

Patricia Alcindor-Huelva^{1**}
Alicia M. Delgado-Campos¹
Lourdes Sapos-Gálvez²
Carmen Fernández-Úbeda³
José J. Rodríguez-Solano⁴

¹ CSM Puente de Vallecas, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España.

² Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

³ Universidad Nebrija, España.

⁴ CSM Tetuán, Hospital La Paz, Madrid

****AUTOR DE CORRESPONDENCIA:**

Dra. Patricia Alcindor-Huelva

CSM Puente de Vallecas, Calle Peña Gorbea 4, C. P. 28053, Madrid. Teléfono: 91-4778747

Correo electrónico: patricia.alcindor@salud.madrid.org

ORCID: [0000-0002-3821-9118](https://orcid.org/0000-0002-3821-9118)

*Acoso escolar, conductas autolesivas, ideación, e intentos autolíticos en una muestra clínica de un centro de salud mental**

Bullying, deliberate self-harm behaviors, suicidal ideation and attempts in a clinical sample of a mental health center

RESUMEN

El acoso escolar es un problema muy relevante actualmente pero difícil de cuantificar. Se ha demostrado el considerable impacto del acoso escolar sobre la salud mental de los adolescentes. En los últimos años, se han publicado varios artículos relacionando el maltrato entre iguales como factor de riesgo para la aparición de conductas autolesivas, incluyendo los gestos con intencionalidad autolítica.

Metodología: Diseño de un estudio observacional transversal, con una muestra clínica obtenida de un centro de salud mental (Programa de Niños y Adolescentes) en la ciudad de Madrid. Se administró un cuestionario específicamente diseñado para este estudio.

Resultados: Se recopilaron 129 casos en total. De esa muestra, se detectaron 22 casos de acoso escolar (17.1%

de la muestra total del estudio). Se detectaron 26 casos con conductas autolesivas, de los cuales 7 casos habían sido acosados (31%). El porcentaje de autolesiones en el grupo de acoso escolar era mayor que en la población control. En la muestra con historia de acoso escolar era mayor la aparición de ideación autolítica que en la muestra sin acoso escolar. El riesgo de intentos autolíticos en la muestra de acoso escolar no llega a ser estadísticamente significativo.

Conclusiones: Este estudio da una idea del impacto emocional del maltrato entre iguales, sobre todo con consecuencias significativas en la salud mental de los adolescentes.

Palabras clave: acoso escolar, autolesiones, ideación suicida, intento suicida, adolescentes.

*Resultados preliminares presentados en el 63º Congreso Nacional Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Oviedo, 30-31 Mayo y 1 Junio 2019.

ABSTRACT

Bullying is a very relevant issue at present but very difficult to quantify. It has been shown the considerable impact of bullying on adolescents' mental health. In recent years, several articles have been published relating to bullying as a factor of risk with the emergence of deliberate self-harm behaviors, including gestures with suicide intentionality.

Methodology: Cross-sectional observational study design, with a clinical sample obtained from a mental health center (children and adolescent program) in the city of Madrid. A specifically designed questionnaire for this study was administered.

Results: One hundred and twenty-nine cases were collected. From that sample, 22 cases of bullying (17.1% of the total sample) were detected. It was found 26 cases with deliberate self-harm behaviors, of which 7 cases had been bullied (31%). The percentage of deliberate self-harm in the bullying group was higher than in the control group. The sample with a history of bullying was the presence of suicide ideation than the group with no bullying history. The risk of suicide attempts in the bullying sample was not statistically significant.

Conclusions: This study gives a general idea of the emotional impact of this behavior among equals, especially with significant consequences on the mental health of adolescents.

Keywords: Bullying, self-harm, suicidal ideation, suicide attempt, teens.

INTRODUCCIÓN

El acoso escolar es un problema muy relevante en la sociedad actualmente, aunque en realidad, se trata de un fenómeno muy antiguo (1). Este hecho comenzó a estudiarse por primera vez en la década de los 70 por Dan Olweus. Fue definido como “actos intencionales y agresivos realizadas por un grupo o un individuo repetidas veces y continuadas en el tiempo contra una víctima que no se puede defender” (2). El espectro de

conductas acosadoras es amplio. Incluye los insultos, las agresiones físicas y sociales (el ostracismo y la diseminación de rumores) (3).

En un estudio que investigaba la prevalencia de acoso escolar en 33 países estimó que 11.3% de los niños entre las edades de 11 y 15 habían sido víctimas de acoso (4). En 2010 en un estudio a nivel nacional se encontró una prevalencia de acoso escolar de 3.8% en educación secundaria (5). Hay un mayor porcentaje entre los 11 y 12 años, un 5.4%, que decrece con la edad hasta los 2.3% entre los 17-18 años (6). En cuanto a las diferencias de género, en un estudio multinacional se estimó que el acoso escolar en España era de 7.5% en chicos y un 4.3% para chicas (4). Se ha apreciado diferencias según el tipo de agresiones: el acoso verbal y el relacional eran los más frecuentes, con un 14.6% y 13.1%, respectivamente, mientras las agresiones físicas eran 4.1% (6).

En la literatura científica se ha demostrado el impacto del acoso escolar sobre la salud mental de los adolescentes. Una historia de victimización y relaciones sociales pobres predice la aparición de problemas emocionales en adolescentes (7). Los síntomas clínicos más frecuentes en las víctimas de acoso escolar son los siguientes: trastornos de ansiedad (fobia escolar y crisis de ansiedad), trastornos de estrés postraumático, trastornos depresivos y somatizaciones (1). Ser acosado durante los primeros años de escolaridad contribuye a la desadaptación en niños pequeños (8).

En los últimos años, se han publicado varios artículos relacionando el maltrato entre iguales como factor de riesgo con la aparición de conductas autolesivas, incluyendo los gestos con intencionalidad autolítica (9,10). La prevalencia a lo largo de la vida para la aparición de autolesiones se ha sugerido que es 17.2% en adolescentes (11). La victimización en la escuela está asociada con mayor riesgo de tristeza y suicidio entre los adolescentes (12).

Justificación del estudio

Dada la alta prevalencia del acoso escolar en la población juvenil, sobre todo en la educación secundaria, y su clara repercusión en la salud mental, sería beneficioso estimar su relación con la presencia de conductas autolesivas.

Hipótesis

Se postula que podría haber una asociación entre el acoso escolar y la aparición de conductas autolesivas e ideación autolítica en población juvenil.

Objetivos

1. Comparar las frecuencias de trastornos depresivos, y ansiosos entre los grupos de acoso y no acoso escolar.
2. Estimar la asociación entre las conductas autolesivas y la presencia de acoso escolar en esta muestra.
3. Estimar la asociación entre la ideación autolítica y la presencia de acoso escolar en esta muestra.
4. Estimar la asociación entre el intento autolítico y la presencia de acoso escolar en esta muestra.

METODOLOGÍA

El diseño fue un estudio observacional transversal retrospectivo, con una muestra clínica obtenida de un centro de salud mental (Programa de Niños y Adolescentes) en la ciudad de Madrid. Para la recogida de datos se diseñó un cuestionario hetero-aplicado por los clínicos (psicología y psiquiatría) de la Unidad de Niños y Adolescentes del Centro de Salud Mental de Puente de Vallecas desde enero a marzo 2018. Este cuestionario se pasó a todos los pacientes registrados en las agendas de Psiquiatría y Psicología. Se recogían datos sociodemográficas (edad, sexo, etapa educativa, núcleo de convivencia, situación económica familiar y relaciones con iguales fuera del núcleo familiar), y variables clínicas (motivo de consulta, diagnóstico clínico principal, diagnóstico clínico secundario, antecedentes psiquiátricos personales, acontecimientos vitales estresantes,

acoso escolar, abuso sexual, antecedentes de ideas, conductas suicidas y autolesiones, consumo de tóxicos, autolesiones, ideas autolíticas, intencionalidad suicida, intentos de suicidio, grado de mejoría global actual, antecedentes psiquiátricos familiares, antecedentes de ideas, conductas suicidas y autolesiones en familia y consumo de tóxicos en la familia). El diagnóstico clínico se hizo según categorías ya predeterminadas (Ver anexo 1).

Este estudio ha sido aprobado por la Comisión de Ética e Investigación del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Madrid) en noviembre de 2017.

Criterios de inclusión y exclusión

- Inclusión
 - Paciente con proceso clínico en activo en las agendas de las terapeutas del equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil.
 - Edad 11-18 años.
- Exclusión
 - Pacientes menores de 11 años y mayores de edad con proceso clínico activo en agendas de las terapeutas del equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil.

Análisis estadístico

Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS versión 22. En un primer lugar, se describieron las frecuencias de las distintas variables sociodemográficas y clínicas según pertenecieran al grupo acoso y no acoso (Tabla 1 y 2). Se hizo una comparación entre ambos grupos mediante la prueba de χ^2 . La comparación de la variable edad se hizo usando la prueba estadística de U de Mann-Whitney, dado que no se cumplía la condición de normalidad. Posteriormente se compararon las frecuencias de los trastornos afectivos, ansiosos y postraumáticos según la presencia de acoso escolar con la prueba de χ^2 .

También se realizaron regresiones logísticas binarias para el estudio de la asociación de la presencia de autolesiones, ideación autolítica, e intento autolítico con una historia de acoso escolar.

RESULTADOS

Se recopilaron 129 casos, de los cuales un 48,1 % son chicos y 51,9% son chicas, con un rango desde los 11 hasta los 17 años. De esa muestra, se detectaron 22 casos de acoso escolar (17.1% de la muestra total del estudio), con un rango de edad entre los 11 y los 17 años, dándose la misma proporción entre sexo femenino y masculino (50% ambos).

En la tabla 1 se muestran los resultados de las variables sociodemográficas. Se encuentra una diferencia significativa en la edad entre los dos grupos (muestra sin acoso y con acoso). Dado que no se

cumple el criterio de normalidad (Z de Kolmogorov-Smirnov: 0.202, con $p=0.02$) se utiliza la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney ($U=1148$, $p=0.854$). Los pacientes que han sido acosados no tienen una mediana de edad significativamente mayor que los pacientes que no han sido acosados.

No hay diferencia estadísticamente significativa entre el resto de las variables. No se aprecia una asociación estadísticamente significativa de los trastornos de ansiedad y el acoso escolar ($\chi^2=1.41$, $p=0.23$). No se aprecia una asociación estadísticamente significativa de trastornos depresivos y el acoso escolar ($\chi^2=0.001$, $p=0.66$).

Tabla 1. Variables sociodemográficas

	Acoso escolar	NO Acoso Escolar	Valor del estadístico, p (significación)
EDAD (años)	14,22 (DE:1,79)	14.26 (DE: 1.95)	U de Mann-Whitney= 1206. P=0.85
SEXO			
Hombre	11 (50%)	51 (47.7%)	$\chi^2=0,04$, p=0.84
Mujer	11 (50%)	56 (52.3%)	
OCUPACION			
Primaria	3 (13.6%)	18 (16.8%)	$\chi^2=6.6$, p=0.158
Secundaria	13 (59.1%)	69 (64.5%)	
Bachillerato	1 (4.5%)	13 (12.1%)	
F. Profesional	3 (13.6%)	5 (4,7%)	
Ninguna	2 (9.1%)	4 (1.9 %)	
NUCLEO CONVIVENCIA			
Ambos padres	12 (54,5%)	32 (57.9%)	$\chi^2=1.66$, p=0.646
Un solo padre	10 (45,5%)	39 (36.4%)	
Otro familiar/tutor	0 (0%)	5 (4,7%)	
Institucional	0 (0%)	2 (0.9%)	
SITUACION ECONOMICA FAMILIAR			
Precaria	6 (27,3%)	32 (29,9%)	$\chi^2=0.06$, p=0.80
No precaria	16 (72,7%)	75 (70,1%)	
RELACION IGUALES FUERA NÚCLEO FAMILIAR			
Relación con iguales	15 (68,2%)	91 (85%)	$\chi^2=3.54$, p= 0,06
Sin relación con iguales	7 (31,8%)	16 (15%)	

Los resultados de las variables clínicas más relevantes son las diferencias en las autolesiones y la presencia de ideas suicidas entre ambos grupos (Ver tabla 2). En el estudio del acoso escolar con la presencia de conductas autolesivas mediante una regresión logística, ajustados por edad y sexo, se muestra una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y las conductas autolesivas ($B= 2.82$, $p<0.001$, con una OR [(Exp(B)=16.96)], pero no se

encontraron asociación estadísticamente significativa con la edad ($B=0.17$, $p=0.88$). Con la misma prueba estadística, la asociación entre ideas autolíticas y acoso escolar, ajustada por edad y sexo, es estadísticamente significativa entre el sexo y las ideas autolíticas ($B=2.31$, $p<0.01$, con una OR[Exp(B)=10.12]). Por último, no parece que haya una asociación entre el acoso escolar y la presencia de intentos autolíticos, ajustados por edad y sexo.

Tabla 2. Variables clínicas.

VARIABLES CLÍNICAS	ACOSO ESCOLAR	NO ACOSO ESCOLAR	Valor del estadístico p (significación)
MOTIVO DE CONSULTA			
Síntomas somáticos	2 (9.1%)	5 (4.7%)	$\chi^2=0.81$, $p=0.84$
Síntomas psíquicos	16 (72.7%)	80 (74.8%)	
T. conducta	3 (16.8%)	18 (16.8%)	
Conducta autolítica	1 (4.5%)	4 (3.7%)	
DIAGNOSTICO CLÍNICO			
- Discapacidad intelectual	1 (4.5%)	3 (2.8%)	$\chi^2=6.52$, $p=0.88$
- T.E.A.	0%	1 (0.9%)	
- TDAH	1 (4.5%)	16 (15%)	
- T. Aprendizaje	0%	3 (2.8%)	
- T. control impulsos	1 (4.5%)	9 (8.4%)	
- T. ansiedad	11 (50%)	39 (36.4%)	
- Trauma y estrés	4 (18.2%)	13 (12.1%)	
- T. desregulación estado ánimo	0%	4 (3.7%)	
- T. depresivos	2 (9.1%)	10 (9.3%)	
- TCA	2 (9.1%)	5 (4.7%)	
- T. uso sustancias	0 (0%)	2 (1.9%)	
- T. excreción	0 (0%)	1 (0.9%)	
- T. sueño	0 (0%)	1 (0.9%)	
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES	SI:9 (40.9%) NO: 13 (59.1%)	SI: 54 (50.5%) NO: 53 (19.5%)	$\chi^2 = 0.66$, $p=0.41$
ANTECEDENTES IDEAS SUICIDAS	SI: 4 (18.2%) NO: 18 (81.8%)	SI: 11 (10.3%) NO: 96 (89.7%)	$\chi^2 = 1.11$, $p=0.28$
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES	SI: 13 (59.1%) NO: 9 (40.9%)	SI: 57 (53.3%) NO: 50 (46.7%)	$\chi^2=0.25$, $p=0.62$
ANTECEDENTES IDEAS SUICIDAS FAMILIA	SI: 3 (13.6%) NO: 19 (86.4%)	SI: 6 (5.6%) NO: 101 (94.4%)	$\chi^2 =1.81$, $p=0.18$

ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES	SI: 14 (63.6%) NO: 8 (36.4%)	SI: 57 (53.3%) NO: 50 (46.7%)	$\chi^2 = 0.79$, p=0.37
AUTOLESIONES	SI: 7 (31.8%) NO: 15 (68.2%)	SI: 19 (17.8%) NO: 88 (82.2%)	$\chi^2 = 2.24$, p=0.15
IDEAS SUICIDAS	SI: 6 (27.3%) NO: 16 (72.7%)	SI: 14 (13.1%) NO: 93 (86.9%)	$\chi^2 = 2.8$, p=0.094
INTENTOS DE SUICIDIO	SI: 2 (9.1%) NO: 20 (90.9%)	SI: 4 (3.7%) NO: 103 (96.3%)	$\chi^2 = 1.18$, p=0.27

DISCUSIÓN

Dentro de las variables sociodemográficas de esta muestra, ambos grupos son muy homogéneas y no se han encontrado diferencias significativas reseñables. La edad media del acoso escolar es de 14 años, pero la edad cuando más ocurre es hacia los 16 años. Desde el punto de vista clínico, los trastornos afectivos ni de ansiedad no se incrementan en el grupo de acoso escolar. Las conductas autolesivas no son más frecuentes en el grupo de pacientes con acoso escolar, ni se ha detectado un mayor incremento de la ideación autolítica o del riesgo de intentos autolíticos.

Este hallazgo se encuentra en consonancia con otros artículos donde la gran mayoría de niños acosados se encuentra en la adolescencia (13,14). En esta etapa de la vida, las relaciones sociales se hacen más sofisticadas y por tanto el acoso también toma nuevas maneras de actuación (magnificación por las redes sociales y transformación en un maltrato más indirecto o relacional). La capacidad del paciente de tener amigos fuera de la familia también nos habla de la facultad para integrarse dentro de un grupo de iguales y de ser capaz de afrontar de una manera adaptada las relaciones con iguales. Las víctimas han sido descritas como solitarias, poco asertivas, fácilmente molestadas desde un punto de vista emocional, y con una escasa comprensión emocional o social (15,16). No se encontraron otras diferencias en las variables sociodemográficas.

Dentro de las variables clínicas, en el motivo de consulta se aprecia un porcentaje mayor de síntomas somáticos en la muestra con acoso escolar.

Los síntomas somáticos pueden ser considerados en realidad síntomas enmascarados de la ansiedad ante el problema del maltrato entre iguales. En los últimos años se han empezado a analizar desde otra óptica aquellos adolescentes con síntomas físicos no médicamente explicables y su posible relación con una historia de acoso escolar. En un estudio se observó que un 37% de chicos con estos síntomas habían sido acosado en la escuela(10). Los síntomas somáticos se podrían interpretar como una vía para evitar ir al colegio y por tanto eludir el maltrato. En relación con los diagnósticos clínicos, hay un incremento de los trastornos de ansiedad, y depresivos sin llegar a encontrar diferencias estadísticamente significativas. Podría ser explicado por el número de la muestra con acoso escolar que es relativamente pequeño (n=22 casos). Este dato es llamativo dado que en la literatura científica se ha observado que en la población con acoso escolar suele tener más síntomas de tipo ansioso y/o depresivos, además de aumento de síntomas traumáticos (17-19).

En línea con la evidencia disponible, hay un claro aumento de la frecuencia de autolesiones. En nuestra muestra la prevalencia es alta, 27.3%, frente a la muestra sin acoso escolar, 13.1%. Los principales motivos detrás de estas acciones son variados: venganza contra otros y manipulación, intención de morir, la búsqueda de atención, o escapar de situaciones intolerables y agonizantes (20). Se ha postulado que el distrés emocional producido por la experiencia de ser acosado lleva a una autoestima y autoconcepto bajos que, a su vez, lleva a un autoestigma. El adolescente se siente avergonzado,

con sentimientos de inutilidad y culpándose de la situación, influido por su propia baja autoestima. Este conjunto de emociones (autoestima y auto-estigma) se han asociado con síntomas depresivos y conductas autolesivas (10). Se ha estimado que la prevalencia de autolesiones en una muestra adolescente (14-15 años) que habían sufrido acoso escolar es de 18.6% (27% para las chicas y 6.7% para los chicos) (21).

En relación con la ideación autolítica, se ha observado un aumento significativo en la muestra con acoso escolar (27.3%), pero sin llegar a ser estadísticamente significativa con respecto a la muestra sin acoso escolar. En el estudio de Ford (2017) se halló una prevalencia de ideación autolítica de 15.2% (21). En estudios recientes han demostrado la asociación del acoso escolar con la ideación y conducta autolítica (9,22). La victimización física puede afectar especialmente al riesgo suicida con el tiempo (23).

Con respecto al aumento de la conducta suicida, nuestra muestra no es estadísticamente significativa (9.1% frente a 2.7%). Podría entenderse como un signo grave de distrés y una llamada de atención disfuncional ante la situación vivida en el entorno escolar. Sin embargo, no hay que perder la perspectiva de que en algunas ocasiones es una de las consecuencias de un trastorno depresivo grave no detectado y, por tanto, no tratado. Se ha sugerido que la victimización física crónica aumenta la probabilidad de intentos autolíticos (23). Se ha postulado que varios factores de riesgo determinan un incremento de aparición de ideación autolítica como género, el tipo de intimidación, la sintomatología y la disponibilidad de apoyo interpersonal (24).

Este estudio tiene dos limitaciones principales. En primer lugar, aunque el número de la muestra es aceptable, el número de pacientes pertenecientes a la muestra del acoso escolar es relativamente bajo (22 casos). Esto explicaría que algunas asociaciones no fueran significativas. La otra limitación es que no se distingue tipos de acoso escolar (física, verbal, relacional), la edad de inicio, el tiempo estimado de la duración del maltrato entre iguales, ni se

estudió la prevalencia del ciber-bullying (fenómeno relativamente reciente que magnifica los efectos del acoso escolar).

Dada la relativamente alta prevalencia del acoso escolar es la etapa secundaria podría considerarse un problema de salud pública, con importantes repercusiones en la salud mental de estos jóvenes y sus familias y en general en su calidad de vida.

CONCLUSIONES

Este estudio nos da una visión general del impacto emocional de este tipo de conducta entre iguales, sobre todo con consecuencias en la producción de psicopatología (síntomas depresivos y ansiosos), además de conductas autolesivas e ideación autolítica.

Dada la prevalencia de este fenómeno sería beneficioso el perfilar con más detalles el tipo de paciente que acude al CSM con historia de acoso escolar. En especial sería necesario saber tipo de acoso (física, verbal, relacional), comienzo y tiempo de duración del maltrato.

Ante la evidencia en la literatura científica de las consecuencias emocionales del acoso escolar, la prevención primaria y secundaria tienen un papel muy relevante, para evitar las últimas consecuencias de este tipo de maltrato entre iguales. El profesor tiene una tarea esencial en la detección del acoso y por tanto en la intervención in situ del problema. Es además importante implicar a los compañeros que son testigos silentes del maltrato. Ellos puedan avisar a los adultos responsables además de dar credibilidad al testimonio del acosado.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

REFERENCIAS

1. Armero Pedreira P, Bernardino Cuesta B, Bonet de Luna C. Acoso escolar. *Pediatría Aten Primaria*. diciembre de 2011;13(52):661-70. <https://doi.org/10.4321/S1139-76322011000600016>
2. Awiria O, Olweus D, Byrne B. Bullying at School - What We Know and What We Can Do. *Br J Educ Stud*. diciembre de 1994;42(4):403. <https://doi.org/10.2307/3121681>

3. Smith PK. Understanding School Bullying: Its Nature & Prevention Strategies [Internet]. 1 Oliver's Yard, 55 City Road London EC1Y 1SP: SAGE Publications, Inc.; 2014 [citado 1 de noviembre de 2019]. <http://sk.sagepub.com/books/understanding-school-bullying>.
4. Chester KL, Callaghan M, Cosma A, Donnelly P, Craig W, Walsh S, et al. Cross-national time trends in bullying victimization in 33 countries among children aged 11, 13 and 15 from 2002 to 2010. Eur J Public Health. 1 de abril de 2015;25(suppl 2):61-4. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv029>.
5. Díaz-Aguado, MJ, Martínez R, Martín J. e estudio estatal sobre la convivencia escolar en la educación secundaria obligatoria. Observatorio Convivencia Escolar. 2010.
6. Sánchez-Queija I, García-Moya I, Moreno C. Trend Analysis of Bullying Victimization Prevalence in Spanish Adolescent Youth at School. J Sch Health. junio de 2017;87(6):457-64. <https://doi.org/10.1111/josh.12513>.
7. Bond L, Carlin JB, Thomas L, Rubin K, Patton G. Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. BMJ. 1 de septiembre de 2001;323(7311):480-4.
8. 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. 1 de julio de 2006;118(1):130-8. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2388>.
9. van Geel M, Goemans A, Vedder P. A meta-analysis on the relation between peer victimization and adolescent non-suicidal self-injury. Psychiatry Res. diciembre de 2015;230(2):364-8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.017>.
10. Karanikola MNK, Lyberg A, Holm A-L, Severinsson E. The Association between Deliberate Self-Harm and School Bullying Victimization and the Mediating Effect of Depressive Symptoms and Self-Stigma: A Systematic Review. BioMed Res Int. 11 de octubre de 2018;2018:1-36. <https://doi.org/10.1155/2018/4745791>.
11. Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P, St John NJ. Prevalence of Nonsuicidal Self-Injury in Nonclinical Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. Suicide Life Threat Behav. junio de 2014;44(3):273-303. <https://doi.org/10.1111/sltb.12070>.
12. Messias E, Kindrick K, Castro J. School bullying, cyberbullying, or both: Correlates of teen suicidality in the 2011 CDC youth risk behavior survey. Compr Psychiatry. julio de 2014;55(5):1063-8. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.02.005>.
13. Menesini E, Salmivalli C. Bullying in schools: the state of knowledge and effective interventions. Psychol Health Med. 6 de marzo de 2017;22(sup1):240-53. <https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1279740>.
14. Fundación, A. N. A. R., & MADRIÑENA, F. M. . II Estudio sobre acoso escolar y ciberbullying según los afectados. Recuperado de [Internet]. 2017. <https://www.anar.org/>.
15. Woods S, Wolke D, Nowicki S, Hall L. Emotion recognition abilities and empathy of victims of bullying. Child Abuse Negl. mayo de 2009;33(5):307-11. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.11.002>.
16. Camodeca M, Goossens FA, Schuengel C, Terwogt MM. Links between social information processing in middle childhood and involvement in bullying. Aggress Behav. marzo de 2003;29(2):116-27. <https://doi.org/10.1002/ab.10043>.
17. Rettew DC, Pawlowski S. Bullying. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. abril de 2016;25(2):235-42. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2015.12.002>.
18. Ibeziako P, Choi C, Randall E, Bujoreanu S. Bullying Victimization in Medically Hospitalized Patients With Somatic Symptom and Related Disorders: Prevalence and Associated Factors. Hosp Pediatr. 1 de mayo de 2016;6(5):290-6. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2015-0207>.
19. Litman L, Costantino G, Waxman R, Sanabria-Velez C, Rodriguez-Guzman VM, Lampon-Velez A, et al. Relationship Between Peer Victimization and Posttraumatic Stress Among Primary School Children: Bullying and PTSD Among Primary School Children. J Trauma Stress. agosto de 2015;28(4):348-54. <https://doi.org/10.1002/jts.22031>.
20. McAuliffe C, Arensman E, Keeley HS, Corcoran P, Fitzgerald AP. Motives and Suicide Intent Underlying Hospital Treated Deliberate Self-Harm and Their Association with Repetition. Suicide Life Threat Behav. agosto de 2007;37(4):397-408. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.4.397>.
21. Ford R, King T, Priest N, Kavanagh A. Bullying and mental health and suicidal behaviour among 14- to 15-year-olds in a representative sample of Australian children. Aust N Z J Psychiatry. septiembre de 2017;51(9):897-908. <https://doi.org/10.1177/0004867417700275>.
22. Holt MK, Vivolo-Kantor AM, Polanin JR, Holland KM, DeGue S, Matjasko JL, et al. Bullying and Suicidal Ideation and Behaviors: A Meta-Analysis. PEDIATRICS. 1 de febrero de 2015;135(2):e496-509. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1864>.
23. Brunstein Klomek A, Barzilay S, Apter A, Carli V, Hoven CW, Sarchiapone M, et al. Bi-directional longitudinal associations between different types of bullying victimization, suicide ideation/attempts, and depression among a large sample of European adolescents. J Child Psychol Psychiatry. febrero de 2019;60(2):209-15. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12951>.
24. Barzilay S, Brunstein Klomek A, Apter A, Carli V, Wasserman C, Hadlaczky G, et al. Bullying Victimization and Suicide Ideation and Behavior Among Adolescents in Europe: A 10-Country Study. J Adolesc Health. agosto de 2017;61(2):179-86. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.02.002>.

APÉNDICES

Estudio de Prevalencia de ideas, conductas suicidas y Autolesiones

ANEXO 1. Protocolo de información.

Información sobre las variables sociodemográficas

Edad	Años
Sexo	Hombre / Mujer
Ocupación	Estudiante infantil / Primaria / E.S.O. / Bachillerato / formación Profesional / Trabajo / Ninguna
Núcleo de convivencia	Ambos padres / Sólo un padre / Otro familiar o tutor / Institución
Situación económica familiar	Precaria / No precaria
Relación con iguales fuera del núcleo familiar	Sí / No

Información sobre variables clínicas

Motivo de consulta	Síntomas somáticos / Síntomas Psíquicos / Trastorno de la conducta / Conducta suicida / Consumo de tóxicos
Diagnostico Clínico	Discapacidad intelectual / Trastorno de la comunicación / Trastorno del espectro autista / Trastorno por Déficit de atención e Hiperactividad/ Trastornos específicos del aprendizaje / Trastornos motores / trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta / Trastorno de Ansiedad / Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés / Trastornos de la desregulación disruptiva del estado de ánimo / Depresión infanto-juvenil / Trastornos psicóticos / Trastornos de la conducta alimentaria / Trastorno relacionados con sustancias y trastornos adictivos / Trastornos de la excreción / Trastornos del sueño / Diagnóstico secundario
Antecedentes psiquiátricos personales	Sí / No
Acontecimientos vitales estresantes	Sí / No
Acoso escolar	Sí / No
Abuso sexual	Sí / No
Antecedentes de ideas, conductas suicidas y autolesiones	Sí / No
Consumo de tóxicos	Sí / No
Autolesiones	Sí / No
Ideas suicidas	Sí / No
Intencionalidad de suicidio	Sí / No
Intentos de suicidio	Sí / No
Mejoría global actual	No evaluado / Mucho mejor / Moderadamente mejor / Levemente mejor / Sin cambios / Levemente peor / Moderadamente peor / Mucho peor

Antecedentes psiquiátricos familiares	Sí / No
Antecedentes de ideas, conductas suicidas y autolesiones en familia	Sí / No
Consumo de tóxicos en la familia	Sí / No