

TÍTULO

Relación entre las conductas de intimidación, depresión e ideación suicida en adolescentes. Resultados preliminares

TITLE

Bullying, depression and suicidal ideation in adolescents.

Autores: Díaz-Atienza, Francisco*; Prados Cuesta, Mercedes**; Ruiz-Veguilla, Miguel***

*Unidad de Salud Mental Infantil . Hospital Virgen de las Nieves(Granada).Psiquiatra

** Equipo de Orientación Escolar Granada –Chana. Psicóloga

***Hospital Clínico San Cecilio (Granada).Psiquiatra

Dirigir correspondencia : Francisco Díaz-Atienza

FDATIENZA@telefonica.net

Teléfono: 616144422

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Granada.18014

RESUMEN

Objetivos: Estudiar la relación entre ser intimidador o víctima de *bullying*, depresión, e ideación suicida.

Diseño: Participaron 410 estudiantes entre 12 y 17 años. Se les administró el Cuestionario de Depresión Infantil (Kovacs, 1980), Cuestionario sobre las Relaciones entre Compañeros en clase (Fernández, 1998) y se introdujeron preguntas que exploraba la presencia de ideación suicida y antecedentes de conductas autolíticas.

Resultados: La depresión, las ideas de suicidio y los antecedentes de conductas autolíticas fueron más frecuentes entre las niñas (11,55 vs. 9,28 ; $p < 0,05$. 2,47 vs. 1,42; $p < 0,05$. 7,6% vs. 2,8%; $p < 0,05$). La prevalencia de ser víctima de conductas de intimidación fue del 3,4% y la de intimidador del 2,4%. Después de ajustar por sexo y edad, solo quedaron como variables predictoras para pertenecer al grupo de víctimas ($p < 0,05$), la puntuación en el CDI (OR = 1,14; IC 95%= 1,06-1,2), y la edad (OR = 0,009; IC 95% = 0,01- 0,45). Para el grupo de intimidadores fueron variables predictoras la puntuación en CDI (OR = 1,13; IC 95% = 1,04-1,28) y ser varón (OR = 0,07 ; IC 95% = 0,007-0,77).

Conclusiones: Los adolescentes que son intimidados y los adolescentes intimidadores están más expuestos a presentar más síntomas depresivos que los adolescentes no expuestos a este tipo de conducta. Teniendo en cuenta estas alteraciones conductuales y los problemas emocionales asociados al "bullying", el problema de las intimidaciones en los colegios deberían ser objetos de una seria atención en futuras investigaciones como en intervenciones preventivas.

Palabras claves: Bullying, adolescentes, depresión, ideación suicida, autolesiones .

ABSTRACT

Objective: To assess the relation between being bullied or being a bully at school, depression, suicidal ideation and deliberate self-harm (DSH).

Design: Three questionnaires (about bullying, child depression questionnaire (CDQ), suicidal ideation and DSH) were completed by 410 pupils aged 12-17.

Results: Depression, suicidal ideation and DSH were more common among girls (11,55 vs. 9,28 ; $p < 0,05$. 2,47 vs. 1,42; $p < 0,05$. 7,6% vs. 2,8%; $p < 0,05$). The prevalence of being bullied was 3,4%. After adjusting for age and sex, significant variable ($p < 0,05$) for being bullied were CDQ score (OR=1,14; IC 95%= 1,06-1,2), age (OR= 0,009; IC 95% = 0,01- 0,45). The prevalence of being bullies was 2,4%. After adjusting for age and gender, significant variable ($p < 0,05$) for being bullies were CDQ score (OR= 1,13; IC 95%= 1,04-1,28), gender (OR=0,07 ; IC 95%= 0,007-0,77).

Conclusion: Adolescents who are being bullied and those are bullies are increase risk of depression. Given the concurrent behavioural and emotional problems associated with bullying, the issue of bullying merits serious attention, both future research and preventive intervention.

Key words: Bullying, adolescent, depression, suicidal ideation, Deliberate Self Harm.

Introducción:

La familia y los amigos juegan un papel importante en el desarrollo del niño preescolar. El colegio supone un tercer mundo social diferente para el niño y la niña, que puede influir de manera positiva o negativa en los problemas emocionales y conductuales. Sabemos que un profesor que ayude y apoye a los alumnos en algunas áreas promoverá la autoestima de éstos, mientras que algunas actitudes por parte del profesorado puede tener un efecto adverso. Del mismo modo una clase caótica sin reglas, puede tener efectos en la conducta y las emociones, parecidos a los estudiados en las familias caóticas (4,8). Las intimidaciones en los colegios no se pueden considerar como parte del común y normal desarrollo del adolescente. Numerosos estudios lo han relacionado con problemas emocionales y de conducta (5,6,13). El término *bullying* se puede traducir como "intimidar", amedrentar. Pero es Olweus quien le da cuerpo a este término definiéndolo como "Acciones negativas dirigidas contra un alumno o alumna de forma repetida y durante un tiempo". Se pueden distinguir dos tipos de "bullying": la intimidación directa como agresiones inmotivadas y por otro lado, aquellas acciones dirigidas a socavar la autoconfianza o seguridad de uno mismo usando aislamiento, humillaciones, rumores maliciosos, motes etc. En las acciones de *bullying* existen dos agentes ; uno activo (intimidador) y otro pasivo (víctima) (10,11).

Aunque en los primeros trabajos se puso interés solo en la figura de la víctima , el intimidador también presenta problemas emocionales. Los adolescentes que han sido intimidados suelen presentar diversos síntomas como, problema de sueño, pérdida de autoestima, aislamiento social, depresión y dolores de cabeza o abdominales (16). La figura del intimidador, se asocia a diagnóstico de conducta disocial y síntomas de depresión, síndrome de déficit de atención e hiperactividad y en el adulto a abuso de sustancias (13,14). Los trabajos prospectivos aportan datos a favor de que los sujetos que han padecido conductas de *bullying* suelen padecer posteriormente de síntomas afectivos. Por otro lado, la existencia de problemas recurrentes emocionales previos no parece predecir ser víctima de *bullying* (1)

La prevalencia fluctúa según la definición de *bullying*. La cifra más aceptada es que 1 de cada 10 alumnos sufren intimidación alguna vez o más frecuentemente y un 4% reconoce ser intimidado al menos una vez a la semana(15). Los estudios coinciden en la diferencia de prevalencia entre niñas y niños, tanto en lo intimidadores, donde los niños son mayoría como en las víctimas donde lo son las niñas. Estos datos se refieren a población anglosajona que podrían diferir de la situación española. En un trabajo previo al que exponemos, aplicando el mismo cuestionario que el utilizado en este estudio, pero adaptado a primaria, constatamos que un tercio de los alumnos de primaria reconocían haber sido objeto de intimidación en alguna ocasión (16).

No hemos encontrado ningún estudio español que examinara los problemas de salud mental de los escolares que sufren *bullying* o que lo ejercen.

El objetivo de nuestro trabajo es conocer la relación que existe entre la conducta de *bullying* y la salud mental de los escolares de secundaria (12 a 16 años). Diseñamos un trabajo donde se recogían datos sobre el estado de ánimo,

ideación suicida, autolesiones intencionadas y conducta de bullying entre alumnos de secundaria de diferentes colegios.

Material y método: Participaron 410 alumnos y alumnas de 1º, 2º, 3º y 4º ESO de las provincias de Granada y Jaén. Se recogieron datos sobre sexo, edad y curso. Se aplicaron escalas autoadministradas sobre percepción de funcionamiento familiar (APGAR Familiar), cuestionario modificado de depresión(7) (CDI donde se incluyeron preguntas sobre ideación e intentos autolíticos y consumo de drogas) y cuestionario sobre las relaciones entre compañeros en clase (17), que nosotros hemos usado para medir la conducta de bullying.

Para definir que es un intimidador o una víctima, lo hicimos basándonos en la definición que hace Olweus: "Acciones negativas dirigidas contra un alumno o alumna de forma repetida y durante un tiempo". Olweus, 1993. Se definieron como víctimas aquellos alumnos y alumnas que sufren la intimidación (abusos, amenazas o tratado mal) con una frecuencia mayor de cuatro veces desde que empezó el curso (3 meses) .

Para definir un intimidador tenía que responder que en lo que llevaba de curso había tratado mal a algún compañero o se había metido con un compañero más de cuatro veces .

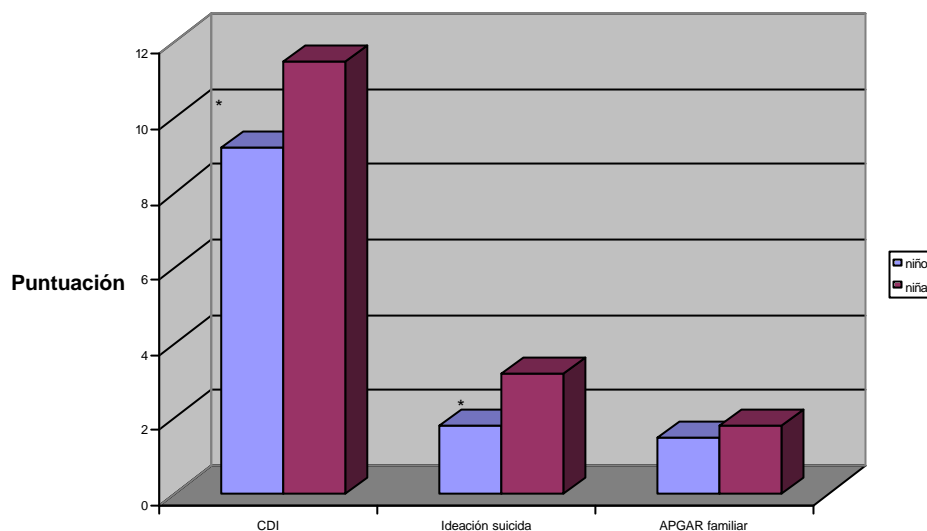
La ideación autolítica fue medida teniendo en cuenta diferentes items del CDI y algunas preguntas que se introdujeron. La escala de autolisis que usamos valoró los siguientes items: 1) *autoestima* (me odio, no me gusta como soy, me gusta como soy); 2) *ideación o intención autolítica* (quiero matarme, pienso en matarme pero no lo haría, no pienso en matarme); 3) *ganans de vivir* (no tengo ganas de vivir, a veces no tengo ganas de vivir, siento que tengo muchas ganas de vivir); 4) *esperanza* (el futuro me parece incierto, a veces pienso que el futuro me va a deparar pocas satisfacciones, miro el futuro con esperanza y entusiasmo); 5) *deseo de muerte* (a menudo pienso que estaría mejor muerto, a veces he pensado que estaría mejor muerto, nunca he pensado que estaría mejor muerto); 6) *ilusión en la vida* (con frecuencia pienso que no vale la pena vivir la vida, algunas veces pienso que no vale la pena vivir, nunca he pensado que no vale la pena vivir); 7) *intentos de autolisis o autolesiones voluntarias* (alguna vez he tomado pastillas o me he producido algún tipo de lesión ante situaciones que me parecían insoportable, a veces me imagino que me hago heridas voluntariamente o que me muerdo, nunca se me ha ocurrido la idea de producirme algún tipo de daño).

Resultados

Un 60,7% (n = 249) eran niños. La edad media fue 13,92 con una desviación estándar de 1,73. Las niñas puntuaron significativamente más alto en el cuestionario de depresión y en la escala de ideación suicida. Esta diferencia significativa no se observa en el APGAR familiar. **Figura 1.**

En cuanto a la autoestima, es mayor el porcentaje de niñas que presentan una mala percepción de si mismas, tanto si lo medimos por el porcentaje de estudiantes que reconocen que "no les gusta como son o se odian" (10% vs. 26,8%; $p < 0,0001$, OR = 3,2. IC 95% = 1,9-5,6) como por el de niñas que reconocen

Figura 1. Distribución por sexo de la puntuación en las escalas de depresión, ideación suicida y APGAR Familiar

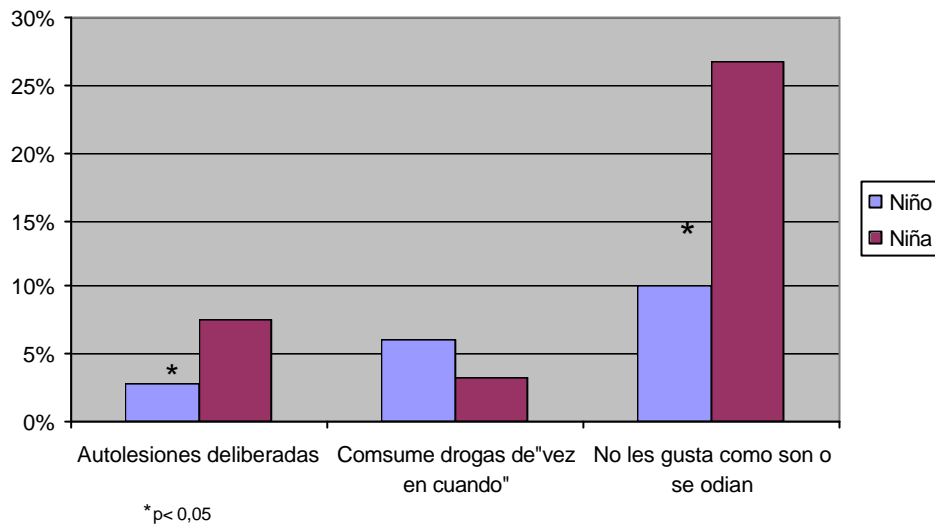


*P < 0,005

que “se odian” (1,6% vs. 6,4%; $p = 0,01$). Cuando se les pregunta sobre el deseo de muerte el porcentaje de niñas que lo presentan es mayor que el de niños. El 2,4% de los niños reconocen que “a menudo han pensado que estarían mejor muerto”, frente a un 5,1% de las niñas, pero la diferencia no es significativa ($p > 0,05$). Si medimos el porcentaje de niñas que “alguna vez o a menudo han pensado que estarían mejor muerto”, la diferencia es significativa comparado con los niños (17,7% vs. 40,8%; $p < 0,0001$. OR = 3,2; IC 95% = 2,03 - 5,0). Los antecedentes de autolesiones intencionadas eran más frecuentes en las niñas. Un 2,8% de las niños reconocían que “alguna vez he tomado pastillas o me he producido algún tipo de lesión ante situaciones que me parecían insostenibles” frente a un 7,6% de las niñas (OR = 2,8; $p = 0,025$; IC 95% = 1,1- 7,4). Cuando se les pregunta por el consumo de drogas (excluyendo alcohol y tabaco) ,el 6% de los niños reconocían que la toman “de vez en cuando”, mientras que en las niñas el porcentaje es menor(3,2%), pero no llegó a ser significativa la diferencia($p = 0,19$). **Figura 2**

Los estudiantes mayores de 13 años puntuaron más alto en el CDI total y en la escala de ideación autolítica comparados con los menores de 14 años, con una diferencia significativa en ambos casos. ($11,0 \pm 7,1$ vs. $8,7 \pm 5,6$; $p = 0,001$. $1,2 \pm 1,8$ vs. $2,2 \pm 2,9$; $p < 0,0001$). Las niñas a medida que se hacen mayores presentan más puntuación en síntomas depresivos. Las mayores de 13 años puntuaban en CDI total 13,5 frente a 9,1 de los menores de 14 años ($p < 0,0001$). Este aumento

Figura 2. Porcentaje de autolesiones deliberadas , consumo de drogas y baja autoestima por sexo



en los síntomas depresivos con la edad no era significativo en los niños (≤ 13 años = 8,3 frente >13 años = 9,7; $p > 0,05$)

La situación familiar es peor percibida por los mayores de 13 años ($1,0 \pm 1,6$ vs. $1,9 \pm 2,3$, $p < 0,0001$). La autoestima no presentó diferencias por edades. Tanto si se mide por el porcentaje de estudiantes que "no se gustan como son" (15,2% de los ≤ 13 años frente al 17,2% de los > 13 años; $p > 0,05$) o "se odian" (2,5% de los ≤ 13 años frente al 4% de los > 13 años; $p > 0,05$).

El insulto era la intimidación más usada, un (15,9%, $n = 65$) reconocía que era la forma más frecuente de ser intimidado, seguido de la violencia física ("me pegan") con un 3,4% ($n = 13$) y los moteos (3,2% ($n = 13$)).

Un 2,4% de estudiantes eran clasificados como intimidadores y un 3,4% como víctimas del bullying. El 77% de los intimidadores y el 70% de las víctimas eran mayores de 13 años.

Tanto en el grupo de intimidadores como en el de víctimas los niños estaban más representados que las niñas, pero solo en el primer grupo la diferencia fue significativa (3,6% de los niños eran intimidadores frente 0,6 % de las niñas ; $p = 0,05$ y 3,6% de los niños eran víctimas frente 3,2% de las niñas ; $p > 0,05$).

En el grupo de intimidadores la puntuación total de CDI fue significativamente mayor que en el grupo de los no intimidadores ($16,1$.DE = 8,1 vs. $9,9$.DE = 6,6; p

= 0,004). Por otro lado no hubo diferencias significativas en la puntuación del cuestionario sobre ideación autolítica (1,8.DE = 2,5 vs. 2.2.DE = 3,1; P>0,05), ni tampoco en la historia previa de autolesiones deliberadas, (10% de los intimidadores vs. 4,3% de los no intimidadores; $\Psi = 0,76$; p = 0,38). No hubo diferencias en la puntuación de percepción del funcionamiento familiar (APGAR) entre ambos grupos, aunque los intimidadores percibían peor el funcionamiento familiar (2.0 vs. 1.59). El porcentaje de adolescentes que reconocían que “a menudo pienso que estaría mejor muerto” era mayor en el grupo de intimidadores, pero sin significación estadística (10% vs. 3,3%; p>0,05.). Se observó que el porcentaje de fumadores era mayor en el grupo de intimidadores si lo comparamos con aquellos que no intimidan (40%(4) vs. 15,5%(62). P< 0.05). Tras realizar la regresión logística, ajustando por sexo y edad, quedaron como variables predictoras, la puntuación total del CDI(ascendente, es decir mientras más puntuaban en CDI total más probabilidad de pertenecer al grupo de intimidadores) y el sexo(niño). **Tabla 1.**

Tabla 1. Regresión logística para pertenecer al grupo de intimidadores ajustado por edad y sexo.

	intimida	no intimidada	OR	IC 95%	P valor
Media(DS)					
CDI total	16.1(8.1)	9.9(6.6)	1.13	1.04 - 1.2	0,003
Sexo					
Niños	9	240			
Niñas	1	156	0.07	0.007-0.77	0.02
FUMA					
Si	4	62			
No	6	338	3.2	0.67-15.11	0.14
Edad					
<=13	3	155			
>13	7		0.58	0.11-3.06	0.52

Los adolescentes que se clasificaron como víctimas presentaron una mayor puntuación en el CDI total y en la escala de ideación suicida, pero solo fue significativo en la puntuación de depresión (15.4 vs. 9.8 ; p = 0,002 y 4,7 vs. 1,7 ; P = 0,11). No hubo diferencias en la percepción del funcionamiento familiar (víctimas puntúan 2.5 frente a 1.5; p > 0.05). No hubo diferencias entre víctimas y no víctimas en cuanto al ser fumador o no. (16% de las no víctimas frente el 7,1%).

Los adolescentes que pertenecen al grupo de víctimas tenían menor edad que los que no reportaban ser víctimas. El 78% de las víctimas tenían menos de 14 años ($p < 0.005$).

El 7.1% de las víctimas se habían producido autolesiones deliberadas frente a un 4,3% de las no víctimas ($p > 0.05$). El 21,4% de las víctimas reconocían tener deseos de muerte a menudo frente al 2,8% de las no víctimas ($p = 0,0001$.OR = 9,5 .IC.95% = 2,3 - 39,1) .

Al ajustar por sexo y edad , la puntuación ascendente en le CDI total y ser menor de 14 años predecía pertenecer al grupo de víctima.

Discusión:

En nuestro estudio las niñas presentan más síntomas depresivos y mayor ideación suicida. En consonancia con estos resultados, las niñas tienen una mala percepción de si misma. Sabemos que la autoestima es uno de los principales factores que protegen de las enfermedades mentales en la infancia(3). Estos datos coinciden con estudios epidemiológicos que muestran como a medida que los niños y niñas entran en la adolescencia la prevalencia de trastorno de las emociones se hace más patente a favor de las niñas. Si se entiende el “*bullying*” como una forma de trastorno de la conducta, nuestro trabajo confirma estudios previos, donde los adolescentes varones presentan más trastornos de este tipo.(2, 12)

Las niñas presentan más ideación suicida, mayor sintomatología depresiva, más baja autoestima y mayor deseo de muerte, sin embargo el consumo de drogas (excluyendo tabaco y alcohol) no es más frecuentes.

La prevalencia de intimidadores y víctima en nuestro trabajo difiere de algunos estudios. Esta diferencia puede estar en la forma de medir ser víctima o agente activo del “*bullying*” y de la frecuencia con que ocurre estos actos. Salmon et al (13) refieren en la zona de Oxford un 4,2% de conductas de “*bullying*” en estudiantes entre 12 y 17 años. Hay que destacar que en el momento que se hizo el estudio estaba en funcionamiento políticas anti-bullying. Un estudio realizado en Finlandia(6) entre adolescentes 14 y 16 años reporta una prevalencia de 5% de niñas y 6% de niños que son víctimas semanalmente y 2% de niñas y 9% de niños reconocían ser intimidadores. Sin embargo la prevalecía de “*bullying*” en otro estudio longitudinal en Australia da como resultado un porcentaje mucho mayor (1). Un 33% respondían que eran víctimas de intimidaciones recurrentes. Hay que considerar que los estudiantes valorados tenían 14 años y las conductas de “*bullying*” tienen dos edades de máxima incidencia; a los 7 años y entre los 10 y 12 años. Después de estas edades las conductas intimidadoras disminuyen paulatinamente(9). En nuestro estudio el grueso de intimidadores y víctimas estaban en el grupo mayor de 13 años. Este resultado hay que tomarlo con cautela debido al tamaño pequeño de nuestra muestra. Posteriores trabajos deberían confirmar si en nuestro país la conducta de bullying tiene una distribución distinta a los trabajos publicados en países del norte de Europa.

En nuestro estudio no solo los adolescentes que son víctimas de bullying sino los que intimidan presentan más síntomas depresivos. Hay que destacar que en el grupo de víctimas existe un mayor deseo de muerte, lo que habría que tener en cuenta a la hora de valorar clínicamente el riesgo de suicidio.

En cuanto al consumo de tabaco, los intimidadores fumaban más que el resto de adolescentes.

Sería de interés que futuros trabajos estudiaran el peso que tiene la conducta de bullying en la presencia de síntomas depresivos, ideación suicida y la existencia de autolesiones deliberadas.

Los resultados de nuestro estudio apoyan la necesidad de una política anti-bullying en los colegios, que deberían involucrar tanto a padres, madres, profesores, trabajadores del colegio y psiquiatras. Así como la necesidad de preguntar de manera rutinaria en las valoraciones de niños y niñas por las conductas de *bullying*.

El presente trabajo son los resultados preliminares de un estudio más amplio que abarcará una población de 1400 adolescentes. Aproximadamente a 500 de ellos se les aplicará un cuestionario de detección de patología psiquiátrica.

Bibliografía:

1. Bond L, Carlin JB, Thomas L, Rubin K, Patton G. Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. *BMJ* 2001; 323: 480-4.
2. Cicchetti D, Toth SL. The development of depression in children. *Am Psychol* 1998;3: 221-41
- 3) Garralda ME, Hyde C. *Managing children with Psychiatry problems*. 2ª edición. Londres. BMJ Books..2003.
- 4) Goodman G, Scott S. School and peers factor. En: Goodman G, Scott S. *Child psychiatry*. Oxford: Blackwell Science; 1997. pp.218-222.
- 5) Hawker DSJ, Boulton MJ. Twenty years' research on peer victimisation and psychosocial maladjustment : a meta-analytic review of cross-sectional studies. *J Child Psychol Psychiatry* 2000; 41:441-55
- 6) Kaltiala-Henio R, Rimpelä M, Marttunen M, Rimpelä A, Rantanen P. Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents : school survey. *BMJ* 1999;319: 348-5.
- 7) Kovacs, M. Rating scale to assess depression in school-age children. *Acta Paedopsychiatrica* 1981;46:305-315.
- 8) Maughan, M. School influences. En: M. Rutter and D.F. Hay. *Development Through Life : A handbook for clinicians*. Oxford: Blackwell Science; 1994. pp.134-158.
- 9) Nansel TR, Overpeck M, Pilla RS, Ruan WJ, Simons-Morton, Scheidt P. Bullying behaviors among US youth. *JAMA* 2001; 285: 2094-2100.
- 10) Olweus D. *Bullying in schools: what we know and what we can do*. Oxford: Blackwell, 1993.
- 11) Olweus D. Bullying at school: basic facts and effects of a school based intervention program. *J Child Psychol Psychiatry* 1994; 35:1171-90.

- 12) Patton G, Hibbert M, Carlin JB, Shao Q, Rosier M, Caust J et al. Menarche and onset of depression and anxiety in Victoria , Australia. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50: 661-6
 - 13) Salmon G, James A, Smith DM, Bullying in schools: self reported anxiety, depresión, and self steem in secondary school children. *BMJ*. 1998;317:924-5.
 - 14) Slee PT. Bullying: Health concerns of Australian secondary school students. *Int J Adolescence Youth* 1995;5: 215-24
 - 15) Smith PK, Sharp S, eds. *School bullying : insights and perspectives*. London; Routledge, 1994.
 16. Prados M; Díaz-Atienza F. La incidencia de abusos entre compañeros en alumnos de primaria. Comunicación presentada en las III Jornadas Interdepartamentales de Psicopedagogía. Granada, 7,8 de Febrero de 2001.
 17. Fernández, I. (1998). *Prevención de la violencia y resolución de conflictos. El clima escolar como factor de calidad*. Madrid, Editorial Narcea
 18. Williams K, Chambers M, Logan S, Robinson D. Association of common health symptoms with bullying in primary school children .*BMJ* .1996; 313: 17-9.
-