

¿Cuál es el resultado en la edad adulta temprana de los niños matones o sometidos a acoso en la infancia? El estudio finlandés “De niño a hombre”

Andre Sourander, MD^{a,b,c}, Peter Jensen, MD^c, John A. Rönning, PhD^b, Solja Niemelä, MD^a, Hans Helenius, Msc^d, Lauri Sillanmäki, StudSocSci^d, Kirsti Kumpulainen, MD^e, Jorma Piha, MD^a, Tuula Tamminen, MD^f, Irma Moilanen, MD^g, y Fredrik Almqvist, MD^h

OBJETIVO: Estudiar las asociaciones de predicción entre ser un matón y ser perseguido a los ocho años de edad y los trastornos psiquiátricos al principio de la edad adulta.

MÉTODOS: La muestra constó de 2.540 niños nacidos en 1981. La información sobre el acoso y la persecución se recogió en 1989, a los ocho años de edad, de los padres, los maestros y los niños. La información acerca de trastornos psiquiátricos se basó en el examen de reclutamiento militar y en el registro del ejército, cuando los sujetos tenían 18-23 años de edad.

RESULTADOS: En el análisis de regresión logística univariado, el estado habitual de matón predijo una personalidad antisocial, abuso de drogas, trastornos depresivos y de ansiedad; el estado habitual de ser perseguido predijo un trastorno de ansiedad, mientras que el estado habitual de ser matón y víctima predijo una personalidad antisocial y un trastorno de ansiedad. Tras controlar respecto a los efectos del grado de escolarización de los padres y de los informes de los padres y los maestros de síntomas emocionales y del comportamiento mediante escalas de

Rutter, el estado habitual de ser perseguido predijo trastornos de ansiedad (OR = 2,6, IC del 95%, 1,1-6,1), y el estado habitual de matón predijo un trastorno antisocial de la personalidad (OR = 2,9, IC del 95%, 1,2-6,9), mientras que el estado habitual de matón y víctima predijo tanto la ansiedad (OR = 5,2, IC del 95%, 1,7-15,3) como el trastorno antisocial de la personalidad (OR = 3,9, IC del 95%, 1,4-10,9). La información acerca del acoso y la persecución habitual como detección sistemática primaria de los niños en riesgo identificó a cerca del 28% de ellos con un trastorno psiquiátrico al cabo de 10-15 años.

CONCLUSIONES: Tanto el acoso como la persecución durante los primeros años de escolarización constituyen signos de salud pública que identifican a los niños en riesgo de padecer trastornos psiquiátricos al inicio de la edad adulta. El sistema educativo y de salud escolar debe desempeñar un papel crucial en la detección de estos niños en riesgo.

Departments of ^aChild Psychiatry and ^dBiostatistics, Turku University, Turku, Finlandia; ^bInstitute of Clinical Medicine, Tromsö University, Tromsö, Noruega; ^cDepartment of Child and Adolescent Psychiatry, Columbia University, Nueva York, Nueva York, Estados Unidos; ^eDepartment of Child Psychiatry, Kuopio University, Kuopio, Finlandia; ^fDepartment of Child Psychiatry, Tampere University, Tampere, Finlandia; ^gDepartment of Child Psychiatry, Oulu University, Oulu, Finlandia; ^hDepartment of Child Psychiatry, Helsinki University, Helsinki, Finlandia.

Revelación financiera: el Dr. Jensen recibió fondos para investigación por parte de McNeil y becas ilimitadas de Pfizer, consultó con Best Practice, Inc, Shire, Janssen, Novartis, y UCB; participó en la agencia de ponentes de Janssen-Ortho, Alza, McNeil, UCB, CME Outfitters, y el Neuroscience Education Institute, y posee acciones de Eli Lilly. El resto de los autores han indicado que no tienen relaciones financieras relevantes con este artículo.

Correspondencia: Andre Sourander, MD, Department of Child Psychiatry, Turku University Hospital, 20520 Turku, Finlandia.

Correo electrónico: andre.sourander@utu.fi

El acoso y la persecución son temas psicosociales de gran importancia que afectan a la vida diaria de los niños escolarizados. Por lo general, el acoso se define como un acto agresivo en el que existe un desequilibrio de fuerzas, es decir, la víctima no puede defenderse, y siempre existe cierto elemento de repetición. El acoso puede ser directo, físico (golpes, patadas), verbal (amenazas, empleo de palabras obscenas y desagradables) o indirecto^{1,2} (envío de notas repugnantes, aislamiento de forma que nadie habla con la víctima). En la revisión estadounidense de Nansel et al³, que incluyó a más de 15.000 estudiantes de 6.^º a 10.^º grado, el 17% informó de haber sido acosado “a veces” o con mayor frecuencia, y el 19% informó de haber acosado a los demás “a veces” o con mayor frecuencia. El 6% informó que habían acosado a otros y habían sido acosados ellos mismos. En un estudio transversal nacional sobre cerca de 113.000 estudiantes de 11 a 15 años de edad y de 25 países, la intervención en el acoso osciló entre el 9% y el 54%⁴.

El acoso y la persecución se asocian con un peor funcionamiento de la familia⁵, la violencia entre los padres⁶, y el maltrato de los padres⁷. Los matones son compañeros agresivos, hostiles y dominantes, muestran mayor puntuación de los síntomas de conducta e hiper-

actividad, y muestran escasa ansiedad o inseguridad. Las víctimas tienden a estar más deprimidas, retraídas, ansiosas e inseguras, a mostrar mayor puntuación en las escalas de interiorización y psicosomática, menores grados de autoestima y ser más discretos, sensibles y silenciosos que los demás estudiantes⁸⁻¹⁰.

Algunos estudios han indicado que las víctimas del acoso muestran los resultados más problemáticos¹¹⁻¹³. Como los matones, muestran grados intensos de agresión física y verbal⁸. Presentan puntuaciones elevadas en las mediciones tanto de la exteriorización como del comportamiento hiperactivo, pero también en las mediciones de la tendencia a la depresión, la autoestima, la competencia académica y la aceptación social^{9,14,15}.

Sin embargo, la mayor parte de nuestro conocimiento empírico de los efectos del acoso se basa en estudios transversales. Por lo general sólo se han utilizado cuestionarios de síntomas, a menudo con sólo un informador. Sólo unos pocos estudios poblacionales han examinado prospectivamente los efectos del acoso. Bond et al¹⁶ demostraron que la persecución a los 13 años de edad predijo la existencia de síntomas autonotificados de ansiedad y depresión al cabo de un año. Arsenault et al¹⁷ observaron que las víctimas y los matones/víctimas presentaron más problemas del comportamiento y de ajuste escolar a los siete años de edad, incluso tras el control respecto a problemas previos de ajuste a los cinco años de edad, en un estudio de cohorte representativo nacionalmente. En un estudio coreano, Kim et al¹² siguieron durante diez meses a los estudiantes de séptimo y octavo grado y demostraron que el problema del comportamiento era una consecuencia, y no una causa, de la experiencia del acoso. Kumpulainen et al¹¹ encontraron que el acoso a los ocho años de edad se asocia con síntomas psiquiátricos posteriores en la preadolescencia. El estado de matón y de perseguido fue bastante estable entre los 8 y 16 años de edad. En una cohorte finlandesa, casi todos los chicos acosados a los 16 años de edad ya lo eran a los ocho años de edad¹⁸. La mitad de los chicos acosadores a los 16 años de edad ya lo habían sido a los ocho años de edad. Además, acosar a los ocho años de edad predijo claramente la criminalidad durante la adolescencia¹³.

No existen estudios longitudinales de cohorte que examinen los resultados psiquiátricos al final de la adolescencia o al inicio de la edad adulta de los niños matones o perseguidos durante la infancia. En general, nuestro conocimiento de la continuidad o discontinuidad de los problemas infantiles hasta el inicio de la edad adulta se ha basado en un limitado número de estudios de cohorte. Sin embargo, la información acerca de los efectos de largo plazo del acoso tiene un significado considerable para la salud pública que justificaría las intervenciones preventivas universales o dirigidas y la investigación centrada en el acoso escolar.

Este estudio trata de examinar las asociaciones entre el acoso y la persecución a los ocho años de edad y el diagnóstico psiquiátrico al cabo de 10-15 años. Quisimos estudiar los distintos resultados de los niños que habitualmente sólo acosan, los que sólo son perseguidos y los que son a la vez matones y víctimas. También quisimos investigar si la información acerca del acoso y la persecución podían detectar a los niños en riesgo de trastornos psiquiátricos.

SUJETOS Y MÉTODOS

Sujetos

Esta investigación forma parte de un estudio nacional titulado “De niño a hombre”; un estudio de seguimiento incluido en el Epidemiological Multicenter Child Psychiatric Study en Finlandia¹⁹⁻²¹. La muestra inicial de estudio se tomó de la población total de niños finlandeses nacidos en 1981 (n = 60.007). La muestra representativa inicial constó de 6.017 niños, lo que significa un 10% de la cohorte de edad. De estos 6.017 niños, 5.813 (97%) participaron en el estudio en 1989. De los 5.813 niños, 2.946 eran varones. Se dispuso de información completa acerca del acoso y la persecución de los tres grupos de informadores (padres, maestros y niños) y de los datos de seguimiento de 2.540 sujetos (86% de la muestra inicial de varones). El Joint Committee in Ethics de la Turku University y el Turku University Central Hospital aprobaron el plan de investigación. La participación en el estudio fue voluntaria. En la situación inicial se obtuvo el consentimiento informado de los padres de los niños. La información combinada de los cuestionarios y el registro militar se analizaron de forma que no se pudiera identificar a los sujetos.

Métodos

Evaluación del acoso y la persecución a los ocho años de edad

La recogida de datos inicial se organizó a través de los maestros. El maestro remitió los cuestionarios a los padres a través de los niños, y los padres los devolvieron en un sobre cerrado a los maestros. Los niños cumplimentaron un cuestionario en el aula. El maestro remitió al investigador los cuestionarios de los padres en sobres sellados, la hoja de consentimiento por escrito de los padres, los cuestionarios del maestro y los autoinformes de los niños. Cada aula tenía, además, una hoja de seguimiento en la que el maestro marcó cuántos alumnos, con su año de nacimiento, y cuántos padres habían devuelto el impresión de consentimiento y los cuestionarios, y cuántos habían otorgado y no otorgado su consentimiento a la participación en el estudio. Al final del estudio se devolvieron al investigador las hojas de seguimiento, los cuestionarios de estudio y los impresos de consentimiento¹⁹⁻²¹.

El acoso se evaluó haciendo que el niño optase entre estas tres alternativas: 1) “acoso a otros niños casi cada día”, 2) “acoso a veces”, 3) “habitualmente no acoso”. La persecución fue evaluada por las alternativas: “otros niños: 1) me acosan casi cada día”, 2) “me acosan a veces”, 3) “habitualmente no me acosan”. Los cuestionarios de los padres y el maestro tenían preguntas similares, centradas en el acoso y la persecución, con la siguiente redacción del enunciado y la respuesta: “el niño acosa a otros niños: 1) no, 2) a veces, 3) sí”. Los cuestionarios de los padres y el maestro incluían otra pregunta sobre si el niño era víctima de acoso, con tres alternativas (no, a veces, sí). A efectos de este estudio, se consideró que las alternativas 0 y 1 indicaban que el estado de acoso o de víctima estaba ausente o presente sólo en ocasiones, mientras que la alternativa 2 indicó un estado habitual de acoso o de víctima.

Clasificamos la muestra en los grupos siguientes: 1) los que nunca acosaron, o sólo a veces, y no fueron víctimas según los informes de los padres, el maestro y los propios, 2) los que habitualmente acosan (pero no son víctimas) según al menos uno de los informadores, 3) los que habitualmente sólo son víctimas según al menos uno de los informadores y 4) los que a menudo acosan y son víctimas mediante la información conjunta de los tres informadores. Por ejemplo, si un niño acosó habitualmente según los maestros y fue habitualmente víctima según los autoinformes, fue clasificado en el grupo de matón-victima. El análisis sólo incluyó a los sujetos con información completa sobre el acoso y la persecución de los tres informadores. La combinación de los informes de los padres, el maestro y el niño acerca del acoso/la persecución aplicando la norma del “o” está justificada por el hallazgo de una baja concordancia intercalificadora (límites de kappa ponderada 0,11-0,22).

Mediciones de los síntomas psiquiátricos, el grado de escolarización de los padres y la solicitud de ayuda a los ocho años de edad

En este estudio analizamos los informes de los padres y del maestro de los síntomas psiquiátricos del niño como posibles variables de confusión (utilizando la norma de "o"). Los padres y los maestros cumplimentaron una escala de Rutter^{22,23} compuesta por tres subescalas (puntuaciones de comportamiento, hiperactividad y emoción). Los cuestionarios Rutter para la detección sistemática de los problemas emocionales y del comportamiento de los niños son instrumentos de detección sistemática del comportamiento establecidos desde hace tiempo y bien estudiados que se han mostrado válidos y fiables en muchos contextos²⁴. En este estudio utilizamos los límites correspondientes aproximadamente al percentil 85° (límite de la puntuación total de 13 en la escala de los padres y 9 en la del maestro) como indicadores de un posible trastorno psiquiátrico. Estos límites habían sido ampliamente utilizados con anterioridad en la epidemiología psiquiátrica infantil, tanto en Finlandia como internacionalmente^{19,24}. Como hemos mencionado anteriormente, la detección en las escalas de los padres y del maestro a los ocho años de edad predijo trastornos psiquiátricos al inicio de la edad adulta²¹.

Para controlar respecto al nivel socioeconómico se extrajo una variable sobre la escolarización de los padres de los datos de 1989, cuando los sujetos tenían ocho años de edad. Un bajo grado de escolarización de los padres significó que ninguno de los padres había completado la enseñanza media tras la escolarización obligatoria (en conjunto hasta 12 años de escolarización). En Finlandia, la educación básica consiste en una escolarización obligatoria durante nueve años, tras la que la escolarización puede continuar en una escuela de formación profesional o en un instituto de enseñanza media. Como mencionamos con anterioridad, un bajo grado de escolarización de los padres a los ocho años de edad predijo trastornos psiquiátricos al inicio de la edad adulta²¹.

La información acerca de la necesidad de ayuda del niño a los ocho años de edad se obtuvo de los padres ("¿se ha planteado pedir o ha solicitado ayuda o tratamiento de los problemas emocionales o de comportamiento de su hijo?", escala, 1 = no, 2 = me lo he planteado, 3 = he buscado ayuda).

Información de registro de los trastornos psiquiátricos a los 18-23 años de edad

El registro del reclutamiento militar nacional finlandés contiene información de todos los varones ciudadanos finlandeses. Los varones finlandeses nacidos en 1981 recibieron su reclutamiento obligatorio en 1999, lo que ofreció la oportunidad de alcanzar a casi todos los varones de este grupo de edad. El servicio militar de 6 a 12 meses de duración es obligatorio para los varones finlandeses, y se someten a una exploración médica durante la primavera del año en que cumplen los 18. La información acumulativa sobre los diagnósticos psiquiátricos CIE-10 del presente estudio se basó en la información del registro militar, incluyendo todos los diagnósticos psiquiátricos de la exploración sanitaria del reclutamiento en otoño de 1999, y de la información del registro militar en dos momentos, octubre de 2002 y marzo de 2004²¹.

En la exploración de salud mental del reclutamiento se establecieron los diagnósticos CIE-10 en todos los sujetos. Los

que mostraron problemas durante el servicio militar también fueron sometidos a exámenes de salud para evaluar su idoneidad para las tareas militares o, en caso contrario, tratarlos. Los diagnósticos psiquiátricos más graves y crónicos suelen estar basados en la consulta con los servicios psiquiátricos especializados, mientras que el diagnóstico más leve puede estar basado en una evaluación realizada por un médico general²¹. Sin embargo, como el médico general tiene acceso a todo el registro sanitario y obtiene su información de la escuela y el sistema de asistencia sanitaria, la exactitud de estos diagnósticos puede considerarse bastante buena. Según la información del registro acerca del diagnóstico CIE-10 agrupada en tres momentos distintos (reclutamiento militar en 1999, información del registro en 2002 y 2004), los sujetos fueron clasificados en cinco grupos de trastornos: trastorno de ansiedad, trastorno depresivo, trastorno de personalidad antisocial, trastorno de abuso de drogas y trastorno psicótico (incluyendo, por ejemplo, la esquizofrenia y las psicosis esquizoides). Si el sujeto mostró un trastorno psicótico en cualquiera de estos tres momentos, no fue clasificado en otro grupo. El número de sujetos con trastornos psicóticos fue muy escaso y se consideró un grupo diagnóstico claramente distinto (p. ej., respecto al resultado a largo plazo) comparado con los demás. Por lo demás, el sujeto pudo pertenecer a más de un grupo de trastornos, según los diagnósticos establecidos en distintos momentos.

Análisis estadístico

La significación estadística y las asociaciones univariadas entre las variables acoso infantil a los ocho años de edad y pertenecer a grupos psiquiátricos a los 18-23 años de edad se estudió mediante el análisis de regresión logística. Estas asociaciones se cuantificaron calculando las *odds ratio* (OR) con los intervalos de confianza del 95% (IC del 95%). El análisis multivariado de las asociaciones se realizó aplicando el análisis de regresión logística multivariada. Los valores de p inferiores a 0,05 se consideraron estadísticamente significativos. Los cálculos estadísticos fueron realizados mediante el sistema SAS para Windows, versión 8.2/2000.

RESULTADOS

En conjunto, el 6% de los niños de 8 años de edad fue habitualmente matón pero no víctima según al menos un informador, mientras que el 6% de los niños fue habitualmente víctima pero no matón. Además, el 3% de los niños fueron habitualmente tanto matones como víctimas.

Resultado a largo plazo

Como muestra la tabla 1, el 30% del grupo matón-victima mostró un trastorno psiquiátrico en el seguimiento, mientras que la cifra correspondiente al grupo habitualmente sólo matón fue del 18%, la del grupo habitualmente sólo víctima del 17%, y la del grupo de referencia del 9%. La tabla 2 muestra cómo la pertenencia

TABLA 1. Acoso, persecución y acoso-persecución habituales a los ocho años de edad y prevalencia de trastornos psiquiátricos al inicio de la edad adulta (n = 2.540)

| | N | Cualquier trastorno psiquiátrico (n = 264) | | Personalidad antisocial (n = 68) | | Abuso de drogas (n = 44) | | Ansiedad (n = 56) | | Depresión (n = 44) | | Psicosis (n = 13) | |
|-----------------------------------|-------|--|------|----------------------------------|------|--------------------------|-----|-------------------|-----|--------------------|-----|-------------------|-----|
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Habitualmente ni matón ni víctima | 2.154 | 189 | 8,8 | 47 | 2,2 | 33 | 1,5 | 35 | 1,6 | 31 | 1,4 | 9 | 0,4 |
| Habitualmente sólo matón | 153 | 27 | 17,6 | 9 | 5,9 | 6 | 3,9 | 8 | 5,2 | 6 | 3,9 | 1 | 0,7 |
| Habitualmente sólo víctima | 163 | 27 | 16,6 | 4 | 2,5 | 4 | 2,5 | 7 | 4,3 | 5 | 3,1 | 1 | 0,6 |
| Habitualmente matón y víctima | 70 | 21 | 30,0 | 8 | 11,4 | 1 | 1,4 | 6 | 8,6 | 2 | 2,9 | 2 | 2,9 |

TABLA 2. Asociaciones de predicción de acoso, persecución y acoso-persecución habitual a los ocho años de edad y trastornos psiquiátricos al inicio de la edad adulta. Resultados del análisis de regresión logística univariada

| | Cualquier trastorno psiquiátrico | | Personalidad antisocial | | Consumo de drogas | | Depresión | | Ansiedad | | Psicosis | |
|---|----------------------------------|----------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------|----------------------|-----------|----------------------|----------|-----------------------|----------|-----------------------|
| | OR | IC del 95% | OR | IC del 95% | OR | IC del 95% | OR | IC del 95% | OR | IC del 95% | OR | IC del 95% |
| Con frecuencia sólo matón | 2,2 | 1,4-3,5 ^a | 3,0 | 1,4-6,2 ^b | 2,8 | 1,2-6,9 ^c | 3,0 | 1,2-7,4 ^c | 3,6 | 1,6-7,8 ^b | 1,7 | 0,2-13,8 |
| Con frecuencia sólo víctima | 2,1 | 1,3-3,2 ^b | 1,2 | 0,4-3,5 | 1,8 | 0,6-15,0 | 2,3 | 0,9-6,1 | 2,9 | 1,3-6,6 ^c | 1,6 | 0,2-12,8 |
| Con frecuencia tanto matón como víctima | 4,5 | 2,6-7,6 ^a | 6,8 | 3,1-15,2 ^a | 1,2 | 0,2-19,1 | 2,6 | 0,6-11,1 | 6,9 | 2,8-17,1 ^a | 8,9 | 1,9-42,3 ^b |

IC: intervalo de confianza; OR: razón de posibilidades. El grupo de referencia fue “Con frecuencia ni matón ni víctima”. ^ap < 0,001; ^bp < 0,01; ^cp < 0,05.

al grupo matón-víctima predijo la personalidad antisocial, los trastornos de ansiedad y psicóticos, mientras que la pertenencia al grupo habitualmente sólo matón predijo la personalidad antisocial, el abuso de drogas, los trastornos depresivos y de ansiedad, y la pertenencia al grupo habitualmente sólo víctima predijo los trastornos de ansiedad en el análisis univariado. Tras excluir los casos de trastornos de ansiedad o depresivos con abuso de drogas o trastornos antisociales de la personalidad comórbidos, los resultados fueron similares.

Tras ajustar los análisis al efecto del grado de escolarización de los padres, y “resultar positivo” en los informes de los padres/maestros de los síntomas totales del niño a los ocho años de edad, los matones-víctimas estuvieron en riesgo de ansiedad (OR = 5,2, IC del 95% 1,7-15,3) y de trastornos antisociales de la personalidad (OR = 3,9, IC del 95% 1,4-10,9) y los matones en riesgo de trastornos antisociales de la personalidad (OR = 2,9, IC del 95% 1,2-6,9), mientras que las víctimas estuvieron en riesgo de trastornos de la ansiedad (OR = 2,6, IC del 95% 1,1-6,1).

Coexistencia de frecuente acoso/persecución y síntomas psiquiátricos

Para identificar los resultados del acoso asociado con los síntomas psiquiátricos en la situación inicial, los grupos habitualmente matón, habitualmente víctima y matón-víctima se subdividieron en detecciones sistemáticas positivas (por encima del límite clínico en las escalas de Rutter del maestro o de los padres) y detecciones sistemáticas negativas (por debajo del límite clínico en las escalas de Rutter del maestro y de los padres). Como

muestra la tabla 3, casi todos los habitualmente matones-víctimas (97%), el 80% de los habitualmente sólo matones y el 50% de los habitualmente sólo víctimas fueron positivos en la detección sistemática inicial mediante la escala de Rutter de los padres, el maestro, o ambas. Los matones-víctimas que también fueron positivos en la detección sistemática tuvieron una posibilidad de padecer un trastorno psiquiátrico entre los 18 y los 23 años de edad cinco veces mayor. Los matones habituales con detección sistemática positiva tuvieron una posibilidad tres veces mayor de padecer un trastorno psiquiátrico en la edad adulta temprana. Los que tuvieron una detección sistemática positiva pero no intervinieron en el acoso tuvieron el doble de probabilidades de padecer trastornos psiquiátricos al inicio de la edad adulta. El grupo de referencia estuvo formado por los niños con detección sistemática negativa que no intervinieron en un comportamiento habitual de acoso. Si el niño era habitualmente un matón o una víctima, pero su detección sistemática fue negativa, no corrió un mayor riesgo de trastorno psiquiátrico. En las comparaciones apareadas, los matones-víctimas con detección sistemática positiva (OR = 2,5, IC del 95% 1,4-4,4) corrieron mayor riesgo de trastorno psiquiátrico que los niños con detección sistemática positiva que no intervinieron en un comportamiento habitual de acoso.

Los niños con detección sistemática positiva y habitual acoso o persecución (11% de la muestra) abarcaron el 28% de los diagnósticos psiquiátricos del adulto. Debemos destacar que cuando examinamos la prevalencia de las visitas a los servicios de salud mental infantil a los ocho años de edad, la mayoría de los niños no las había realizado. Según los padres, sólo el 29% de los

TABLA 3. Asociaciones de predicción de detección sistemática positiva y negativa con víctimas, matones y matones-víctimas habituales a los ocho años de edad y trastorno psiquiátrico al inicio de la edad adulta. Resultados del análisis de regresión logística univariada

| | Muestra total (n = 2.540) | Cualquier trastorno psiquiátrico (n = 264) | % | OR | IC 95% |
|--|---------------------------|--|------|------|---------|
| Habitualmente ni matón ni víctima y detección sistemática negativa | 1.702 | 124 | 7,3 | | |
| Habitualmente ni matón ni víctima y detección sistemática positiva | 452 | 65 | 14,4 | 2,1 | 1,5-2,9 |
| Con frecuencia sólo víctima y detección sistemática negativa | 82 | 9 | 11,0 | 1,6 | 0,8-3,2 |
| Con frecuencia sólo víctima y detección sistemática positiva | 81 | 18 | 22,0 | 3,6 | 2,1-6,3 |
| A menudo sólo matón y detección sistemática negativa | 31 | 1 | 3,2 | 0,4 | 0,1-3,1 |
| A menudo sólo matón y detección sistemática positiva | 122 | 26 | 21,3 | 3,4 | 2,1-5,5 |
| Por lo general tanto matón como víctima y detección sistemática negativa | 2 | 1 | 50,0 | 12,7 | 0,8-204 |
| Por lo general tanto matón como víctima y detección sistemática positiva | 68 | 20 | 29,4 | 5,3 | 3,0-9,2 |

IC: intervalo de confianza; OR: odds ratio. Grupo de referencia “Habitualmente ni matón ni víctima y detección sistemática negativa”.

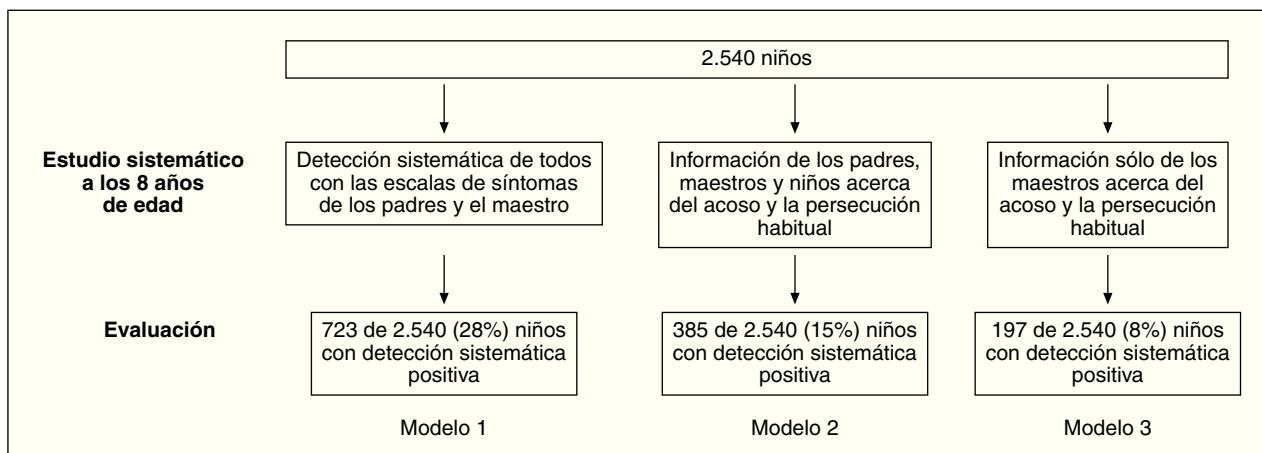


Fig. 1. Tres modelos distintos para la detección sistemática de los niños escolares en riesgo de trastornos psiquiátricos posteriores.

matones-víctimas, el 15% de los matones habituales, el 6% de las víctimas habituales, el 9% de las “detecciones sistemáticas positivas” sin comportamiento de acoso y el 1% de los niños con detección sistemática negativa sin comportamiento de acoso realizaron alguna visita a estos servicios.

Información sobre el acoso y la persecución habitual como método de detección sistemática

La figura 1 muestra distintos modelos de detección de los escolares en riesgo de posterior trastorno psiquiátrico basados en nuestros resultados. En el modelo 1, que utilizó listas de control de los síntomas de los padres y el maestro como método principal de detección sistemática, el 28% estaría en necesidad de una evaluación más detenida. De los 723 niños que hubieran sido remitidos, el 18% fue reconocido como afectado por un trastorno psiquiátrico al inicio de la edad adulta. En este modelo hubieran sido remitidos 129 de los 264 (49%) con diagnóstico psiquiátrico al seguimiento. En el modelo 2, que utiliza la información sobre el acoso y la persecución, el 15% hubiera necesitado una evaluación más detenida. Si estos niños hubieran sido sometidos a las listas de control de los síntomas, de los padres y del maestro, el 11% restante de detecciones sistemáticas positivas hubiera sido remitido a una evaluación más detenida. El 24% de estos 273 niños presentó un diagnóstico psiquiátrico al seguimiento. En este modelo se habrían remitido 65 de los 264 (25%) con diagnóstico psiquiátrico al seguimiento. El último modelo, el más barato, sólo utilizó los informes del maestro de frecuente acoso y persecución como método de detección sistemática para la evaluación más detenida. Este modelo hubiera remitido al 8%. El 22% de los 197 niños presentó un diagnóstico psiquiátrico al seguimiento. Sin embargo, sólo se hubiera remitido a 44 de los 264 (17%) sujetos con diagnóstico psiquiátrico al seguimiento.

DISCUSIÓN

Que sepamos, éste es el primer estudio prospectivo poblacional acerca del acoso en los primeros años esco-

lares que utiliza como resultado los diagnósticos psiquiátricos al inicio de la edad adulta. Cuando se controla respecto al efecto del grado de escolarización de los padres y la sintomatología general emocional y del comportamiento, la persecución habitual predijo de forma independiente los trastornos de ansiedad y el acoso habitual predijo el trastorno antisocial de la personalidad, mientras que el acoso-persecución habitual predijo ambos trastornos. Nuestros hallazgos indican que tanto el acoso como la persecución durante los primeros años escolares son signos de salud pública que pueden identificar a los niños en riesgo de padecer trastornos psiquiátricos al inicio de la vida adulta.

Resultado de los matones, las víctimas y los matones-víctimas

Los matones-víctimas frecuentes corrieron especial riesgo de resultados adversos a largo plazo. Este hallazgo concuerda con los resultados de un estudio de seguimiento de Kim et al¹² que demostró que el grupo de matones-víctimas fue el más vulnerable y desarrolló numerosas desviaciones psicopatológicas comparado con otros tipos de comportamientos acosadores. Además, este hallazgo concuerda con los anteriores estudios transversales, que han demostrado que los matones/víctimas evolucionan peor que los matones o que las víctimas^{9,27,28}.

Frick et al²⁹ observaron que los niños con trastorno del comportamiento que presentan también los denominados rasgos de endurecimiento-impasibilidad mostraron la mayor tasa de delincuencia y de problemas con la policía durante los cuatro años de su estudio. El rasgo de endurecimiento-impasibilidad se refiere a un determinado estilo afectivo (ausencia de sensación de culpa, muestra limitada de las emociones) e interpersonal (falta de mostrar empatía, utilización de los demás en provecho propio) característico de un subgrupo de niños con grave trastorno del comportamiento^{29,30}, que puede estar asociado con la psicopatía en la vida adulta. Se puede suponer que los habitualmente sólo matones pertenecen más a menudo al grupo antisocial endurecido-impasible. Además, se puede suponer que los matones-víctimas suelen pertenecer a los que tienen problemas del com-

portamiento asociados con una alteración de la regulación de las emociones, como refleja la impulsividad y la hiperactividad relacionada con grados elevados de reactividad emocional. La alteración de la regulación de las emociones también puede conducir a una mayor susceptibilidad a la ira por la percepción de provocaciones de los compañeros, que desemboca en actos violentos y agresivos en el contexto de una gran excitación emocional. Estas posibilidades deberán ser examinadas en los futuros estudios longitudinales de investigación.

La persecución habitual predijo los trastornos de ansiedad incluso tras el control respecto a los efectos del grado de escolarización de los padres y del grado general de síntomas infantiles. La asociación entre la persecución habitual y la posterior ansiedad concuerda con los hallazgos anteriores que muestran la asociación entre la persecución y la ansiedad en la adolescencia^{8,16,18}.

Comportamiento matón e identificación temprana de los problemas psiquiátricos

El acoso y la persecución son habituales y afectan al ambiente escolar, al bienestar diario y el aprendizaje de los niños^{3,31}. Esto ofrece la base para la aplicación de intervenciones escolares dirigidas a afrontar el acoso. El acoso y la persecución habitual a menudo aparecen al mismo tiempo que los problemas psiquiátricos. Además, el resultado a largo plazo de los niños que acosan o son perseguidos es significativamente peor que el de los niños con un grado importante de síntomas psiquiátricos pero que no acosan ni son perseguidos. La necesidad del reconocimiento temprano también está motivada por el hallazgo de que la mayoría de los matones y víctimas habituales no visitan los servicios de salud mental infantil.

Nuestros hallazgos tienen consecuencias para la identificación temprana de los niños con dificultades psiquiátricas de larga evolución. Un hallazgo importante es que los matones y víctimas con síntomas psiquiátricos corren mayor riesgo de posteriores trastornos psiquiátricos que los matones o las víctimas. Si un niño es un matón, una víctima o un matón-victima habitual (15% de esta muestra) está indicada una nueva evaluación de los problemas psiquiátricos. Sin embargo, si el matón o víctima habitual no presenta un grado elevado de síntomas, nuestros datos indican que el foco de la intervención primaria debe situarse en regular el comportamiento del niño en la escuela y en mejorar las relaciones con los compañeros. Un enfoque de detección sistemática basado en primer lugar en la identificación de los matones, las víctimas o los matones-victimas habituales y que luego realice un cribado psiquiátrico constituiría una alternativa con buena relación coste-eficacia a la detección sistemática universal de los problemas psiquiátricos en todos los niños, especialmente cuando los recursos de la salud mental infantil son escasos. Sin embargo, el abordaje de detección sistemática necesita evaluaciones clínicas de segundo escalón, unos servicios de salud mental infantil que funcionen eficazmente y esfuerzos para ayudar a que las familias consigan ayuda.

Fortalezas y limitaciones del estudio

Nuestra muestra comunitaria fue representativa de la población diana, y el diseño del estudio fue prospectivo

de seguimiento. Por desgracia, el estudio sólo incluyó a niños y los resultados no pueden ser generalizados a las niñas. Si tenemos en cuenta la duración del seguimiento y el tamaño de la muestra, la tasa de atracción fue escasa. Los diagnósticos fueron recogidos por el registro militar nacional finlandés con objetivos tanto militares como clínicos. Los diagnósticos psiquiátricos CIE-10 se basaron en las exploraciones de salud realizadas por médicos generales o psiquiatras expertos. Se debe indicar que los diagnósticos psiquiátricos no se determinaron mediante una entrevista diagnóstica estructurada, lo que pudo afectar a los hallazgos. Por ejemplo, no se pudo evaluar meticulosamente el efecto de la comorbilidad psiquiátrica durante la edad adulta. Sin embargo, la información acerca de los diagnósticos psiquiátricos se actualiza semanalmente, y el registro está bien mantenido. La inclusión de la información del registro en tres momentos aumenta la fiabilidad de los resultados. Dadas las restricciones del empleo de los datos del registro en general, la información basada en el registro militar nacional finlandés ofrece una información exhaustiva y singular de la que carece la mayoría de los países.

La fortaleza del estudio estriba en la participación de tres informadores distintos (maestro, padres, el propio sujeto) en cada caso. Sin embargo, se podría argumentar que nuestra clasificación de grupos de matón/victima debería haberse realizado de otra manera. Este tema está relacionado con el problema de cómo clasificar a los niños en grupos significativos. Incluso una muestra bastante amplia como ésta tiene limitaciones, dadas las numerosas combinaciones posibles del estado de matón y de víctima y el limitado número de sujetos. Además, optamos por utilizar variables psicopatológicas dicotomizadas por dos razones: en primer lugar, desde el punto de vista clínico, es más sencillo pensar en los casos porque son niños por los que el clínico debe hacer algo. Cuando los niños presentan cualquier tipo de gradación de síntomas, no está claro si el clínico debe actuar. En segundo lugar, por lo general consideramos como un continuo los síntomas emocionales y los del comportamiento. Sin embargo, los niños en el extremo superior del continuo son cualitativamente distintos de los del extremo inferior.

Consecuencias clínicas

Los hallazgos tienen un significado considerable para el reconocimiento temprano de los problemas psiquiátricos. Los niños que muestran un comportamiento matón habitual deben ser evaluados por posibles problemas psiquiátricos, ya que acosar y ser perseguido pueden ser marcadores tempranos del riesgo de trastornos psiquiátricos. Los defensores de prevenir o detener el acoso en las escuelas deben considerar la provisión de evaluaciones psiquiátricas individuales a los implicados, y luego ofrecer el tratamiento de salud mental de sus problemas. Sin embargo, para conseguir este objetivo es obligatorio que los servicios de salud mental estén integrados en el sistema escolar. En este sistema, la detección sistemática de rutina de los problemas de salud mental tendría una importancia fundamental y debería implicar a las tres partes: los maestros, los padres y los niños. Esto prepararía el terreno para la posterior cooperación para el fomento del bienestar de los niños y sus familias. Es

esencial estudiar la eficacia de varios modelos de "salud mental escolar" en el mundo real.

Se debe prestar especial atención a los niños que muestran un comportamiento matón habitual, y especialmente a los matones-víctimas habituales, porque están en riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos en la edad adulta temprana. Es necesario realizar más estudios que aborden los factores de resistencia, como los sistemas de apoyo social y de los padres, y las habilidades cognitivas y sociales del niño para afrontar el comportamiento matón. Como el acoso infantil es un comportamiento complejo con consecuencias posiblemente graves, la identificación temprana de los niños en riesgo debe constituir una prioridad para la sociedad.

AGRADECIMIENTO

Este estudio fue apoyado por la Pediatric Research Foundation (Lastentautien Kummisäätiö).

BIBLIOGRAFÍA

1. Olweus D. Bullying at school: what we know and what we can do. Oxford, United Kingdom: Basil Blackwell; 1993.
2. Whitney I, Smith PK. A survey of the nature and extent of bullying in junior/middle and secondary schools. *Educ Res*. 1993;35:3-25.
3. Nansel TR, Overpeck M, Pilla RS, Ruan WJ, Simons-Morton B, Scheidt P. Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA*. 2001;285:2094-100.
4. Nansel TR, Craig W, Overpeck MD, Saluja G, Ruan WJ. Health Behaviour in School-aged Children Bullying Analyses Working Group. Cross-national consistency in the relationship between bullying behaviors and psychosocial adjustment. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158:730-6.
5. Rigby K, Cox I, Black G. Cooperativeness and bully/victim problems among Australian school children. *J Soc Psychol*. 1997;137:357-68.
6. Baldry AC. Bullying in schools and exposure to domestic violence. *Child Abuse Negl*. 2003;27:713-32.
7. Shields A, Cicchetti D. Parental maltreatment and emotion dysregulation as risk factors for bullying and victimization in middle childhood. *J Clin Child Psychol*. 2001;30:349-63.
8. Craig WM. The relationship among bullying, victimization, depression, anxiety and aggression in elementary school children. *Pers Individ Dif*. 1998;24:123-30.
9. Kumpulainen K, Räsänen E, Henttonen I, et al. Bullying and psychiatric symptoms among elementary school-age children. *Child Abuse Negl*. 1998;22:705-17.
10. Olweus D. Bullying or peer abuse at school: facts and intervention. *Cur Dir Psychol Sci*. 1995;4:196-200.
11. Kumpulainen K, Räsänen E. Children involved in bullying at elementary school age: their psychiatric symptoms and deviance in adolescence: an epidemiological sample. *Child Abuse Negl*. 2000;24:1567-77.
12. Kim YS, Leventhal BL, Koh YJ, Hubbard A, Boyce AT. School bullying and youth violence: causes or consequences of psychopathology? *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63:1035-41.
13. Sourander A, Jensen P, Ronning JA, et al. Childhood bullies and victims and their risk of criminality in late adolescence. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007;161:546-52.
14. Austin S, Joseph S. Assessment of bully/victim problems in 8-to 11-year-olds. *Br J Educ Psychol*. 1996;66:447-56.
15. Woods S, White E. The association between bullying behaviour, arousal levels and behaviour problems. *J Adolesc*. 2005;28:381-95.
16. 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.
17. Arseneault L, Walsh E, Trzesniewski K, Newcombe R, Caspi A, Moffitt TE. Bullying victimization uniquely contributes to adjustment problems in young children: a nationally representative cohort study. *Pediatrics*. 2006;118:130-8.
18. Sourander A, Helstelä L, Helenius H, Piha J. Persistence of bullying from childhood to adolescence: a longitudinal 8-year follow-up study. *Child Abuse Negl*. 2000;24:873-81.
19. Almqvist F, Ikäheimo K, Kumpulainen K, et al. Design and subjects of a Finnish epidemiological study on psychiatric disorders in childhood. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1999;8(suppl 4):3-6.
20. Sourander A, Santalahti P, Haavisto A, Piha J, Ikäheimo K, Helenius H. Have there been changes in children's psychiatric symptoms and mental health service use? A 10-year comparison from Finland. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43:1134-45.
21. Sourander A, Multimäki P, Nikolakaros G, et al. Childhood predictors of psychiatric disorders among boys: a prospective community-based follow-up study from age 8 years to early adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44:756-67.
22. Rutter M. A children's behaviour questionnaire for completion by teachers: preliminary findings. *J Child Psychol Psychiatry*. 1967;8:1-11.
23. Rutter M, Tizard J, Whitmore K. Education, health and behaviour. Londres, Reino Unido: Longman; 1970.
24. Elander J, Rutter M. Use and development of Rutter parents' and teachers' scales. *Int J Methods Psychiatr Res*. 1996;6:63-78.
25. Perren S, Alsaker FD. Social behavior and peer relationships of victims, bully-victims, and bullies in kindergarten. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47:45-57.
26. Sterzer P, Stadler C, Krebs A, Kleinschmidt A, Poustka F. Abnormal neural responses to emotional visual stimuli in adolescents with conduct disorder. *Biol Psychiatry*. 2005;57:7-15.
27. Juvonen J, Graham S, Schuster MA. Bullying among young adolescents: the strong, the weak, and the troubled. *Pediatrics*. 2003;112:1231-7.
28. Veenstra R, Lindenberg S, Oldehinkel AJ, De Winter AF, Verhulst FC, Ormel J. Bullying and victimization in elementary schools: a comparison of bullies, victims, bully/victims, and uninvolved preadolescents. *Dev Psychol*. 2005;41:672-82.
29. Frick PJ, Stickle TR, Dandreaux DM, Farrell JM, Kimonis ER. Callous-unemotional traits in predicting the severity and stability of conduct problems in delinquency. *J Abnorm Child Psychol*. 2005;33:471-87.
30. Frick PJ, Cornell AH, Bodin SD, Dane HE, Barry CT, Loney BR. Callous-unemotional traits and developmental pathways to severe conduct problems. *Dev Psychol*. 2003;39:246-60.
31. Glew GM, Fan MY, Katon W, Rivara FP, Kernic M. Bullying, psychological adjustment, and academic performance in elementary school. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005;159:1026-31.