus, R. Catalano & P. Slee, *The nature of school bullying. A cross-national perspective*. (pp. 28-48). Londres: Routledge.
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (2004). *BASC: Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.
- Rodríguez-Hidalgo, A. J., Ortega-Ruiz, R., & Zych, I. (2014). Victimización étnico-cultural entre iguales: Autoestima y relaciones en la escuela entre diferentes grupos culturales de estudiantes en Andalucía (España). *Revista de Psicodidáctica*, 19(1), 191-210. doi: 10.1387/RevPsicodidact.7909
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Sánchez, C., & Cerezo, F. (2011). Estatus social de los sujetos implicados en bullying. Elementos para la mejora de la convivencia en el aula. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 22(2), 137-149. doi: 10.5944/reop.vol.22.num.2.2011.62
- Sánchez, V., Ortega, R., & Menesini, E. (2012). La competencia emocional de agresores y víctimas de bullying. *Anales de psicología*, 28(1), 71-82.
- Vives, M. (2005). *Tests proyectivos. Aplicación al diagnóstico y tratamientos clínicos*. Barcelona: Edicions Universitat de Barcelona.
- Zwierzynska, K., Wolke, D., & Lereya, T. S. (2013). Peer victimization in childhood and internalizing problems in adolescence: A prospective longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(2), 309-323. doi: 10.1007/s10802-012-9678-8
- Zych, I., Ortega-Ruiz, R., & Marín-López, I. (2016). Cyberbullying: a systematic review of research, its prevalence and assessment issues in Spanish studies. *Psicología Educativa*, 22(1), 5-18. doi: 10.1016/j.pse.2016.03.002

