Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente
ISSN: 1578-1062

REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE
REVUE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT
JOURNAL OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY AND PSYCHOLOGY

ISSN 1578-1062
Volumen :12, número : 1, año : 2026, pp. : 1 - 10
Artículo bajo licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0
DOI : https://doi.org/10.65549/wjpcev89

El acoso escolar como forma de presentación de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes

Le harcèlement scolaire comme mode de révélation des troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent

School bullying as a mode of presentation of psychiatric disorders in children and adolescents

Dr Yasmine Benslimane[1], Pr Bouchra Aabbassi[1 2], Pr Fatiha Manoudi[3]

[1] Équipe universitaire de pédopsychiatrie, CHU Mohammed VI de Marrakech, Maroc.
[2] Centre de recherche « Santé, enfance et développement », Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc.
3 s Équipe de recherche pour la santé mentale, Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc.

Correspondance :
Dr benslimane yasmine
ORCID : https://orcid.org/0000-0003-1461-9173
E-mail : ybenslimane3@gmail.com
Recibido : 16/11/2026
Aceptado :23/11/2026

RÉSUMÉ

Objectif. Décrire les circonstances d'identification du harcèlement scolaire et les troubles psychiatriques associés chez les enfants et adolescents suivis en consultation de pédopsychiatrie à l'hôpital Ibn Nafis (CHU Mohammed VI de Marrakech), ainsi que les caractéristiques et le contexte du harcèlement, son retentissement scolaire, la chronologie par rapport au début des troubles, les facteurs de vulnérabilité et de protection, la prise en charge et la réponse de l'établissement scolaire.

Matériel et méthodes. Étude descriptive monocentrique portant sur 54 enfants et adolescents âgés de 8 à 16 ans, présentant un antécédent de harcèlement scolaire et ayant consulté en pédopsychiatrie. Les fiches ont été saisies du 7 juin au 17 octobre 2026 à l'aide d'une fiche de collecte standardisée et analysées de façon descriptive. Le risque suicidaire a été évalué par la C-SSRS.

Résultats. L'âge moyen était de 11,9 ± 1,9 ans et les garçons représentaient 66,7 % de l'échantillon. Le harcèlement était verbal chez 94 % des patients, quotidien chez 83 %, évoluant depuis plus de 12 mois chez 61 % et survenant dans l'enceinte scolaire dans 93 % des cas. Une violence intrafamiliale était associée chez 41 %. Le harcèlement n'était identifié comme facteur causal lors de la première consultation que chez 37 % des patients, les motifs de consultation dominants étant les difficultés scolaires (46 %) et le syndrome anxieux (26 %). Un diagnostic psychiatrique était retenu chez 81 % des patients (trouble anxieux 31 %, trouble dépressif 24 %, déficience intellectuelle 20 %). Le harcèlement précédait le trouble chez 70 % des patients présentant un trouble dépressif et 60 % de ceux présentant un trouble anxieux, et il était présent depuis l'entrée à l'école chez tous les patients porteurs d'une déficience intellectuelle. Aucune idéation suicidaire active n'était rapportée. La réponse de l'établissement scolaire était inexistante dans 76 % des cas.

Conclusion. Dans cette population clinique hospitalière, le harcèlement scolaire apparaît verbal, quotidien, durable et presque exclusivement scolaire, souvent associé à une violence intrafamiliale et à un cumul d'événements de vie stressants. Il n'est identifié comme facteur causal lors de la première consultation que dans une minorité de cas, le plus souvent derrière des difficultés scolaires ou un syndrome anxieux. Sa recherche systématique lors de toute première consultation de pédopsychiatrie, l'évaluation conjointe du contexte familial et du risque suicidaire et une liaison structurée avec les établissements scolaires s'imposent.

Mots-clés : harcèlement scolaire ; enfant ; adolescent ; pédopsychiatrie ; santé mentale.

ABSTRACT

Objective. To describe the circumstances in which school bullying is identified and the associated psychiatric disorders in children and adolescents attending the child and adolescent psychiatry clinic at Ibn Nafis Hospital (Mohammed VI University Hospital, Marrakesh), as well as the characteristics and context of the bullying, its academic impact, its timing relative to the onset of the disorders, vulnerability and protective factors, management, and the school's response.

Materials and methods. A single-centre descriptive study of 54 children and adolescents aged 6 to 16 years with a history of school bullying who attended the child and adolescent psychiatry clinic. Records were entered between 7 June and 17 October 2026 using a standardised data collection form and analysed descriptively. Suicide risk was assessed with the C-SSRS.

Results. The mean age was 11.9 ± 1.9 years and boys accounted for 66.7 per cent of the sample. The bullying was verbal in 94 per cent of patients, daily in 83 per cent, ongoing for more than 12 months in 61 per cent and occurred on school premises in 93 per cent of cases. Intrafamilial violence was associated in 41 per cent. Bullying was identified as a causal factor at the first consultation in only 37 per cent of patients, the main reasons for consultation being school difficulties (46 per cent) and anxiety syndrome (26 per cent). A psychiatric diagnosis was made in 81 per cent of patients (anxiety disorder 31 per cent, depressive disorder 24 per cent, intellectual disability 20 per cent). Bullying preceded the disorder in 70 per cent of patients with a depressive disorder and 60 per cent of those with an anxiety disorder and had been present since school entry in all patients with intellectual disability. No active suicidal ideation was reported. The school's response was non-existent in 76 per cent of cases.

Conclusion. In this hospital-based clinical population, school bullying appears to be verbal, daily, long-

lasting and almost exclusively school-based, often associated with intrafamilial violence and an accumulation of stressful life events. It is identified as a causal factor at the first consultation in only a minority of cases, most often behind school difficulties or anxiety syndrome. Systematic screening for bullying at every first child psychiatry consultation, joint assessment of the family context and suicide risk, and structured liaison with schools are warranted.

Keywords: school bullying; child; adolescent; child and adolescent psychiatry; mental health.

RESUMEN

Objetivo. Describir las circunstancias en las que se identifica el acoso escolar y los trastornos psiquiátricos asociados en niños y adolescentes atendidos en la consulta de psiquiatría infantil del Hospital Ibn Nafis (Hospital Universitario Mohammed VI de Marrakech), así como las características y el contexto del acoso, su repercusión escolar, la cronología respecto al inicio de los trastornos, los factores de vulnerabilidad y de protección, el tratamiento y la respuesta del centro escolar.

Material y métodos. Estudio descriptivo monocéntrico realizado con 54 niños y adolescentes de entre 8 y 16 años con antecedentes de acoso escolar, atendidos en la consulta de psiquiatría infantil. Las fichas se registraron entre el 7 de junio y el 17 de octubre de 2026 mediante una ficha de recogida de datos estandarizada y se analizaron de forma descriptiva. El riesgo suicida se evaluó con la C-SSRS.

Resultados. La edad media era de 11,9 ± 1,9 años y los chicos representaban el 66,7 % de la muestra. El acoso era verbal en el 94 % de los pacientes, diario en el 83 %, de más de 12 meses de evolución en el 61 % y se producía en el recinto escolar en el 93 % de los casos. En el 41 % se asociaba violencia intrafamiliar. El acoso solo se identificaba como factor causal en la primera consulta en el 37 % de los pacientes, y los principales motivos de consulta eran las dificultades escolares (46 %) y el síndrome ansioso (26 %). Se estableció un diagnóstico psiquiátrico en el 81 % de los pacientes (trastorno de ansiedad 31 %, trastorno depresivo 24 %, discapacidad intelectual 20 %). El acoso precedía al trastorno en el 70 % de los pacientes con trastorno depresivo y en el 60 % de los que presentaban un trastorno de ansiedad, y estaba presente desde el ingreso en la escuela en todos los pacientes con discapacidad intelectual. No se notificó ninguna ideación suicida activa. La respuesta del centro escolar fue inexistente en el 76 % de los casos.

Conclusión. En esta población clínica hospitalaria, el acoso escolar se presenta como verbal, diario, duradero y casi exclusivamente escolar, a menudo asociado a violencia intrafamiliar y a una acumulación de acontecimientos vitales estresantes. Solo en una minoría de casos se identifica como factor causal en la primera consulta, casi siempre detrás de dificultades escolares o de un síndrome ansioso. Se imponen la búsqueda sistemática del acoso en toda primera consulta de psiquiatría infantil, la evaluación conjunta del contexto familiar y del riesgo suicida, y una coordinación estructurada con los centros escolares.

INTRODUCCIÓN

El acoso escolar se define como un comportamiento agresivo intencionado y repetido a lo largo del tiempo, que se da en una relación caracterizada por un desequilibrio de poder entre el acosador y la víctima [1]. Puede ser verbal, físico, relacional o manifestarse en Internet, y afecta a niños y adolescentes en todos los sistemas educativos [2]. Frecuente y a menudo duradero, constituye hoy en día un problema de salud pública cuyas consecuencias trascienden ampliamente el ámbito escolar [3].

Más allá de sus repercusiones escolares y sociales, el acoso se reconoce como un factor de riesgo de trastornos mentales, en particular de depresión y ansiedad [4,5,6], y puede ir acompañado de una disminución de la autoestima [7], un empeoramiento del rendimiento académico [8] y un riesgo de suicidio [9,10]. No obstante, la relación entre el acoso y los trastornos psíquicos es compleja y probablemente bidireccional [11]: las dificultades psíquicas preexistentes pueden exponer al niño al acoso, lo que a su vez puede agravarlas o favorecer su aparición.

En la práctica clínica, el acoso suele pasar desapercibido [7,12]. El niño rara vez lo revela por sí mismo [13], y puede ocultarse tras diversos motivos de consulta, como dificultades escolares, quejas somáticas, manifestaciones de ansiedad o trastornos de conducta, o atribuirse a una patología subyacente, especialmente en niños con trastornos del desarrollo neurológico [14]. Sin embargo, su identificación en la consulta de psiquiatría infantil y la comprensión de su papel en la historia del trastorno son esenciales para ofrecer un tratamiento precoz y adecuado. Según nuestro conocimiento, los datos procedentes de consultas de psiquiatría infantil en Marruecos siguen siendo escasos.

En este contexto, nuestro trabajo tiene como objetivo caracterizar mejor el acoso escolar entre los niños y adolescentes atendidos en la consulta de psiquiatría infantil de Marrakech, con el fin de precisar las circunstancias en las que se identifica, los trastornos asociados y la respuesta que ofrecemos en nuestra práctica.

OBJETIVO

El objetivo principal era describir las circunstancias en las que se identifica el acoso escolar y los trastornos psiquiátricos asociados en los niños y adolescentes que acuden a la consulta de psiquiatría infantil del hospital Ibn Nafis (CHU Mohammed VI, Marrakech) y que presentan antecedentes de acoso escolar.

Los objetivos secundarios consistían en describir: (1) las características sociodemográficas de los pacientes; (2) las características y el contexto del acoso (solo en el ámbito escolar o con violencia intrafamiliar asociada); (3) su repercusión escolar; (4) el cuadro clínico y los diagnósticos al inicio de la consulta, incluido el riesgo de suicidio; (5) la cronología entre el acoso y el inicio de los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y la discapacidad intelectual; (6) los factores de vulnerabilidad y de protección; (7) la gestión y la respuesta del centro educativo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio y periodo

Se trata de un estudio descriptivo monocéntrico realizado en el servicio de psiquiatría infantil del hospital Ibn Nafis (CHU Mohammed VI de Marrakech). Las fichas se registraron entre el 7 de junio y el 17 de octubre de 2026.

Población del estudio y criterios de inclusión

Se incluyeron los pacientes que cumplían los cuatro criterios siguientes: edad comprendida entre los 6 y los 16 años; al menos una consulta en el servicio de psiquiatría infantil del hospital Ibn Nafis; antecedentes de acoso escolar; consentimiento informado de los padres o del representante legal para la participación del niño en el estudio. No se definió a priori ningún criterio de exclusión específico.

Recopilación de datos

Los datos se recopilaron mediante una ficha de recopilación estandarizada, elaborada en Google Forms y cumplimentada por un único encuestador. Cuando el niño no era capaz de expresarse o no se comunicaba verbalmente, eran los padres quienes informaban sobre el acoso escolar. Las variables estudiadas se referían a:

- Datos sociodemográficos y escolares: edad, sexo, nivel educativo, tipo de enseñanza, lugar de residencia, situación familiar y nivel socioeconómico estimado.
- Las características del acoso: formas, duración, frecuencia, lugares, autores, revelación a un adulto, denuncia, tiempo transcurrido entre el inicio del acoso y la primera consulta, repercusión escolar.
- El contexto del acoso: limitado al ámbito escolar o asociado a violencia o menosprecio intrafamiliar, estimado a partir de la violencia intrafamiliar comunicada entre los acontecimientos vitales estresantes.
- Circunstancias de identificación del acoso al inicio de la consulta: motivo de la consulta declarado desde el principio por la familia, motivo revelado posteriormente tras una investigación activa por parte del clínico, o acoso que no es el motivo de la consulta.
- Datos clínicos: motivos de consulta, síntomas iniciales, diagnósticos establecidos según el DSM-5 o la CIE-11, antecedentes psiquiátricos personales y familiares, trastornos del desarrollo neurológico.
- La cronología entre el inicio del acoso y la aparición del trastorno, evaluada para los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y la discapacidad intelectual a partir de la historia clínica relatada por el niño y sus padres.
- Factores de vulnerabilidad y de protección: apoyo familiar percibido (puntuado sobre 5, considerado bajo cuando es ≤ 2), adulto de referencia ajeno a la familia, relaciones con los compañeros antes del acoso, autoestima, acontecimientos vitales estresantes.
- Las modalidades de atención, los tratamientos prescritos, el seguimiento posterior y la respuesta del centro educativo.

Herramientas de evaluación

Los diagnósticos se establecieron sobre la base de la evaluación clínica, según el DSM-5 o la CIE-11. Las escalas estandarizadas (SCARED, PHQ-A) solo se utilizaron en algunos pacientes, cuando era necesario para respaldar el diagnóstico, y no de forma sistemática; por lo tanto, no se recogen sus puntuaciones. La autoestima se valoró clínicamente (baja, media, buena). El riesgo suicida se evaluó mediante la Escala de Grado de Gravedad del Suicidio de Columbia (C-SSRS): los niveles de ideación se clasifican del 1 al 5, desde el deseo de estar muerto hasta la existencia de una intención suicida con un plan, y los comportamientos suicidas se evalúan por separado.

Análisis estadístico

El análisis fue descriptivo. Las variables cualitativas se expresaron en números absolutos y porcentajes. Las variables cuantitativas se describieron mediante la media y la desviación estándar cuando su distribución lo permitía, o mediante la mediana y el intervalo intercuartílico en caso contrario. Las variables clínicas se describieron en la evaluación inicial (T0). No se realizó ningún análisis comparativo ni se extrajeron conclusiones sobre asociaciones estadísticas.

Aspectos éticos y conflictos de intereses

El estudio se llevó a cabo respetando los principios éticos aplicables a la investigación con menores. Se obtuvo el consentimiento informado del progenitor o del representante legal antes de la inclusión. Se preservó la confidencialidad de los datos y el anonimato de los participantes durante la recogida, el tratamiento y el análisis de la información. Los datos se utilizaron exclusivamente con fines científicos. No se ha declarado ningún conflicto de intereses en el marco de este trabajo.

RESULTADOS

1. Características sociodemográficas

La muestra está compuesta por 36 chicos (66,7 %) y 18 chicas (33,3 %). La edad media es de 11,9 ± 1,9 años. El grupo de edad de 12 a 14 años es el más representado (50 %), seguido del de 10 a 11 años (31,5 %). La mayoría de los pacientes cursan estudios de primaria (54 %), seguidos de los de secundaria (35 %). El 76 % de los pacientes asiste a centros de enseñanza pública, y el 87,0 % reside en zonas urbanas (dato no facilitado en el caso de un paciente). Los niños viven, en la mayoría de los casos, en una familia nuclear (65 %); el 24 % vive en una familia monoparental. El nivel socioeconómico estimado es medio en el 56 % de los casos (**tabla 1**).

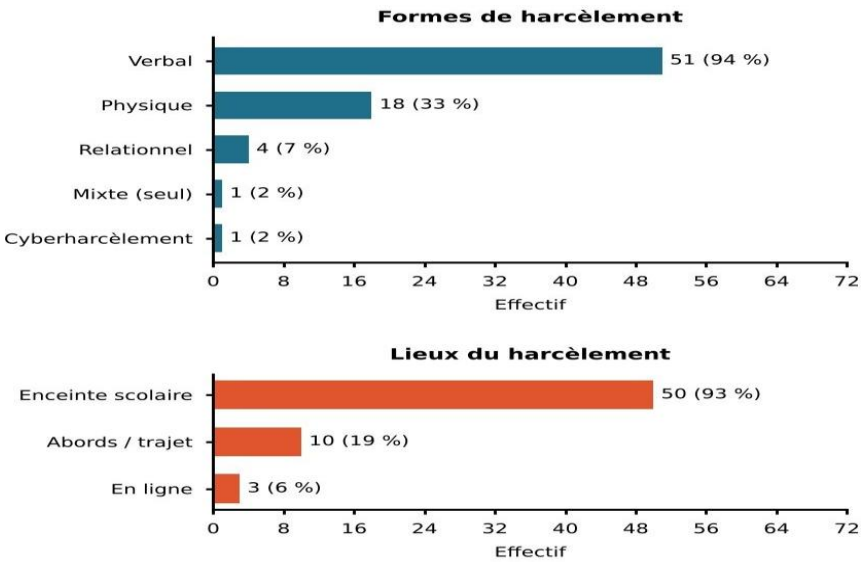
2. Características del acoso

El acoso es verbal en el 94 % de los casos (insultos, burlas), físico en el 33 %, relacional en el 7 %, y el 35 % de los pacientes sufre al menos dos formas combinadas. Solo se ha registrado un caso de ciberacoso puro; tres pacientes (5,6 %), incluido este caso, denuncian incidentes en línea, pero el 93 % de las situaciones tienen lugar dentro del recinto escolar y el 19 % en sus alrededores o durante el trayecto. Se señalan autores colectivos en el 57 % de los casos y autores individuales en el 48 % (**figura 1**).

Tabla 1. Características sociodemográficas (n = 54).

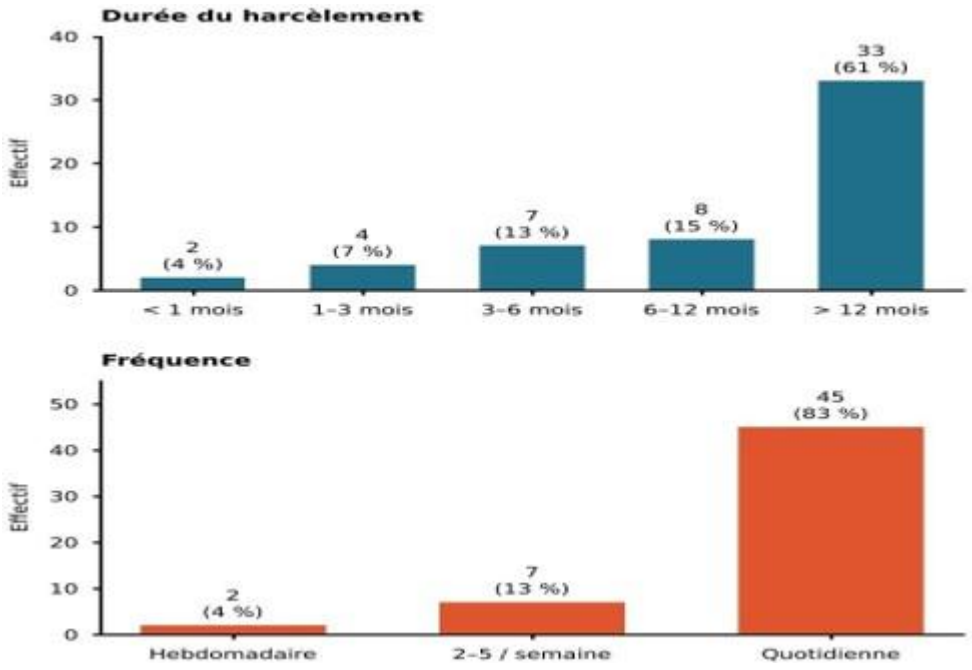
Características	Número de casos (n)	Porcentaje (%)
Sexo		
Chicos	36	66,7
Chicas	18	33,3
Edad media ± desviación estándar	11,9 ± 1,9 años	
Grupos de edad		
8–9 años	6	11,1
10–11 años	17	31,5
12–14 años	27	50,0
15–16 años	4	7,4
Nivel educativo		
Primaria	29	54
Secundaria	19	35
Instituto	5	9
Sin escolarizar	1	2
Tipo de enseñanza		
Pública	41	76
Privado	13	24
Tipo de vivienda		
Urbano	47	87,0
Rural	6	11,1
Sin datos	1	1,9
Estructura familiar		
Familia nuclear	35	65
Familia monoparental	13	24
Acogida/tutela, adopción o familia extensa	4	7,4
Familia reconstituida	2	3,7
Nivel socioeconómico estimado		
Medio	30	55,6
Bajo	22	40,7
Alto	2	3,7

Figura 1. Formas y lugares del acoso (respuestas múltiples)



La situación es crónica e intensa: el acoso dura más de 12 meses en el 61 % de los pacientes (el 76 % desde hace más de 6 meses) y es diario en el 83 % de los casos, y varias veces a la semana en el 13 % (**figura 2**). El 85 % de los niños se lo ha contado a un adulto. El tiempo mediano transcurrido entre el inicio del acoso y la primera consulta es de 12 meses (media: 17,9; intervalo intercuartílico: 7,5-19,5; dato disponible para 32 pacientes) (**figura 2**).

Figura 2. Duración y frecuencia del acoso.



3. Contexto del acoso: solo en el entorno escolar o con violencia intrafamiliar asociada

El acoso tiene lugar en el recinto escolar en el 93 % de los casos. Para determinar si la escuela es la única fuente de menosprecio hacia el niño, se ha evaluado el contexto familiar a partir de la violencia intrafamiliar señalada entre los acontecimientos vitales estresantes (**tabla 2**). Esta se observa en 22 pacientes (41 %), en los que el acoso se inscribe en un contexto de maltrato o menosprecio en el hogar, frente a 32 pacientes (59 %) en los que parece limitarse al entorno escolar.

Tabla 2. Contexto relacional del acoso (n = 54).

Contexto	Número de casos (n)	Porcentaje (%)
Acoso limitado al entorno escolar	32	**59,3**
Acoso escolar asociado a violencia o menosprecio dentro de la familia	**22**	**40,7**

Esta estimación se basa en la violencia intrafamiliar y no distingue entre la menosprecio verbal por parte de los padres y otras formas de violencia; puede subestimar las situaciones de menosprecio hacia el niño en las que no se ha denunciado violencia.

4. Repercusión escolar

Los resultados académicos han empeorado en el 63 % de los pacientes (de forma moderada en el 37 %, significativa en el 24 % y abandono escolar en el 2 %) y se mantienen sin cambios en el 37 % (figura 3). Se ha registrado absentismo en 6 de los 54 pacientes (11 %), lo que probablemente sea una subestimación, dada la frecuencia de los síntomas de evitación escolar.

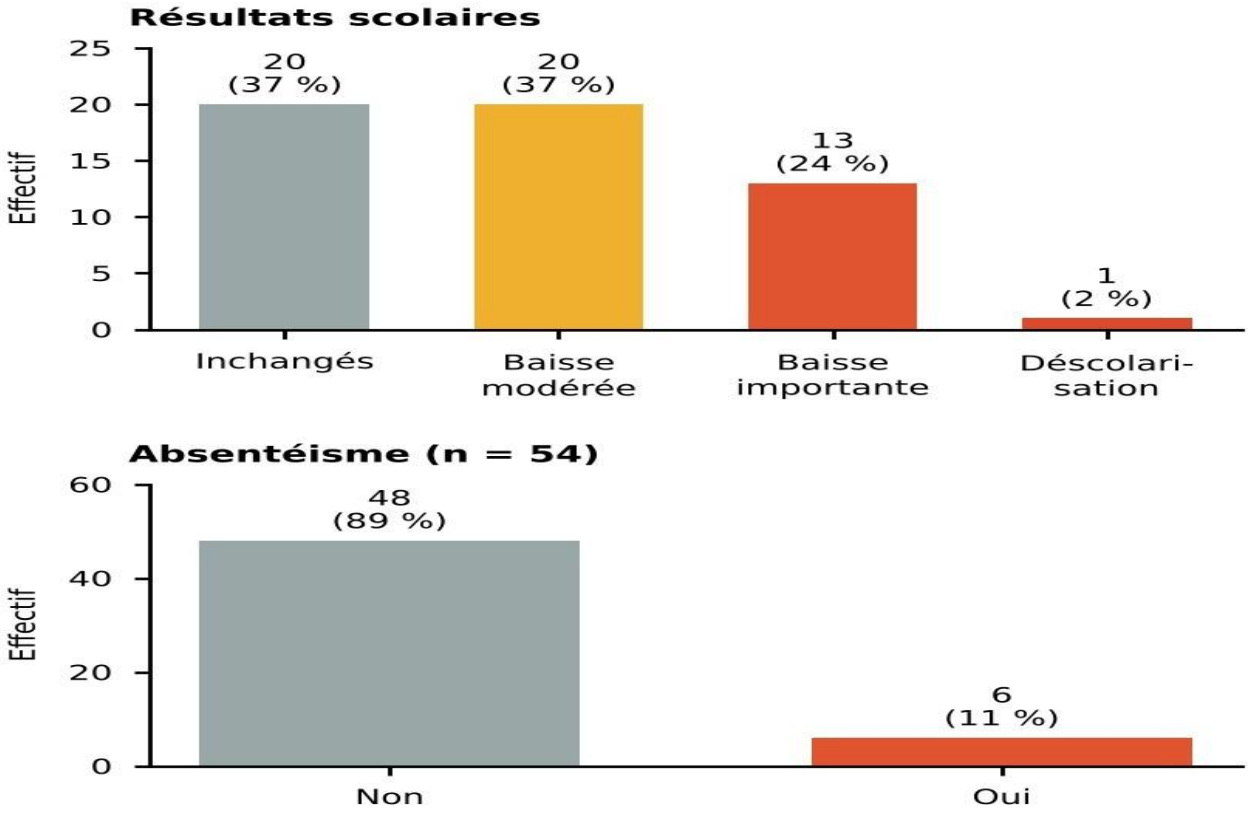


Figura 3. Evolución de los resultados escolares y el absentismo.

5. Cuadro clínico al inicio de la consulta

Motivos de consulta. Las dificultades escolares ocupan el primer lugar (46 %), seguidas del síndrome de ansiedad (26 %), el síndrome depresivo (9 %) y los trastornos de conducta (9 %). Se remite un caso aislado por quejas somáticas, rechazo escolar por ansiedad, ideas suicidas, movimientos anormales o denuncia externa.

Circunstancias de identificación del acoso. El acoso solo se identificó como factor causal en la primera consulta en el 37 % de los casos (n = 20) (figura 4). Constituyó el motivo de la consulta declarado desde el principio por la familia en el 28 % de los casos (n = 15), y solo se identificó de forma secundaria, durante la entrevista y tras una investigación activa por parte del profesional sanitario, en el 9 % de los casos (n = 5). En el 63 % de los casos (n = 34), el acoso no fue el motivo de la consulta.

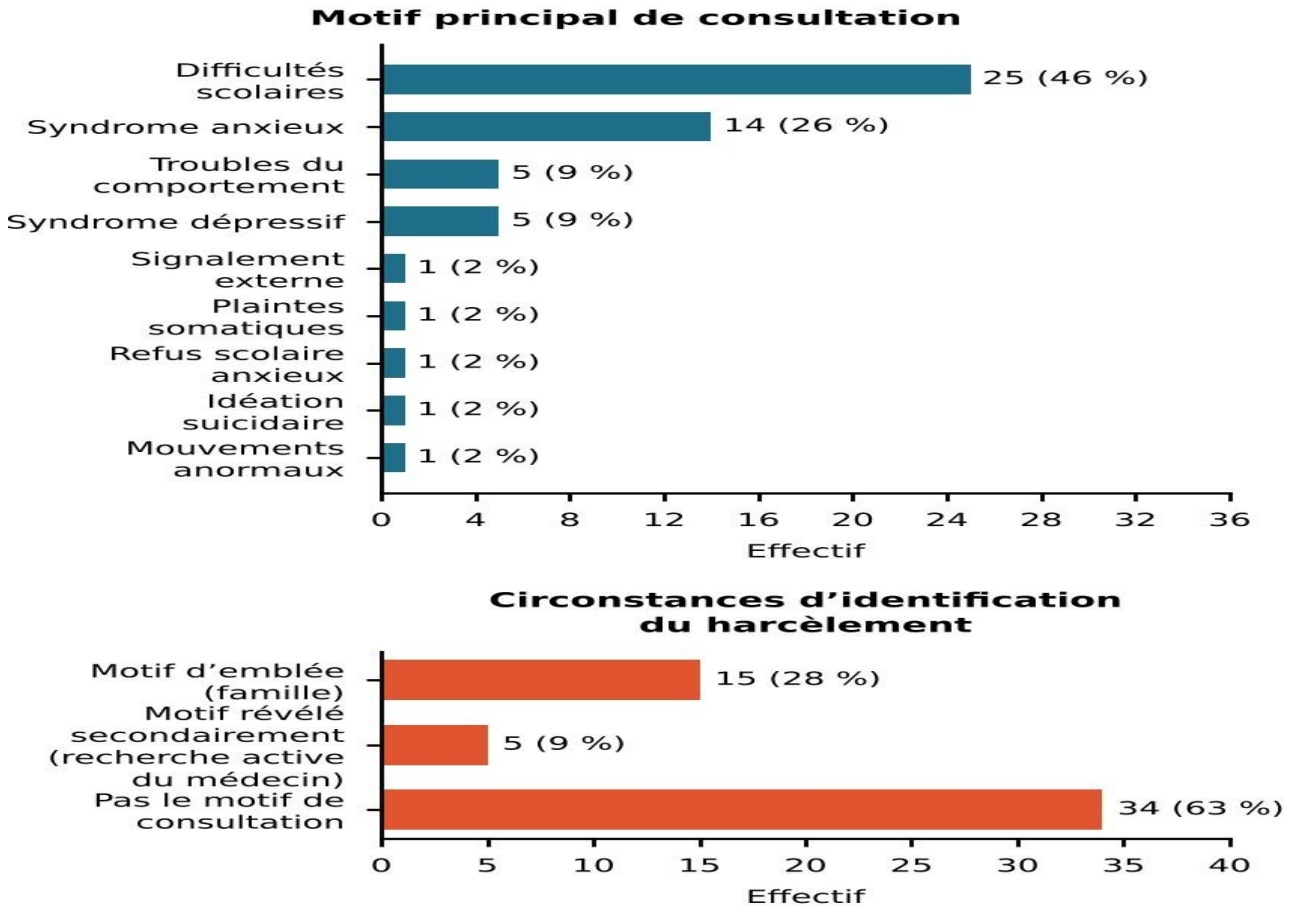


Figura 4. Motivo principal de la consulta y circunstancias de identificación del acoso.

Los niños con un trastorno del desarrollo neurológico confirmado (21 pacientes) acuden a consulta por dificultades escolares en el 86 % de los casos (18/21), frente al 21 % (7/33) del resto, lo que sugiere que el acoso queda fácilmente enmascarado por el cuadro escolar en estos pacientes.

Riesgo suicida. No se ha notificado ninguna idea suicida activa; 4 pacientes (7,4 %) presentan ideas suicidas pasivas (3 niños de 11 años y un niño de 12 años; 2 niñas y 2 niños), entre ellos el paciente derivado por ideas suicidas. Ninguno de estos cuatro pacientes recibe tratamiento farmacológico en el momento T0.

Diagnósticos. Se estableció al menos un diagnóstico en 44 pacientes (81 %), y varios en 12. Los más frecuentes son el trastorno depresivo (24 %), la discapacidad intelectual (20 %), los trastornos específicos del aprendizaje (19 %) y la ansiedad por separación (15 %). En total, el 31 % de los pacientes (17/54) presenta al menos un trastorno de ansiedad (ansiedad de separación, TAG, fobia social, trastorno de pánico), el 24 % (13/54) un trastorno depresivo y el 6 % un trastorno por estrés postraumático. Diez pacientes (19 %) no presentan ningún diagnóstico psiquiátrico.

Los antecedentes psiquiátricos personales son prácticamente inexistentes (1 caso); los antecedentes familiares en primer grado afectan al 30 % (16/54) de los pacientes, principalmente trastornos depresivos o de ansiedad (figura 5).

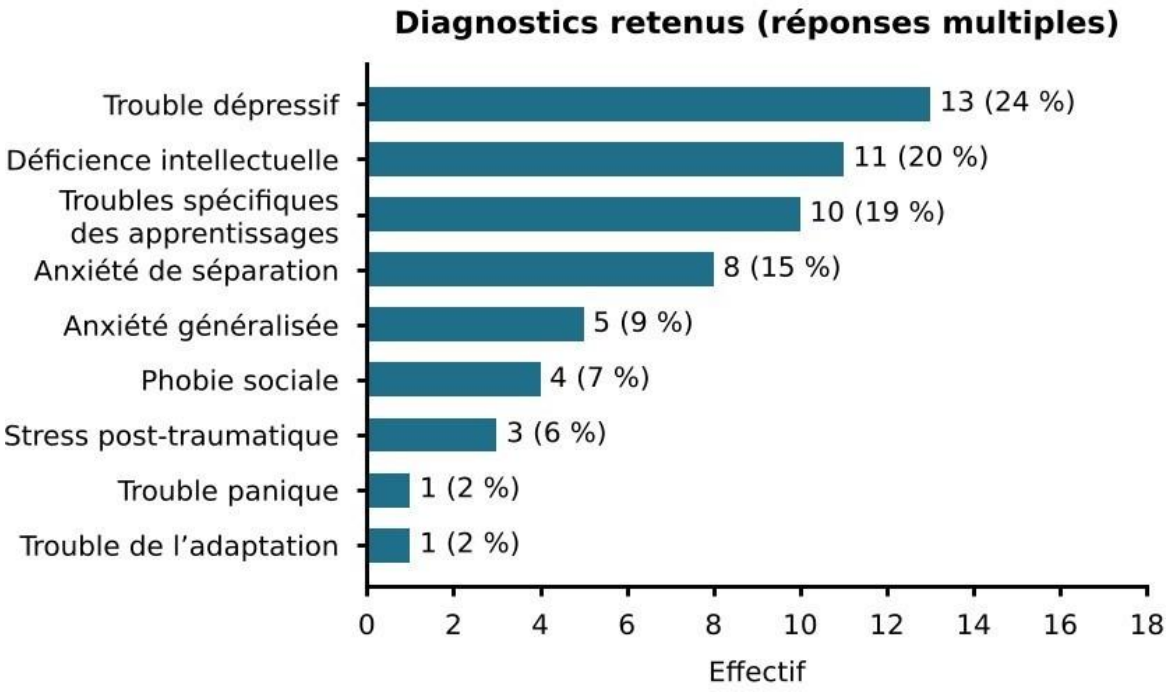


Figura 5. Diagnósticos establecidos tras la evaluación inicial (respuestas múltiples).

6. Cronología del acoso y inicio del trastorno según el diagnóstico

Se estudió la cronología entre el acoso y el inicio del trastorno en función del diagnóstico. Entre los pacientes con un trastorno depresivo, el acoso precedía a la aparición de la depresión en el 70 % de los casos. Entre los que presentaban un trastorno de ansiedad, precedía al desarrollo de la ansiedad en el 60 % de los casos. En el caso de los pacientes con discapacidad intelectual, todos (el 100 %) habían sufrido acoso desde su incorporación al colegio.

7. Factores de vulnerabilidad y de protección

El apoyo familiar percibido es, de media, de 2,8/5 y se considera escaso (≤ 2) en el 43 % de los niños. El 67 % cuenta con un adulto de referencia ajeno a la familia; por el contrario, el 74 % tenía relaciones con sus compañeros solo parciales (61 %) o sufría un aislamiento preexistente (13 %) antes del acoso. La autoestima es baja en el 30 % de los pacientes (figura 6). Se observan acontecimientos vitales estresantes concomitantes en el 74 % de los pacientes: violencia intrafamiliar (41 %), separación o divorcio de los padres (35 %), mudanza o cambio de centro educativo (19 %) **(figura 7**). Por lo tanto, el contexto suele caracterizarse por una acumulación de adversidades, lo que dificulta atribuir los síntomas únicamente al acoso.

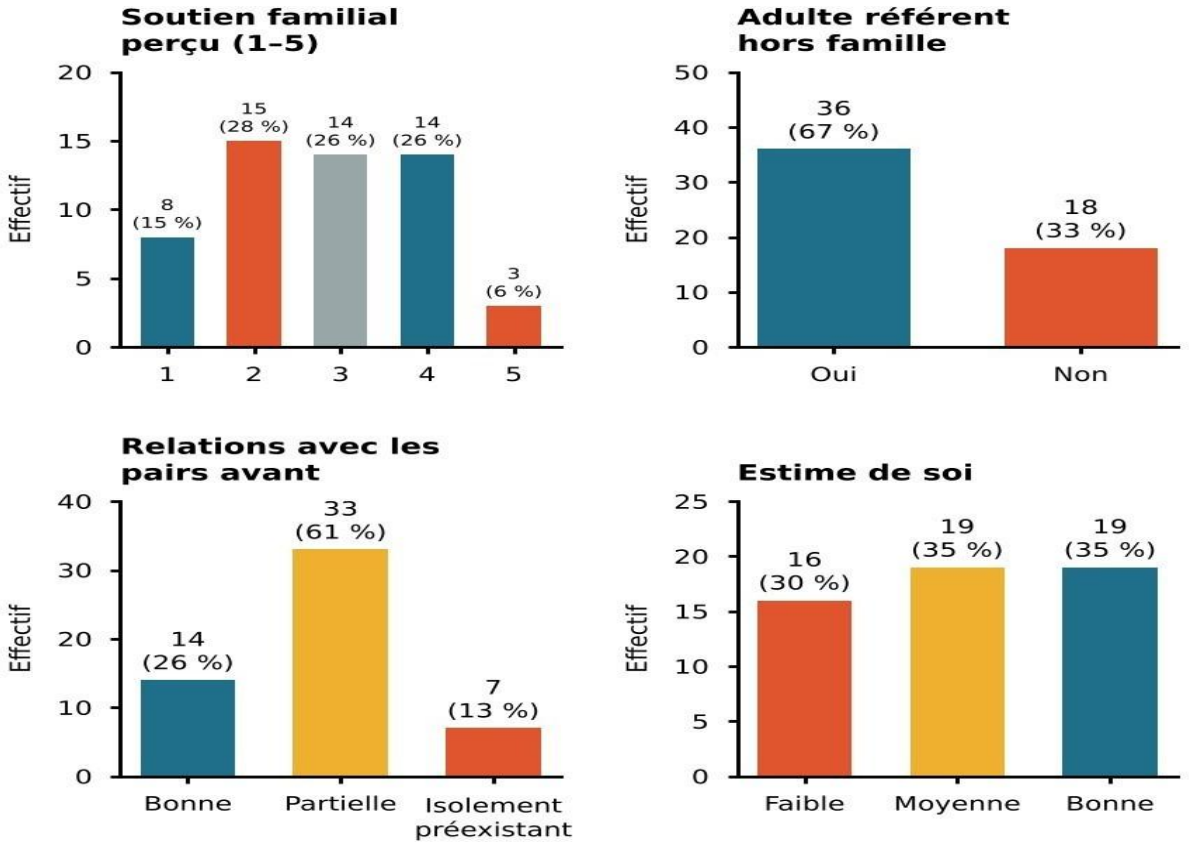


Figura 6. Apoyo familiar, figura de referencia adulta, relaciones con los compañeros y autoestima.

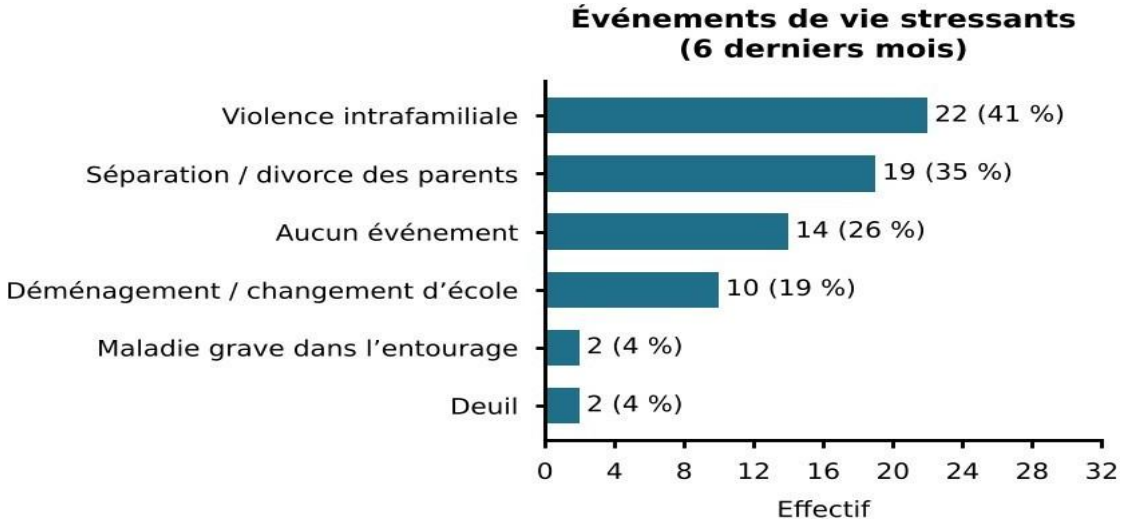


Figura 7. Acontecimientos vitales estresantes en los últimos 6 meses.

8. Atención y respuesta del centro educativo

Se inicia una psicoterapia individual en el 98 % de los pacientes y se imparte psicoeducación al 76 %. Diez pacientes (19 %) reciben tratamiento farmacológico: antidepresivos del tipo ISRS (8 pacientes: fluoxetina o sertralina), uno de ellos asociado a risperidona en dosis bajas, o hidroxizina (2 pacientes). La colaboración estructurada con el centro educativo (RASED) y la terapia familiar so e indicadas solo en un paciente cada una (**figura 8)**, mientras que se realiza una notificación en el 67 % de los casos (**figura 9**).

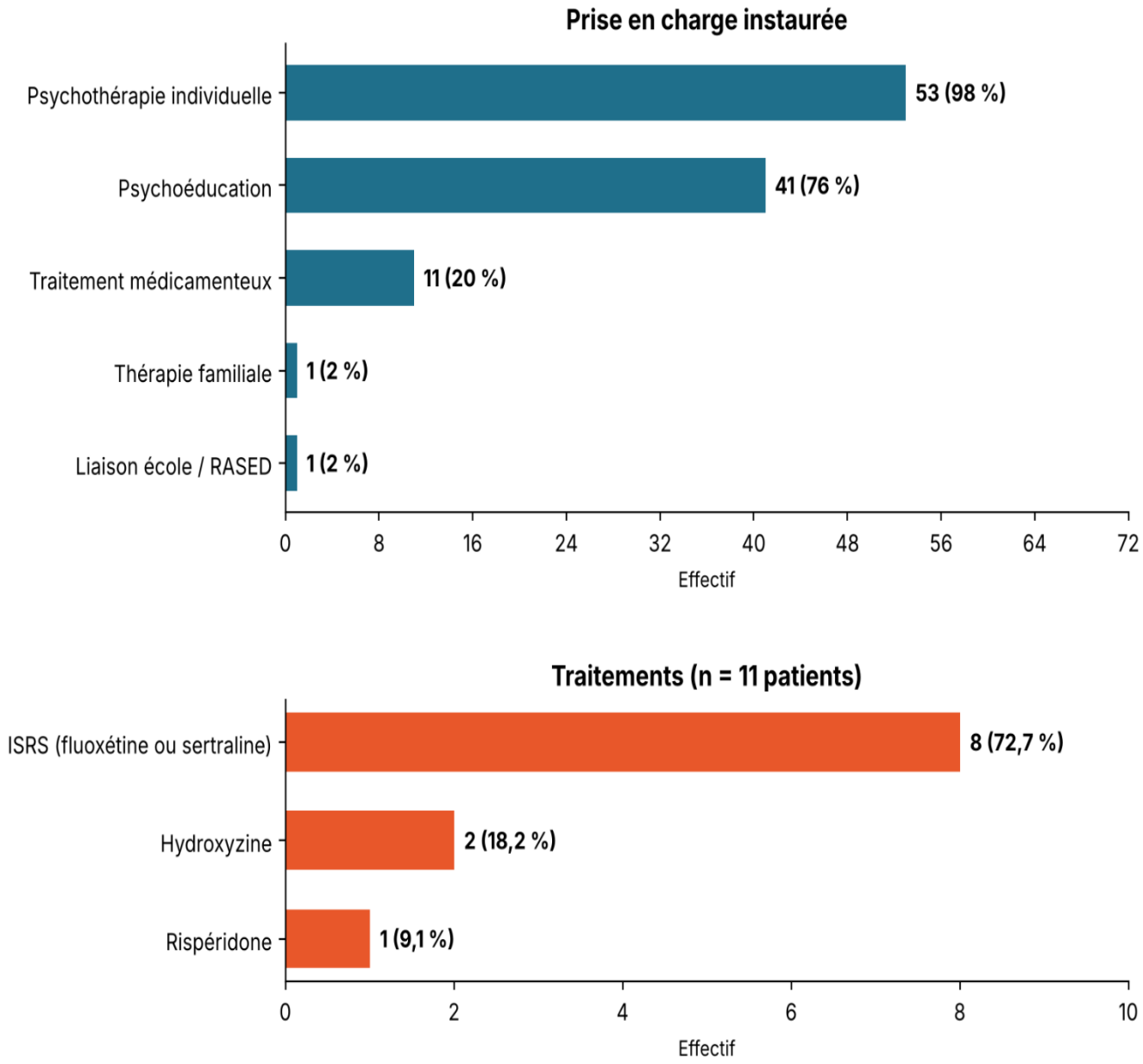


Figura 8. Tipos de tratamiento iniciados al término de T0 y tratamientos prescritos.

En el 67 % de los casos se realiza una notificación oficial o se trabaja con el equipo docente; en el 17 % no se considera necesario y en el 17 % la familia lo rechaza o lo frena. La respuesta del centro educativo es inexistente en el 76 % de los casos (n = 54); se consigue una adaptación escolar en el 11 % y un cambio de centro en el 13 %. Se mantiene el seguimiento del 57 % de los pacientes (31/54), se pierde el rastro del 35 % (19) y el 7 % está ausente por motivos conocidos (4).

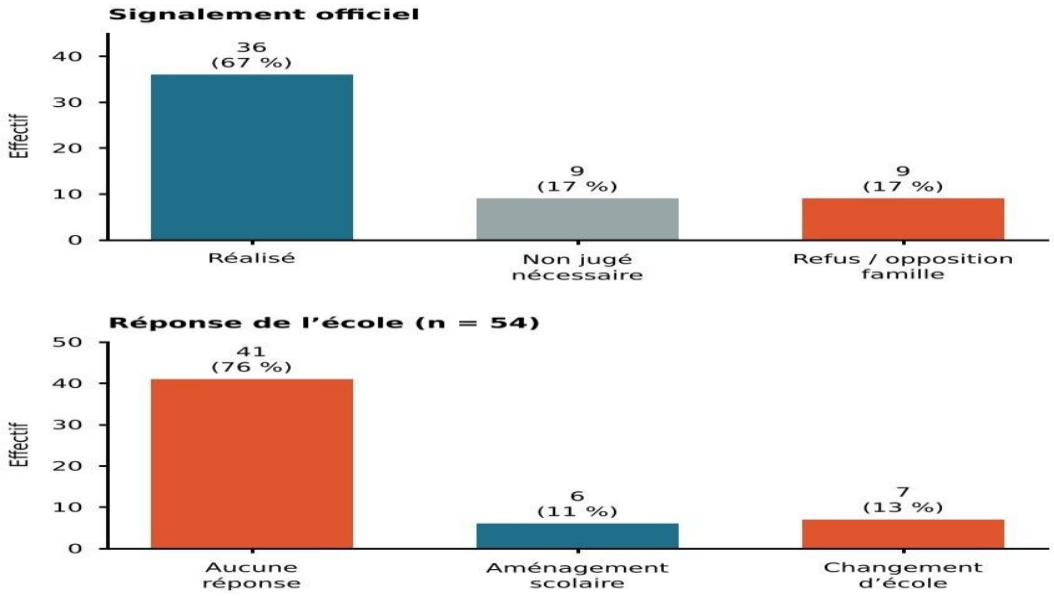


Figura 9. Notificación oficial y respuesta del centro educativo.

DISCUSIÓN

Nuestro estudio, realizado con 54 niños y adolescentes atendidos en psiquiatría infantil por antecedentes de acoso escolar, pone de manifiesto cinco conclusiones: un acoso casi exclusivamente escolar, verbal, cotidiano y prolongado; una acumulación frecuente de adversidades familiares; un cuadro clínico polimórfico en el que el acoso solo se identifica como factor causal en la primera consulta en el 37 % de los casos; una precedencia del acoso respecto al trastorno en el 70 % de los trastornos depresivos y en el 60 % de los trastornos de ansiedad, y desde el inicio de la escolarización en todos los pacientes con discapacidad intelectual; y una respuesta inexistente por parte del centro educativo en tres de cada cuatro casos.

Características de los pacientes

El predominio masculino (66,7 %; ratio de sexos de 2) concuerda con los análisis internacionales [2], aunque no tanto con los datos de Fez, donde las prevalencias son similares entre ambos sexos [15], y difiere de una consulta de psicoterapia en la que las víctimas eran con mayor frecuencia niñas [12]. Sin duda, esto se debe tanto al proceso de selección de un servicio de psiquiatría infantil, donde los trastornos del desarrollo neurológico son frecuentes (39 %) y se asocian a una mayor exposición al acoso [14], como a una diferencia real en la exposición. La proporción correspondiente a la enseñanza primaria (54 %) difiere de los datos marroquíes sobre la población escolar, donde las víctimas son más numerosas en la enseñanza secundaria [16]; podría reflejar el modo de selección, sobre todo teniendo en cuenta que al menos seis niños de 12 años o más siguen matriculados en primaria, lo que sugiere retrasos escolares. El perfil urbano, de centros públicos y de nivel socioeconómico medio o bajo es compatible con la asociación, de escasa magnitud, entre un nivel socioeconómico bajo y la victimización [2].

Características del acoso

El predominio del acoso verbal (94 %) concuerda con los datos internacionales [2] y marroquíes [16]. La frecuencia del acoso físico (33 %) es similar a la de los alumnos marroquíes de primaria [16], aunque las definiciones no son comparables, mientras que la baja frecuencia del acoso relacional (7 %) difiere de los datos internacionales [2]. El ciberacoso, poco frecuente en este estudio (tres pacientes, es decir, el 5,6 %), es inferior al registrado en Fez [15] y entre los jóvenes con trastornos psíquicos o del desarrollo neurológico [14], lo que puede deberse a la edad relativamente temprana de nuestra muestra. El acoso tiene lugar en el recinto escolar en el 93 % de los casos, con autores colectivos en el 57 %: la escuela es a la vez el lugar donde se produce y aquel donde puede organizarse la respuesta, lo que aboga por intervenciones a escala del centro. Su duración (más de 12 meses en el 61 % de los pacientes) y su frecuencia diaria (83 %) superan claramente las de los estudios realizados en la población escolar [2] y sugieren que los niños que acuden a consulta son los más gravemente expuestos, ya que la repetición y la persistencia de la exposición aumentan el riesgo de trastornos de ansiedad y depresión [5]. El plazo medio de 12 meses refleja una exposición prolongada antes de la primera consulta.

Detección del acoso

El 85 % de los niños se lo había contado a un adulto, una proporción superior a la observada en la población escolar [13], lo que probablemente se deba a la selección clínica y a la recopilación de información de los padres en el caso de los niños que no se comunican verbalmente. Sin embargo, el acoso solo se reconoce como factor causal en la primera consulta en el 37 % de los casos, siendo los motivos predominantes las dificultades escolares (46 %) y el síndrome de ansiedad (26 %). Por lo tanto, el obstáculo no parece ser únicamente el silencio del niño, sino la relación que establecen los adultos entre lo que este dice y los síntomas que motivan la consulta. Esta constatación concuerda con la literatura científica, según la cual el acoso no se evalúa de forma rutinaria en los servicios de salud mental [7,12], y aboga por incluir una pregunta sistemática sobre las relaciones con los compañeros y la experiencia escolar en toda primera consulta. En el caso de los niños con un trastorno del desarrollo neurológico, las dificultades escolares motivan la consulta en el 86 % de los casos (18/21), frente al 21 % (7/33) de los demás: el rendimiento escolar tiende a ocultar el acoso, ya que el trastorno basta para explicar las dificultades [14].

Contexto familiar y repercusiones escolares

En el 41 % de los pacientes se observa violencia intrafamiliar, lo que concuerda con la relación establecida entre el maltrato y la victimización por parte de los compañeros [19], ya que la acumulación de victimizaciones se asocia a un mayor malestar [20]. Para estos niños, es posible que ni el colegio ni el hogar constituyan un refugio, lo que podría frenar su deseo de pedir ayuda [7]: por lo tanto, la atención debe incluir la evaluación de la violencia intrafamiliar y la protección del menor. El rendimiento académico disminuye en el 63 % de los pacientes, lo que concuerda con la asociación entre el acoso y un menor rendimiento académico [8].

Riesgo suicida y diagnósticos

No se ha informado de ninguna ideación activa, lo que difiere de la literatura que establece un

vínculo entre la victimización y las ideas suicidas [9,10], cuya intensidad varía, sin embargo, según los estudios [9]. La presencia de ideación pasiva en cuatro niños, no tratados, justifica una reevaluación periódica del riesgo (C-SSRS). La frecuencia de los trastornos de ansiedad (31 %) y depresivos (24 %) concuerda con las revisiones sistemáticas [4,5] y las muestras clínicas [12,21]. El e baja tasa de trastorno por estrés postraumático (6 %) difiere de la literatura [12,22,23], quizá porque el acoso no figura explícitamente en el criterio A, lo cual es objeto de debate. El 19 % de pacientes sin diagnóstico puede reflejar un malestar por debajo del umbral diagnóstico: la evaluación no debe reducirse a la búsqueda de un diagnóstico concreto.

Cronología del acoso y inicio del trastorno

El acoso precede al trastorno en el 70 % de los pacientes con depresión y en el 60 % de los pacientes con ansiedad, lo que concuerda con los datos longitudinales [4,5,6], y su antigüedad hace plausible que desempeñe un papel desencadenante o agravante [5]. Sin embargo, esta antelación no es constante, lo cual concuerda con la relación bidireccional entre la victimización y los trastornos internalizados [11,24]; la vulnerabilidad preexistente (antecedentes familiares en el 30 %, relaciones parciales con los compañeros o aislamiento en el 74 %) pudo haber favorecido tanto el acoso como el trastorno. En los pacientes con discapacidad intelectual, el acoso está presente desde el inicio de la escolarización en todos los casos, en consonancia con la elevada victimización descrita en esta población [14,25]. Dado que el acoso no puede causar una discapacidad de origen evolutivo, la cuestión relevante es la de la precocidad y la duración de la exposición, lo que justifica una vigilancia desde el inicio de la escolarización.

Factores de vulnerabilidad y de protección

Un escaso apoyo familiar (43 %), unas relaciones con los compañeros frágiles antes del acoso (74 %) y una baja autoestima (30 %) concuerdan con los factores moderadores descritos en la literatura [5,7]. El 67 % de los niños cuenta con un adulto de referencia ajeno a la familia, lo que contrasta con la respuesta muy limitada por parte del colegio. La acumulación de acontecimientos vitales estresantes (74 %) dificulta atribuir los síntomas únicamente al acoso, pero no exime a este: obliga a investigarlo y abordarlo en paralelo a los demás factores [3].

Tratamiento y respuesta del centro educativo

La atención se centra en la psicoterapia individual (98 %) y la psicoeducación (76 %), mientras que el uso de medicamentos sigue siendo limitado (19 %), en consonancia con las recomendaciones de apoyo psicológico individual [7]; aún deben desarrollarse intervenciones centradas en el acoso en el contexto clínico [12]. Teniendo en cuenta la violencia intrafamiliar (41 %) y el escaso apoyo familiar (43 %), el recurso muy limitado a la terapia familiar es un aspecto que debe mejorarse. En el 67 % de los casos se realiza una notificación o se trabaja con el equipo docente (rechazado o frenado por la familia en el 17 %, un obstáculo que merece un análisis cualitativo), pero la respuesta del colegio es inexistente en el 76 %, mientras que los alumnos acosados rara vez se confían al personal escolar [13] y los programas escolares reducen la victimización [26], sobre todo entre los más gravemente afectados [17]. Esta constatación aboga por un protocolo de coordinación entre la consulta y los centros escolares. Por último, el 35 % de los pacientes con los que se ha perdido el contacto pone en peligro la continuidad de la atención y anima a reforzar el vínculo con las familias.

Puntos fuertes y limitaciones

Este estudio aporta datos locales sobre un fenómeno poco documentado en el ámbito de la psiquiatría infantil en Marruecos, con una recopilación estandarizada de datos, el consentimiento de los representantes legales y una evaluación del riesgo suicida mediante una escala validada (C-SSRS). Se trata de un estudio monocéntrico, descriptivo y con un tamaño de muestra limitado (n = 54). El seguimiento (T1) permitirá estudiar la evolución clínica y escolar de estos niños, y un estudio comparativo que incluya a niños que acuden a consulta sin antecedentes de acoso permitiría comprobar si el cuadro escolar enmascara el acoso en los niños con un trastorno del desarrollo neurológico.

CONCLUSIÓN

En esta serie de 54 niños y adolescentes atendidos en el servicio de psiquiatría infantil del hospital Ibn Nafis, el acoso escolar se presenta como verbal, cotidiano, duradero y casi exclusivamente escolar, a menudo asociado a violencia intrafamiliar (41 %) y a una acumulación de acontecimientos vitales estresantes. Solo se identifica como factor causal en la primera consulta en el 37 % de los casos, casi siempre oculto tras dificultades escolares o un síndrome de ansiedad, y la respuesta del centro educativo es inexistente en tres de cada cuatro casos.

El acoso precede al trastorno en el 70 % de los pacientes con un trastorno depresivo y en el 60 % de los que presentan un trastorno de ansiedad, y está presente desde el inicio de la escolarización en todos los pacientes con discapacidad intelectual. Por lo tanto, no debe restársele importancia: incluso cuando no es el motivo de la consulta, forma parte de la historia del trastorno.

Estos resultados descriptivos, propios de una población hospitalaria, abogan por la investigación sistemática del acoso en toda primera consulta de psiquiatría infantil, por la evaluación conjunta del contexto familiar y del riesgo suicida, y por el establecimiento de una colaboración estructurada con los centros escolares. Se necesitan estudios comparativos y longitudinales para precisar los vínculos entre el acoso y los trastornos psiquiátricos en el contexto marroquí.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Olweus D. Bullying at school: basic facts and effects of a school based intervention program. J Child Psychol Psychiatry. 1994;35(7):1171-90. doi:10.1111/j.1469-7610.1994.tb01229.x.

2. Hosozawa M, et al. Bullying victimisation in adolescence: prevalence and inequalities by gender, socioeconomic status and academic performance across 71 countries. EClinicalMedicine. 2021;41:101142. doi:10.1016/j.eclinm.2021.101142.

3. Arseneault L. Annual Research Review: The persistent and pervasive impact of being bullied in childhood and adolescence: implications for policy and practice. J Child Psychol Psychiatry. 2018;59(4):405-21. doi:10.1111/jcpp.12841.

4. Moore SE, et al. Consequences of bullying victimization in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis. World J Psychiatry. 2017;7(1):60-76. doi:10.5498/wjp.v7.i1.60.

5. Giuliani A, Petruccelli I, D'Urso G. Longitudinal evidence on peer victimisation and persistent mental health outcomes in youth: a systematic review. Behav Sci. 2025;15(12):1734. doi:10.3390/bs15121734.

6. Jadambaa A, Thomas HJ, Scott JG, Graves N, Brain D, Pacella R. The contribution of bullying victimisation to the burden of anxiety and depressive disorders in Australia. Epidemiol Psychiatr Sci. 2020;29:e54. doi:10.1017/S2045796019000489.

7. Roques M, et al. The experience of bullying among adolescents receiving mental health care: an interpretative phenomenological analysis. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2022;16:69. doi:10.1186/s13034-022-00505-7.

8. Samara M, et al. How can bullying victimisation lead to lower academic achievement? A systematic review and meta-analysis of the mediating role of cognitive-motivational factors. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(5):2209. doi:10.3390/ijerph18052209.

9. Wilson E, et al. The longitudinal course of childhood bullying victimization and associations with self-injurious thoughts and behaviors in children and young people: a systematic review of the literature. J Adolesc. 2023;95(1):5-33. doi:10.1002/jad.12097.

10. van Geel M, Vedder P, Tanilon J. Relationship between peer victimization, cyberbullying, and suicide in children and adolescents: a meta-analysis. JAMA Pediatr. 2014;168(5):435-42. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.4143.

11. Christina S, et al. The bidirectional relationships between peer victimization and internalizing problems in school-aged children: an updated systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2021;85:101979. doi:10.1016/j.cpr.2021.101979.

12. Kranhold AL, et al. Not all wounds are visible: peer bullying and psychopathology in child and adolescent psychotherapy outpatients. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2026;20:101. doi:10.1186/s13034-026-01146-w.

13. Blomqvist K, Saarento-Zaprudin S, Salmivalli C. Telling adults about one's plight as a victim of bullying: student- and context-related factors predicting disclosure. Scand J Psychol. 2020;61(1):151-9. doi:10.1111/sjop.12521.

14. Abregú-Crespo R, et al. School bullying in children and adolescents with neurodevelopmental and psychiatric conditions: a systematic review and meta-analysis. Lancet Child Adolesc Health. 2024;8(2):122-34. doi:10.1016/S2352-4642(23)00289-4.

15. Organisation mondiale de la Santé. Global School-based Student Health Survey (GSHS), Morocco (Fez): 2023 Fact Sheet. 2023. https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/982/dow nload/7020 [consulté le 08/11/2026].

16. Conseil supérieur de l'éducation, de la formation et de la recherche scientifique (CSEFRS). La violence en milieu scolaire. Rapport thématique – Résumé. 2022. https://www.csefrs.ma/wp-content/uploads/2023/08/Resume-Rapport-Violence-en-milieu-scolaire-FR.pdf [consulté le 04/11/2026].

17. Hensums M, et al. What works for whom in school-based anti-bullying interventions? An individual participant data meta- analysis. Prev Sci. 2023;24(8):1435-46. doi:10.1007/s11121-022-01387-z.

18. Evans-Lacko S, et al. Childhood bullying victimization is associated with use of mental health services over five decades: a longitudinal nationally representative cohort study. Psychol Med. 2017;47(1):127-35. doi:10.1017/S0033291716001719.

19. Martín-Babarro J, et al. Association of different forms of child maltreatment with peer victimization in Mexican children and adolescents. Front Psychol. 2021;12:662121. doi:10.3389/fpsyg.2021.662121.

20. Sharpe H, Fink E, Duffy F, Patalay P. Changes in peer and sibling victimization in early adolescence: longitudinal associations with multiple indices of mental health in a prospective birth cohort study. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2022;31(5):737-46. doi:10.1007/s00787-020-01708-z.

21. Hansen HH, et al. Bullying behaviour among Norwegian adolescents: psychiatric diagnoses and school well-being in a clinical sample. Nord J Psychiatry. 2014;68(5):355-61. doi:10.3109/08039488.2013.845689.

22. Idsoe T, et al. Bullying victimization and trauma. Front Psychiatry. 2021;11:480353. doi:10.3389/fpsyt.2020.480353.

23. Sachser C, et al. Understanding bullying as a significant predictor of posttraumatic stress symptoms in adolescents: insights from clinical samples in Norway, The Netherlands and Germany. Eur J Psychotraumatol. 2025;16(1):2589566. doi:10.1080/20008066.2025.2589566.

24. Nicola E, Mastroyannopoulou K, Reeves H, Pass L. Longitudinal associations between peer victimisation subtypes and children and adolescents' anxiety: a meta-analysis. Aggress Violent Behav. 2024;79:102013. doi:10.1016/j.avb.2024.102013.

25. Maïano C, Aimé A, Salvas MC, Morin AJS, Normand CL. Prevalence and correlates of bullying perpetration and victimization among school-aged youth with intellectual disabilities: a systematic review. Res Dev Disabil. 2016;49-50:181-95. doi:10.1016/j.ridd.2015.11.015.

26. Gaffney H, Ttofi MM, Farrington DP. Evaluating the effectiveness of school-bullying prevention programs: an updated meta-analytical review. Aggress Violent Behav. 2019;45:111-33. doi:10.1016/j.avb.2018.07.001.