

## Relación entre el *bullying*, autolesiones, ideación suicida e intentos autolíticos en niños y adolescentes

El comportamiento suicida y las autolesiones no suicidas en adolescentes constituyen un problema de salud pública tanto por su elevada prevalencia como por las consecuencias que suponen para el individuo, su familia y la sociedad. Las causas de estas conductas son múltiples e incluyen complejas interacciones entre factores de vulnerabilidad individual y estresores. Entre los estresores vitales que se han asociado a las conductas autolesivas suicidas y no suicidas se encuentra el *bullying*. Sin embargo, la mayoría de la información acerca de la relación entre el *bullying* y los pensamientos y conductas autolesivas proviene de estudios transversales, lo que ha limitado el poder establecer una verdadera relación de causalidad. El objetivo del presente trabajo es presentar una revisión de los estudios longitudinales llevados a cabo hasta la fecha en los que se haya evaluado de forma prospectiva la relación entre el *bullying* y las conductas autolesivas suicidas y no suicidas. Los resultados de la presente revisión sistemática confirman los resultados de investigaciones transversales y apoyan los obtenidos en estudio de metaanálisis que sugieren una fuerte asociación causal entre experiencias de *bullying* en la infancia y el posterior desarrollo de pensamientos y/o conductas autolesivas, lo que subraya la importancia de una adecuada detección de este factor de riesgo *potencialmente* modificable.

**Palabras clave:** *bullying*, suicidio, autolesión, adolescencia, infancia.

### Introducción

El comportamiento suicida entre los adolescentes es un problema de salud pública con graves repercusiones en la salud y el bienestar. En los últimos años, este tipo de comportamiento se ha vuelto más prevalente y con más consecuencias sociales (Gastaminza X, Herreros O, Ortiz V, Gracia R, & Sánchez F., 2006). El suicidio es una de las principales causas de muerte entre adolescentes en Europa (Kokkevi et al., 2012) y en todo el mundo (Picazo-Zappino, 2014). El comportamiento suicida es complejo y suele considerarse como un continuo que va desde una idea de muerte o de suicidio, al intento de suicidio hasta el suicidio consumado. Los límites entre estas situaciones son borrosos: los pacientes fluctúan de un comportamiento a otro con el tiempo o con las circunstancias, sin necesariamente pasar por los puntos intermedios.

Por otra parte, la adolescencia es el periodo de mayor riesgo de "conductas autolesivas no suicidas", definidas como "la destrucción deliberada del tejido corporal sin intención suicida" (Mathew K. Nock & Favazza, 2009). La tasa de autolesiones en adolescentes oscila entre el 5 y el 37% en muestras comunitarias (Muehlenkamp, Claes, Havertape, & Plener, 2012) comparado con la tasa del 4% en adultos (Briere & Gil, 1998). Este tipo de conductas tienden a iniciarse entre los 12 y los 14 años (Jacobson & Gould, 2007), por lo que los individuos en ese

grupo de edad son una población de riesgo. Las discrepancias en el estudio del suicidio de los adolescentes pueden deberse en parte a dificultades en cuanto a la forma en que se definen los diferentes comportamientos de suicidio y autolesión (Matthew K. Nock, Holmberg, Photos, & Michel, 2007).

Es importante establecer definiciones claras que distingan entre conductas autolesivas con intención de morir (autolesiones suicidas) y aquellas que no tienen intención de morir (autolesiones no suicidas) (Matthew K. Nock & Kessler, 2006). Además, también es importante diferenciar entre conductas suicidas distintas, como ideas suicidas, planes de suicidio e intentos de suicidio (Matthew K. Nock et al., 2007). La aclaración de estos conceptos permitirá a los investigadores y a los clínicos detectar la presencia, la frecuencia y las características de los diferentes pensamientos y comportamientos suicidas y autolesivos no suicidas entre los adolescentes.

No obstante, existe una elevada comorbilidad entre comportamientos suicidas y no suicidas, siendo predictores uno de los otros. Esta elevada comorbilidad se ha explicado en base a que comparten factores de riesgo similares y también a que presentan funciones equivalentes, siendo la regulación emocional y la función social interpersonal las más estudiadas. La hipótesis de la regulación del afecto es la función que ha recibido un mayor apoyo empírico (Klonsky, 2007; Messer & Fremouw, 2008). Esta hipótesis propone que las conductas autolesivas sirven para poner fin a estados emocionales desagradables, pese a las consecuencias negativas que dichas conductas puedan tener a largo plazo (Chapman, Gratz, & Brown, 2006). Otros autores enfatizan la función social de las conductas autolesivas. Así, estas conductas pueden ser un medio de comunicación social (Hagen, Watson, & Hammerstein, 2008; Zetterqvist, Lundh, Dahlström, & Svedin, 2013) afirman que algunos individuos se sirven de las conductas autolesivas para influir en otras personas cuando otras formas de comunicación no han tenido éxito.

En el estudio de la etiología de las conductas autolesivas tanto suicidas como no suicidas se han descrito diversos factores de riesgo. Entre los factores de riesgo psicosociales más importantes se encuentran los acontecimientos vitales. Así por ejemplo, dos tercios de los comportamientos suicidas se desencadenan tras un acontecimiento negativo. En la infancia y la adolescencia se ha postulado que la influencia de los eventos adversos tempranos es doble: por un lado un acontecimiento estresante puede precipitar la conducta suicida en ese momento (Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1996), y por otro lado, el antecedente de adversidad temprana actúa como factor de riesgo para el comportamiento suicida en adultos (Brown, Cohen, Johnson, & Smalles, 1999; Fergusson, Woodward, & Horwood, 2000).

La importancia de detectar factores de riesgo prevenibles y desarrollar intervenciones de cara a la disminución de la conducta suicida es uno de los objetivos de la Organización Mundial de la Salud. En mayo de 2013, la 66ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó el primer Plan de acción sobre salud mental de la historia de la OMS. La prevención del suicidio forma parte integrante de este plan, que se propone reducir un 10%, para el 2020, la tasa de suicidio en todos los países.

Entre los acontecimientos vitales estresantes potencialmente prevenibles que se han asociado a las conductas autolesivas suicidas y no suicidas se encuentra el *bullying*. El *bullying* suele definirse como la conducta repetitiva agresiva que un individuo o un grupo de iguales con un mayor poder dirigen a la víctima (Lereya, Copeland, Costello, & Wolke, 2015). Según la Academia Americana de

Psiquiatría del Niño y del Adolescente el *bullying* es una experiencia común para muchos niños y adolescentes: hasta la mitad de todos los niños son intimidados en algún momento durante sus años escolares, y al menos el 10% son intimidados regularmente. El comportamiento de intimidación puede ser físico o verbal. También se considera *bullying* la exclusión social sistemática. Los niños tienden a usar intimidación o amenazas físicas, independientemente del sexo de sus víctimas. La intimidación por las niñas es más frecuentemente verbal, normalmente siendo otra chica el objeto de sus ataques. El *bullying* se ha extendido con las nuevas tecnologías, mediante el correo electrónico, las redes sociales y la comunicación online conformando nuevas formas de intimidación como el *cyberbullying*.

Los resultados de estudios recientes sobre el impacto de las experiencias de intimidación por iguales en la infancia en la salud física muestran que el *bullying* puede modificar las respuestas al estrés y aumentar los procesos inflamatorios con consecuencias evidentes a largo plazo similares a las estudiadas en los casos de maltrato infantil (Copeland et al., 2014).

Una de las asociaciones más controvertidas ha sido la relación entre el *bullying* y las conductas autolesivas, con gran repercusión social y en los mass media. La mayoría de la información acerca de la relación entre estas variables ha sido estudiada mediante estudios transversales, lo que limita el poder concluir una verdadera relación de causalidad. Esta limitación ha hecho que muchos autores plantearan que la asociación descrita pudiera ser espúrea y venir explicada por otras variables de confusión (socioeconómicas, familiares, relacionales, ambiente familiar, entre otras) o mediadoras (variables psicológicas y de salud mental de las víctimas, por ejemplo depresión). Dada la relevancia del problema del *bullying* por parte de iguales tanto por su alta prevalencia, como por sus potenciales efectos sobre el desarrollo de conductas de alto riesgo como son las autolesivas, se ha impulsado la realización de estudios prospectivos que pudieran arrojar luz en las verdaderas relaciones entre la intimidación por pares en la infancia y el desarrollo posterior de conductas autolesivas tanto suicidas como no suicidas.

El objetivo del presente trabajo es presentar una revisión de los estudios longitudinales llevados a cabo hasta la fecha en los que se haya evaluado de forma prospectiva la relación entre el *bullying* y las conductas autolesivas suicidas y no suicidas.

## Metodología

La revisión estuvo guiada por el Protocolo PRISMA (Liberati et al., 2009).

Las 2 preguntas principales que se querían resolver con la revisión sistemática fueron:

¿Existe una asociación entre haber sido víctima de *bullying* en la infancia y presentar posteriormente pensamientos y/o conductas autolesivas suicidas?

¿Existe una asociación entre haber sido víctima de *bullying* en la infancia y presentar posteriormente pensamientos y/o conductas autolesivas no-suicidas?

## Fuentes de información

Se realizó una amplia búsqueda electrónica en MEDLINE (PubMed, [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed)) por dos autores independientes (JJC y JGP), seleccionando los artículos publicados desde el inicio de la base online hasta el último acceso el 31

de marzo de 2017. También se realizó una búsqueda manual entre las referencias de todos los artículos y revisiones de texto completo seleccionados de la búsqueda electrónica. Se aplicó restricción de idioma, incluyendo únicamente artículos escritos en inglés y en español y restricción de edad, incluyendo filtros para publicaciones sólo de niños y adolescentes (0-18 años).

### **Búsqueda:**

La búsqueda en la base de datos electrónica seleccionada se realizó utilizando el siguiente algoritmo:

```
((("NSSI"[Title/Abstract] OR "nonsuicidal self directed violence"[Title/Abstract] OR "Self Mutilation"[Title/Abstract] OR "Automutilation"[Title/Abstract] OR "Suicide"[Title/Abstract] OR "Suicide attempt"[Title/Abstract] OR "Self-harm"[Title/Abstract])) AND "Bullying"[Title/Abstract])
```

### **Selección de estudios**

Dos autores (JJC y JGP) realizaron independientemente la evaluación de elegibilidad de los estudios. Los conflictos se resolvieron mediante la discusión de cada artículo, hasta que se llegó a un consenso.

### **Tipos de publicaciones**

Esta revisión sistemática incluyó ensayo clínico, estudio comparativo, carta, revisiones, metaanálisis y estudios prospectivos realizados con sujetos humanos.

### **Tipos de participantes / población**

Los sujetos analizados en los estudios incluidos debían haber sufrido una experiencia de *bullying* por parte de compañeros antes de los 18 años.

### **Tipos de estudio**

Se seleccionaron sólo estudios longitudinales en los que se evaluara de una forma prospectiva la relación entre *bullying* y la aparición de conducta autolesiva suicida o no suicida.

### **Criterios de inclusión y exclusión**

Los textos completos de los estudios posiblemente pertinentes se evaluaron para determinar si eran seleccionados para la revisión de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión:

Estudio longitudinales *Bullying* antes de los 18 años.

El objetivo principal del estudio era investigar la relación entre *bullying* y pensamientos y conductas autolesivas suicidas y/o no suicidas.

Se aplicaron los siguientes criterios de exclusión:

Se excluyeron cartas, guías, recomendaciones de expertos, casos clínicos, ensayos, revisiones y metaanálisis.

Se excluyeron estudios en los que se llevaran a cabo evaluaciones de intervenciones terapéuticas.

### **Estrategia de búsqueda secuencial**

La búsqueda inicial arrojó 254 entradas. Después de la búsqueda bibliográfica inicial, todos los títulos de los artículos fueron seleccionados para eliminar

publicaciones irrelevantes, estudios in vitro y en animales, informes de casos, series de casos, estudios retrospectivos y artículos de revisión. A continuación, se seleccionaron los estudios basándose en los datos obtenidos de la selección de los resúmenes. En la etapa final, se examinaron los textos completos de los trabajos seleccionados para confirmar la elegibilidad del estudio, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión.

## Resultados y discusión

En la figura 1 se puede ver el proceso por el que se llegan a incluir los 12 trabajos que conforman la revisión sistemática. Estos 12 trabajos han sido resumidos y se ha extraído la información relevante que se incluye en la Tabla 1.

Tabla 1. Estudios prospectivos sobre la asociación entre *bullying* y los pensamientos y conductas autolesivas suicidas y no-suicidas

REFERENCIA	MUESTRA	TIPO DE ESTUDIO	INSTRUMENTOS DE MEDIDA	RESULTADOS
(Geoffroy et al., 2016)	N=1168 Edad:13 años CI: Niños nacidos en Quebec desde 1997 hasta 1998 seguidos hasta la edad de 15 años.	“Quebec Longitudinal Study of Child Development” Estudio longitudinal poblacional.	<i>Bullying</i> : Adaptación de la escala: Self report Victimization Scale.  Pensamientos y conductas autolesivas: 1 pregunta sobre ideación suicida en el último año	Asociación longitudinal entre victimización a los 13 años y presencia de ideación y conducta suicida dos años más tarde. Haber sido víctima de <i>bullying</i> por los compañeros a la edad de 13 años incrementa dos veces el riesgo de presentar ideación suicida a los 15 años (OR = 2,27; IC del 95% = 1,25-4,12) y tres veces el riesgo de presentar un intento de suicidio (OR = 3,05, IC del 95% = 1,36-6,82) a la edad de 15 años. Estos riesgos se mantienen estadísticamente significativos incluso cuando se controlan por variables de confusión, problemas de salud mental y suicidabilidad previa. Aquellos adolescentes que fueron víctimas de <i>bullying</i> a los 13 y a los 15 años presentaron el mayor riesgo de ideación suicida (OR = 5,41, IC del 95% = 2,53-11,53) y de intento de suicidio (OR = 5,85, IC del 95% = 2,12-16,18) a los 15 años.
(Lereya et al., 2015)	N=4026 (ALSPAC) N= 1420 (GSMS)  Edad: 19-25 años CI: participantes con datos de victimización en infancia.	2 cohortes de estudios longitudinales poblacionales.	<i>Bullying</i> : Bullying and Friendship Interview Schedule (ALSPAC) Reportado por padres o paciente (GSMS)  Conducta autolesiva: A través de 2 ítems de CIS-R en ambas cohortes (incluye tanto conducta autolesiva suicida como no suicida).	Los niños víctimas de <i>bullying</i> por parte de sus compañeros tenían un mayor riesgo de presentar conductas autolesivas que los que no habían sufrido <i>bullying</i> y esto era independiente de si habían sufrido maltrato en la infancia. En ambas muestras aproximadamente el 40% de los sujetos que habían padecido <i>bullying</i> habían sufrido también maltrato en la infancia. Los efectos del maltrato infantil en la salud mental en la etapa adulta joven estaban parcialmente relacionados con el haber sufrido <i>bullying</i> en la infancia. Los sujetos que habían presentado sólo <i>bullying</i> comparados con los que habían sufrido sólo maltrato presentaron mayor riesgo de conducta autolesiva en el estudio ALSPAC (OR=1,7, IC del 95%= 1,1-2,6). En el estudio no se distingue entre conductas autolesivas con intención o sin intención suicida ( <i>self-harm</i> ).

(Kidger et al., 2015)	N=4036 Edad: 14 años CI: Datos de exposición a estresores y datos de follow-up cumplimentados.	ALSPAC. Estudio longitudinal poblacional.	<i>Bullying</i> (14 años): Los participantes rellenaban una encuesta enviada por correo postal (9 preguntas sobre experiencias en el colegio) Pensamientos y Conducta autolesiva (16 años): cuestionario autoaplicado.	La percepción del ambiente escolar a los 14 años se asocia a pensamientos y conductas autolesivas suicidas y no suicidas dos años más tarde. Adolescentes que se sienten rechazados y no se llevan bien con sus compañeros en el colegio presentan un mayor riesgo de autolesionarse en el futuro que los que sí tienen buenas relaciones en el colegio y este mayor riesgo se mantiene incluso al controlar por posibles variables de confusión. La relación entre la pobre percepción escolar y la conducta autolesiva es un poco más alta en la conducta autolesiva suicida comparada con la conducta autolesiva no-suicida
(Bowes, Wolke, Joinson, Lereya, & Lewis, 2014).	N=6928 Edad: Evaluación inicial a los 12 años. Evaluación prospectiva a los 18 años CI: Incluidos en estudio de cohorte desde el nacimiento.	Avon Longitudinal Study of Parents and Children in the UK(ALSPAC) Estudio longitudinal poblacional.	<i>Bullying</i> : Adaptación de Olweus <i>Bullying</i> Questionnaire.  Conducta autolesiva: A través de 2 items de Clinical Interview Schedule (CIS-R)	Los niños que reportaron haber sido intimidados por un hermano varias veces a la semana tuvieron más del doble de probabilidades de presentar conducta autolesiva a los 18 años en comparación con aquellos que no fueron intimidados por sus hermanos (OR 2,56, IC del 95%, 1,63-4,02). Estos resultados se mantuvieron invariables al controlar por variables de confusión. Si se considerara la existencia de una relación causal, la fracción atribuible a la población sugiere que el 19,3% (IC del 95%, 7,6-29,6) de la conducta autolesiva observada a los 18 años podría explicarse por ser víctima de <i>bullying</i> . En el estudio no se distingue entre conductas autolesivas con intención o sin intención suicida ( <i>self-harm</i> ).
Klomek et al., 2013)	N=317 Edad: 13-18 años en evaluación inicial CI: Participantes fueron considerados a riesgo de conducta suicida.	Estudio longitudinal en 6 colegios del estado de Nueva York.	<i>Bullying</i> : Se evaluó mediante adaptación de escala de OMS.  Pensamientos y conductas autolesivas: Se utilizó la escala Suicidal Ideation Questionnaire para la ideación suicida e items del instrumento DISC-IV para evaluar la conducta autolesiva suicida.	Los adolescentes que perpetraban <i>bullying</i> y tenían algún otro factor de riesgo suicida como depresión o ideación suicida en el momento de la evaluación inicial eran los que presentaban un mayor riesgo de reportar ideación suicida y/o conducta suicida a los 2 años comparados con adolescentes sin antecedentes de <i>bullying</i> pero con otros factores de riesgo de conducta suicida.  Este resultado enfatiza que el incordio frecuente sobre otros compañeros durante los años de la educación secundaria incrementa el riesgo de ideación y conducta suicida por encima del establecido por otros factores de riesgo de suicidio conocido.

(Lereya et al., 2013)	N=4810 Edad:16-17 años CI: Sujetos del estudio de seguimiento de cohorte desde el nacimiento.	Estudio longitudinal poblacional (ALSPAC).	<i>Bullying</i> (8, 10 años): Niños versión del <i>Bullying and Friendship Interview Schedule</i> Padres y profesores: 1 ítem de escala SDQ  Pensamientos y Conducta autolesiva (16-17 años): cuestionario autoaplicado	Los resultados de este estudio indican que existe una asociación directa entre haber padecido <i>bullying</i> en la infancia y el presentar ideación suicida o autolesiones en la adolescencia. Muchos de los adolescentes que sufrieron <i>bullying</i> en la infancia y reportaron ideación autolítica/ autolesiones no presentaban depresión ni rasgos de trastorno de personalidad <i>borderline</i> . Se reportaron dos vías indirectas adicionales en las que el <i>bullying</i> se relacionaba con las conductas autolesivas. Por un lado predecía la aparición de depresión y esta la aparición de conducta autolesiva y por otro lado se relacionaba con experiencias familiares de violencia doméstica o crianza inadecuada e indirectamente con la conducta autolesiva a través de esta vía. Si se pudiera eliminar el <i>bullying</i> , aunque se mantuvieran el resto de los factores de riesgo, se podría eliminar hasta un 20% del riesgo de aparición de conducta autolesiva. En el estudio no se distingue entre conductas autolesivas con intención o sin intención suicida ( <i>self-harm</i> ).
(Copeland, Wolke, Angold, & Costello, 2013)	N=1273 Edad: Niños y adolescentes incluidos en estudio de seguimiento evaluados en etapa adulta joven (19-25 años).	Estudio Longitudinal poblacional (GSMS)	<i>Bullying</i> : Se evaluaba la presencia en los 3 meses previos de conducta de <i>bullying</i> en entrevista a madres y sujetos. Se determinaba la frecuencia.  Pensamientos y conductas autolesivas: Se evaluó dentro de la exploración de síntomas depresivos de instrumento YAPA.	Los autores hallaron una asociación entre haber sido víctima de <i>bullying</i> o haber sido víctima y perpetrador de <i>bullying</i> entre los 9-16 años y presentar suicidabilidad (ideas y/o conducta autolítica) entre los 19-25 años. Al controlar por variables de confusión solo los varones víctima-perpetrador de <i>bullying</i> continuaban mostrando una predicción del riesgo estadísticamente significativa (OR 18.5, IC del 95%, 6.2-55.1). Los perpetradores de <i>bullying</i> sin haber sido víctima de <i>bullying</i> no presentaron mayor riesgo de suicidabilidad y solo asociaron mayor riesgo de trastorno de personalidad antisocial. No se distinguió entre ideas e intentos de suicidio. No se evaluaron pensamientos ni conductas autolesivas.
(Fisher et al., 2012)	N=2141 Edad: 12 años CI: Pacientes gemelos incluidos en estudio de cohorte desde el nacimiento.	Estudio longitudinal Ambiental Risk (E-Risk) study.	<i>Bullying</i> : En entrevistas a la madre cuando los niños tenían 7-10 años A los niños en privado a los 12 años.  Conductas autolesivas: Entrevista a las madres.	Existe una asociación entre haber sido víctima de <i>bullying</i> frecuente por parte de los compañeros antes de los 12 años y la autolesión a los 12 años, incluso después de controlar por variables de confusión como el maltrato físico por parte de los adultos, y la sintomatología tanto internalizante como externalizante (2,44; IC del 95%: 1,36-4,40).  No se distinguen entre conductas autolesivas suicidas y conductas autolesivas no suicidas.

(Winsper, Lereya, Zanarini, & Wolke, 2012)	N=6043 Edad: 11 años CI: Sujetos incluidos en el estudio de cohorte desde el nacimiento.	Estudio longitudinal poblacional (ALSPAC)	Bullying (8, 10 años): Niños versión del Bullying and Friendship Interview Schedule Padres y profesores: 1 ítem de escala SDQ.  Pensamientos y Conducta autolesiva (11 años): Entrevista.	El estudio demuestra una asociación entre la victimización por <i>bullying</i> por iguales y la aparición ulterior de ideación suicida o de conductas autolesivas. Esta misma asociación se demuestra tanto para los niños perpetradores de <i>bullying</i> como para aquellos niños que fueron víctimas y a su vez perpetradores de <i>bullying</i> , siendo este último grupo el que mayor riesgo asocia de una posterior aparición de ideación suicida y de conducta autolesiva. Tanto la violencia directa como la relacional se asociaron con ideación suicida y conducta autolesiva. No se distinguió entre conducta autolesiva suicida y conducta autolesiva no suicida.
(Klomek et al., 2011)	N=533 Edad: 13-18 años. CI: pacientes en riesgo incluyeron aquellos que describieron conducta suicida reciente o pasada, ideación suicida actual, depresión y/o abuso de sustancias.	Estudio longitudinal en 6 colegios del estado de Nueva York.	<i>Bullying</i> : Se evaluó mediante adaptación de escala de OMS.  Para ideación suicida se utilizó el Suicidal Ideation Questionnaire, y varios ítems de DISC-IV para evaluar conductas autolesivas previas.	Los jóvenes que sólo reportaron comportamientos de <i>bullying</i> (ya sea como perpetradores, víctimas o ambos) no desarrollaron depresión o suicidio posterior y siguieron teniendo menos problemas psiquiátricos que los estudiantes identificados como en riesgo de suicidio. Sin embargo, la concurrencia de <i>bullying</i> junto con depresión o conductas suicidas en la escuela secundaria es indicativo de problemas concurrentes más serios y presagia un peor resultado 4 años después que la presencia única de depresión o conducta suicida.
(Barker, Arseneault, Brendgen, Fontaine, & Maughan, 2008)	N=4597 Edad: adolescentes de 12 años evaluados anualmente hasta los 17. CI: alumnos de primer año de escuelas secundarias de Edimburgo.	Estudio longitudinal poblacional Edinburgh Study of Youth Transitions and Crime.	<i>Bullying</i> : encuestas desarrolladas por la Scottish and British Crime Surveys a los 14, 15 y 16 años.  Autolesiones: seis ítems a los 16 años (Scottish and British Crime Surveys).	Tanto en niños como niñas, aquellos que presentaron una trayectoria creciente de <i>bullying</i> tuvieron más autolesiones en comparación con los adolescentes que siguieron teniendo trayectorias de bajo y decreciente <i>bullying</i> . En aquellos niños y niñas que presentaron trayectorias de víctimas-perpetradores mostraron niveles incrementados de autolesiones comparados con sus homólogos del mismo sexo en todas las otras trayectorias, lo que los cataloga como un grupo vulnerable. Los jóvenes que son víctimas de sus compañeros tienen mayor riesgo de victimizar a otros.
(Kim, Leventhal, Koh, & Boyce, 2009)	N=1666 Edad: 13-14 años CI: todos los alumnos de séptimo y octavo grado de las escuelas participantes.	Estudio longitudinal en dos escuelas públicas de Seúl (Corea del Sur).	<i>Bullying</i> : se usó Korean-Peer Nomination Inventory (K-PNI) al inicio y en el seguimiento.  La ideación suicida y las conductas autolesivas en los 6 meses previos se examinaron con 2 ítems de la Korean Youth Self-Report (K-	En comparación con los niños no involucrados en <i>bullying</i> al inicio del estudio, los niños que eran a su vez víctimas o perpetradores tenían un mayor riesgo de presentar ideas suicidas persistentes durante 6 meses (OR 2,5). Para las niñas, hubo un mayor riesgo de ideas suicidas persistentes durante 6 meses en aquellas que fueron víctimas y perpetradoras al inicio (OR 5,0) o sólo víctimas (OR 2,4). El estudio concluye que el <i>bullying</i> incrementa el riesgo de suicidio de manera independiente.

ALSPAC: Avon Longitudinal Study of Parents and Children in the UK. CIS-R: Clinical Interview Schedule. GSMS: Great Smoky Mountains Study. SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire.



El hallazgo principal que se obtiene al comparar la totalidad de los estudios, es que existe un acuerdo universal en afirmar la relación entre el *bullying* y la aparición posterior de ideas de suicidio, intentos autolíticos o de pensamientos o conductas autolesivas no suicidas. El tamaño de esta asociación varía de unos trabajos a otros, oscilando entre un riesgo incrementado entre dos a tres veces mayor que los no expuestos a experiencias de *bullying*. En la mayoría de casos esta relación se mantiene inalterable incluso al controlar por otros factores de riesgo o de confusión.

Algunos estudios sugieren que la relación entre el *bullying* y los comportamientos suicidas y autolesivos no suicidas podría también revelar la aparición de complejas relaciones temporales que por un lado predispusieran a los niños y adolescentes víctimas de *bullying* a presentar trastornos emocionales que a su vez se asociaran con un riesgo incrementado de aparición de conductas autolesivas, así como que las conductas de victimización pudieran ser el resultado de la exposición temprana a experiencias de estilos de crianza maladaptativos y/o violencia doméstica facilitando la emergencia de conductas desajustadas en estos niños que les hicieran más vulnerables a ser elegidos como víctimas de *bullying* por parte de sus pares. No obstante estas consideraciones, cabe destacar el dato extraído de las investigaciones del grupo de estudio ALSPAC, que subrayan la idea de la fracción de riesgo atribuible al *bullying*.

Cuando parece que una exposición es la causa de una enfermedad determinada, la fracción atribuible es la proporción de la enfermedad en la población específica que se eliminaría si no existiera tal exposición. Según estos autores, la fracción atribuible al *bullying* es el 20%, o lo que es lo mismo, si se eliminara el *bullying*, se eliminaría un 20% las conductas autolesivas. Desafortunadamente, en los estudios de este grupo no se puede delimitar adecuadamente si la relación se basa más en conductas autolesivas suicidas o las autolesiones no suicidas al sólo incluir un cuestionario autoaplicado que no las diferencia.

Los autores de este grupo, además, invitan a reflexionar sobre las potenciales aplicaciones prácticas para la detección por parte de los sistemas educativos, pero también de salud, que tiene la presentación clínica de estos niños y adolescentes víctimas del *bullying*. Por un lado, y desde un punto de vista de prevención de la conducta suicida, se esperaría encontrar mayores tasas de sintomatología depresiva o conductas disreguladas como en el caso de la personalidad borderline. Sin embargo estos niños son caracterizados en los estudios poblacionales como retraídos, con quejas fundamentalmente somáticas (cefaleas, epigastalgias, lumbalgias, mareos, dificultades de sueño) y con conductas evitativas, tanto al colegio pero también a otras reuniones y eventos sociales. Esto es relevante, debido a que en la revisión no se ha obtenido ningún estudio que haya evaluado prospectivamente la relación entre el *bullying* y las conductas autolesivas suicidas y no suicidas desde un ámbito sanitario, incluso con las limitaciones que los estudios en medios clínicos puedan tener.

Es posible que una mayor sensibilización sobre las consecuencias a corto pero también a largo plazo de las experiencias de *bullying* en los niños y adolescentes pueda reflejarse en políticas de detección y prevención universales tanto a nivel educativo como sanitario y social.

Uno de los temas con menos grado de acuerdo en los estudios longitudinales seleccionados ha sido si el componente de involucración en la perpetración de la conducta intimidatoria por sí mismo, la victimización o el presentar ambos tipos de exposiciones se asocia de igual manera con la conducta suicida, siendo los resultados obtenidos contradictorios, probablemente

debido al bajo tamaño muestral de los subgrupos al hacer las comparaciones estadísticas. Independientemente de este hecho, la consecuencia práctica es que desde la perspectiva de prevención, ha de tenerse en cuenta que tanto víctimas, perpetradores-víctimas como perpetradores han de recibir atención dado el riesgo que asocian en su seguimiento, especialmente en los casos de frecuencia repetida y enconizada.

Más acuerdo parece haber entre el impacto de los diferentes modos de intimidación, resultando igualmente perniciosos tanto las formas verbales directas, la agresividad física directa como la agresividad relacional y la exclusión social. Los estudios en los que evaluaban formas "clásicas" comparándolas con las intimidaciones tipo cyberbullying no encontraron diferencias significativas. Cabe destacar que tanto los chicos como las chicas se veían afectados de forma similar, no objetivándose diferencias por sexos en las asociaciones entre *bullying* en la infancia y la posterior aparición de pensamientos y conductas autolesivas.

Los resultados de esta revisión sistemática son similares a los reportados en un reciente metaanálisis sobre las consecuencias del *bullying* en niños y adolescentes, en el que se evaluaba también de forma sistemática los resultados de estudios sobre el impacto del *bullying* tanto en la salud física como mental de la población infanto-juvenil y en las consecuencias psicosociales con las que se asociaba (Moore, 2017).

De forma similar a lo que planteaban los autores en ese metaanálisis, los resultados de la presente revisión sistemática podrían sugerir la presencia de una relación causal basados en los criterios de Bradford Hill. Así por ejemplo, la asociación estadística entre *bullying* y los pensamientos y conductas autolesivas observada de forma consistente y con similares tamaños del efecto; la relación dosis-respuesta reportada en algunos de los estudios longitudinales que evalúan la frecuencia de exposición a conductas de intimidación, y la secuencia temporal, controlando por factores previos que pudieran afectar la relación entre las variables de *bullying* y las de pensamientos y conductas autolesivas apuntan hacia esa dirección de causalidad.

Por otro lado, la plausibilidad biológica que se sugiere de los resultados de investigaciones sobre el impacto que el *bullying* tiene en la salud física, previamente comentados en la introducción, con manifestaciones similares a los que se desencadenan en presencia de otros eventos traumáticos tempranos (razonamiento por analogía) también apoya la hipótesis de causalidad. No obstante, es importante tener en cuenta que la interacción genético-ambiental juega un papel importante en el desarrollo de la asociación que no van únicamente en la dirección directa desde el *bullying* hasta el desarrollo de pensamientos y conductas autolesivas, pudiendo aparecer asociaciones indirectas y variables moderadoras/mediadoras. Parece, por tanto una asociación compleja, pero con un fuerte -pero no único- componente causal.

### **Limitaciones**

Las conclusiones que se pueden hacer con respecto a la fuerza de asociación entre *bullying* y pensamientos y conductas autolesivos son limitadas debido a la cantidad relativamente pequeña de estudios prospectivos que se han llevado a cabo hasta la fecha. Además, muchos de los estudios incluidos pertenecen realmente a la misma población, pero se presentan los datos obtenidos en diferentes momentos durante el seguimiento prospectivo (por ejemplo los estudios pertenecientes a los cohortes ALSPAC y GSMS).

El sesgo de publicación es probable que esté presente ya que los estudios que no informan de asociación entre un factor de riesgo y conducta suicida pueden no ser publicados. La suicidalidad no se midió mediante el mismo instrumento en todos los estudios. La diferencia entre conductas autolesivas suicidas y no suicidas no se realizó en la mayoría de los estudios prospectivos, así como en algunos no se llegó a diferenciar entre ideas de suicidio de conducta suicida. De manera similar, se utilizaron diferentes instrumentos para medir la psicopatología o para determinar otras variables psicosociales, lo cual es otra limitación.

El rango de edad de los participantes y variables sociodemográficas difiere entre los diferentes estudios lo que hace que las comparaciones directas entre los diferentes estudios sea problemático. Además es posible que el uso de una sola base de datos para la exploración de artículos así como el límite de las publicaciones en los idiomas inglés y español haya disminuido la posibilidad de evaluar investigaciones desarrolladas en otros países, pudiendo no ser generalizables los resultados presentados en esta revisión.

Estudios retrospectivos sí se han centrado en muestras de población especial, bien por su vulnerabilidad para ser “elegidos” como víctimas de *bullying* como minorías étnicas, raciales, de orientación sexual, o por sus características psicopatológicas, del desarrollo o discapacidad. Son necesarios más datos en estas poblaciones vulnerables para poder estimar con precisión si las relaciones que se establecen entre *bullying* y pensamientos y conductas autolesivas pudieran incluso verse incrementadas en su fuerza de asociación.

## Conclusiones

A pesar de las limitaciones que presenta esta revisión sistemática, los resultados de la misma confirman los resultados tanto de estudios de revisión de investigaciones retrospectivas como los recientes datos de metaanálisis que sugieren una fuerte asociación causal entre experiencias de *bullying* en la infancia y el posterior desarrollo de pensamientos y/o conductas autolesivas. La importancia de una adecuada detección de este factor de riesgo potencialmente modificable tiene consecuencias que trascienden a la comunidad escolar. Los datos sugieren que el *bullying* ha de reconocerse como un factor de riesgo de salud pública que requiere de intervenciones preventivas que involucren a otros agentes tantos sociales como sanitarios.

### Referencias bibliográficas

- Barker, E. D., Arseneault, L., Brendgen, M., Fontaine, N., & Maughan, B.** (2008). Joint development of bullying and victimization in adolescence: relations to delinquency and self-harm. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(9), 1030-1038.
- Bowes, L., Wolke, D., Joinson, C., Lereya, S. T., & Lewis, G.** (2014). Sibling bullying and risk of depression, anxiety, and self-harm: a prospective cohort study. *Pediatrics*, 134(4), e1032-1039.
- Briere, J., & Gil, E.** (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), 609-620.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Smailes, E. M.** (1999). Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1490-1496.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z.** (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 371-394.
- Copeland, W. E., Wolke, D., Angold, A., & Costello, E. J.** (2013). Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *JAMA Psychiatry*, 70(4), 419-426.
- Copeland, W. E., Wolke, D., Lereya, S. T., Shanahan, L., Worthman, C., & Costello, E. J.** (2014). Childhood bullying involvement predicts low-grade systemic inflammation into adulthood. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 111(21), 7570-7575.

- Fergusson, D. M., Woodward, L. J., & Horwood, L. J.** (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine*, 30(1), 23–39.
- Fisher, H. L., Moffitt, T. E., Houts, R. M., Belsky, D. W., Arseneault, L., & Caspi, A.** (2012). Bullying victimisation and risk of self-harm in early adolescence: longitudinal cohort study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 344, e2683.
- Gastaminza X, Herreros O, Ortiz V, Gracia R, & Sánchez F.** (2006). Suicidio e intento de suicidio en niños y adolescentes: Intervenciones terapéuticas. *Interpsiquis*.
- Geoffroy, M.-C., Boivin, M., Arseneault, L., Turecki, G., Vitaro, F., Brendgen, M., Côté, S. M.** (2016). Associations Between Peer Victimization and Suicidal Ideation and Suicide Attempt During Adolescence: Results From a Prospective Population-Based Birth Cohort. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(2), 99–105.
- Hagen, E. H., Watson, P. J., & Hammerstein, P.** (2008). Gestures of despair and hope: A view on deliberate self-harm from economics and evolutionary biology. *Biological Theory*, 3(2), 123–138.
- Jacobson, C. M., & Gould, M.** (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 11(2), 129–147.
- Kidger, J., Heron, J., Leon, D. A., Tilling, K., Lewis, G., & Gunnell, D.** (2015). Self-reported school experience as a predictor of self-harm during adolescence: a prospective cohort study in the South West of England (ALSPAC). *Journal of Affective Disorders*, 173, 163–169.
- Kim, Y. S., Leventhal, B. L., Koh, Y.-J., & Boyce, W. T.** (2009). Bullying increased suicide risk: prospective study of Korean adolescents. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 13(1), 15–30.
- Klomek, A. B., Kleinman, M., Altschuler, E., Marrocco, F., Amakawa, L., & Gould, M. S.** (2011). High school bullying as a risk for later depression and suicidality. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 41(5), 501–516.
- Klomek, A. B., Kleinman, M., Altschuler, E., Marrocco, F., Amakawa, L., & Gould, M. S.** (2013). Suicidal adolescents' experiences with bullying perpetration and victimization during high school as risk factors for later depression and suicidality. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 53(1 Suppl), S37–42.
- Klonsky, E. D.** (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226–239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>
- Kokkevi, A., Richardson, C., Olszewski, D., Matias, J., Monshouwer, K., & Bjarnason, T.** (2012). Multiple substance use and self-reported suicide attempts by adolescents in 16 European countries. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(8), 443–450.
- Lereya, S. T., Copeland, W. E., Costello, E. J., & Wolke, D.** (2015). Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries. *The Lancet. Psychiatry*, 2(6), 524–531.
- Lereya, S. T., Winsper, C., Heron, J., Lewis, G., Gunnell, D., Fisher, H. L., & Wolke, D.** (2013). Being bullied during childhood and the prospective pathways to self-harm in late adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(6), 608–618.e2.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R.** (1996). Adolescent Suicidal Ideation and Attempts: Prevalence, Risk Factors, and Clinical Implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3(1), 25–46.
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., ... Moher, D.** (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62(10), e1–34.
- Messer, J. M., & Fremouw, W. J.** (2008). A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28(1), 162–178.
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L.** (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 10.
- Nock, M. K., & Favazza, A. H.** (2009). Nonsuicidal self-injury: Definition and classification. *M.K. Nock (Ed.), Understanding Non-Suicidal Self-Injury: Origins, Assessment, and Treatment*, 9–18.
- Nock, M. K., Holmberg, E. B., Photos, V. I., & Michel, B. D.** (2007). Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychological Assessment*, 19(3), 309–317.
- Nock, M. K., & Kessler, R. C.** (2006). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 616–623.
- Picazo-Zappino, J.** (2014). Suicide among children and adolescents: a review. *Actas Espanolas De Psiquiatria*, 42(3), 125–132.
- Winsper, C., Lereya, T., Zanarini, M., & Wolke, D.** (2012). Involvement in bullying and suicide-related behavior at 11 years: a prospective birth cohort study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(3), 271–282.e3.
- Zetterqvist, M., Lundh, L.-G., Dahlström, O., & Svedin, C. G.** (2013). Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(5), 759–773.