



Artículo Valorado Críticamente

## **Los escolares varones que maltratan a otros niños a los 8 años de edad, y que presentan síntomas psiquiátricos asociados, están en mayor riesgo de cometer delitos en la adolescencia tardía**

Juan Pablo Chalco Orrego. Pediatra libre. Correo electrónico: jpcho33@yahoo.com  
Carlos Alfonso Bada Mancilla. Servicio de Urgencias. Hospital de Emergencias Pediátricas. Lima (Perú). Correo electrónico: ifocar@yahoo.com  
Raúl Alberto Rojas Galarza. Unidad de Emergencia. Instituto Nacional de Salud del Niño. Lima (Perú). Correo electrónico: ralroga@yahoo.es

Términos clave en inglés: child behavior, child abuse, crime, adolescence

Términos clave en español: conducta infantil, maltrato a los niños, crimen, adolescente

Fecha de recepción: 28 de julio de 2007  
Fecha de aceptación: 5 de agosto de 2007

Fecha de publicación: 1 de septiembre de 2007

Evid Pediatr. 2007; 3: 69      doi: vol3/2007\_numero\_3/2007\_vol3\_numero3.11.htm

### Cómo citar este artículo

Chalco Orrego JP, Bada Mancilla CA, Rojas Galarza RA. Los escolares varones que maltratan a otros niños a los 8 años de edad y que presentan síntomas psiquiátricos están en mayor riesgo de cometer delitos en la adolescencia tardía. Evid Pediatr. 2007; 3: 69.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín por medio del ETOC <http://www.aepap.org/EvidPediatr/etoc.htm>

Este artículo está disponible en: [http://www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol3/2007\\_numero\\_3/2007\\_vol3\\_numero3.11.htm](http://www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol3/2007_numero_3/2007_vol3_numero3.11.htm)  
EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA es la revista oficial del Grupo de Pediatría Basada en la Evidencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. © 2005-07. Todos los derechos reservados

## Los escolares varones que maltratan a otros niños a los 8 años de edad, y que presentan síntomas psiquiátricos asociados, están en mayor riesgo de cometer delitos en la adolescencia tardía

Juan Pablo Chalco Orrego. Pediatra libre. Correo electrónico: jpcho33@yahoo.com

Carlos Alfonso Bada Mancilla. Servicio de Urgencias. Hospital de Emergencias Pediátricas. Lima (Perú).

Correo electrónico: ifocar@yahoo.com

Raúl Alberto Rojas Galarza. Unidad de Emergencia. Instituto Nacional de Salud del Niño. Lima (Perú).

Correo electrónico: ralroga@yahoo.es

**Referencia bibliográfica:** Sourander A, Jensen P, Rönning JA, Elonheimo H, Niemelä S, Helenius H, et al. Childhood bullies and victims and their risk of criminality in late adolescence: the Finnish From a Boy to a Man study. Arch Pediatr Adolesc Med. 2007;161:546-52

### Resumen estructurado:

**Objetivo:** estudiar, entre los varones, la asociación del acoso escolar (AE) -acosadores y víctimas- con la criminalidad en la adolescencia tardía.

**Diseño:** estudio de cohortes de base poblacional.

**Emplazamiento:** comunitario. Estudio poblacional en Finlandia.

**Población de estudio:** cohorte de 6.017 niños de ambos sexos extraída mediante selección aleatoria de una población de 60.007 niños nacidos en Finlandia en 1981 e incluidos desde los 8 años de edad para ser seguidos hasta la edad adulta. Formaron parte inicial de este estudio 5.813 niños y niñas (96,6% de la muestra inicial) de los que 2.946 eran varones. De éstos, pudo recogerse información en 2.551 (86,6% de la muestra original). Los niños en los que no pudo obtenerse información no diferían de los participantes en cuanto a la integridad del núcleo familiar o nivel de educación de los padres. Los niños que participaron en el estudio cumplieron los siguientes criterios: tener información recogida de los padres, maestros y compañeros de escuela sobre AE a la edad de 8 años además de información domiciliar y/o policial en el periodo comprendido entre los 16 y los 20 años de edad.

**Evaluación del factor protector:** la evaluación del AE se hizo a los 8 años de edad a través de cuestionarios administrados a los niños (acosadores, víctimas o ambos), padres y profesores. A los niños se les preguntaba si acosaban (frecuentemente o esporádicamente) o no y si eran víctimas (frecuentes o esporádicas) o no. A los padres y profesores se les preguntaba si su(s) niño(s) acosaban (probablemente, falso o muy cierto) o si eran víctimas de acoso (probablemente, falso o muy cierto) tomándose como acosadores o víctimas sólo cuando lo padres o profesores lo consideraban como muy cierto o seguro. Se clasificó posteriormente a los niños en cuatro grupos; 1) aquellos que nunca o sólo ocasionalmente acosaban de acuerdo al autoreporte y al reporte de los padres y profesores. Este primer grupo no era víctima de AE; 2) aquellos que frecuentemente acosaban (sin ser víctimas) por reporte al menos de una fuente; 3) aquellos que frecuentemente son víctimas; 4) aquellos que frecuentemente acosaban a otros y a su vez eran víctimas. También a esta edad se analizó el reporte de los

profesores sobre síntomas psiquiátricos como posibles variables influyentes usando la escala de Rutter (conducta, hiperactividad y subescalas emocionales), usando un punto de corte de 13 para padres y 9 para profesores lo que corresponde aproximadamente al percentil 85 de la muestra para identificar un posible caso.

**Medición del resultado:** los datos sobre comportamiento criminal de los sujetos de la muestra fue extraída del Registro Policial Nacional Finlandés entre 1998 y 2001. El registro incluye todos los casos donde la policía sospechó un delito lo que no incluye amonestaciones simples o multas de parque. También se excluyeron delitos de tráfico menores como el exceso de velocidad no temerario. Los delitos fueron clasificados en cinco categorías: drogas, violencia, delitos contra la propiedad, relacionados con tráfico (conducción temeraria o sin carné) y conducir bajo los efectos del alcohol. Los sujetos podían incluirse en más de un grupo. La magnitud de las asociaciones se estimó calculando la odds ratio (OR) con su intervalo de confianza del 95% (IC 95%) y se consideró un valor de  $p < 0,05$  como estadísticamente significativo.

**Resultados principales:** durante los cuatro años del seguimiento se cometieron 2.794 delitos por parte de un total de 567 adolescentes (22,2% de la muestra). La media de delitos entre los que no acosaron o no fueron víctimas frecuentemente fue de 0,8 (desviación estándar [DE]: 3,8); entre los acosadores frecuentes se produjeron 4,7 delitos (DE: 24,1); entre las víctimas de AE y acosadores frecuentes se produjeron 2,8 delitos (DE: 8,1), y 0,9 (DE: 3,7) entre las víctimas frecuentes. El 8,8% de la muestra (acosadores o víctimas frecuentes) fueron responsables del 33% de todos los crímenes y del 24,3% de los crímenes violentos.

La asociación entre la comisión de cualquier delito para los que tenían un tamizaje positivo para síntomas psiquiátricos y eran víctimas frecuentes obtuvo un OR no ajustado de 2,1 (IC 95%: 1,3-3,3); tamizaje positivo y acosadores frecuentes: OR no ajustado de 3,3 (IC 95%: 2,3-4,9); acosadores frecuentes y víctimas frecuentes: OR no ajustado de 2 (IC 95%: 1,2 -3,4).

En el análisis multivariable ajustado por nivel de educación paterna, los que frecuentemente acosaban tuvieron un OR ajustado de 2,9 (IC 95%: 1,7-4,9) para crímenes violentos y OR ajustado de 1,9 (IC 95%: 1,1-3,3) para delitos contra la propiedad. Las víctimas frecuentes

tuvieron un OR ajustado de 2,7 (IC 95%: 1,4-5,3) para delitos contra la propiedad.

**Conclusión:** el estudio muestra la asociación entre el acoso escolar con o sin síntomas psiquiátricos y la criminalidad en la adolescencia tardía.

**Conflicto de intereses:** Dr Jensen recibe fondos de Ortho-MacNeil Pharmaceutical, Pfizer, EliLily and Co, Janssen Pharmaceutica, Novartis y UCB Pharma.

**Fuente de financiación:** Fundación Finlandesa para la Investigación Pediátrica.

### Comentario crítico:

**Justificación:** El AE es un problema creciente que no distingue países, ni edades, ni sexo, llegando a abarcar desde la educación infantil hasta el bachillerato<sup>1,2</sup>. Sus consecuencias a corto y largo plazo incluyen problemas médicos (psiquiátricos) incluyendo el suicidio<sup>3</sup>, hasta sociales como la criminalidad. La identificación del AE y su prevención tiene potenciales beneficios tanto para el niño como para la sociedad. Por otra parte la criminalidad también esta ligada a problemas familiares, sociales y síntomas psiquiátricos identificables en estos niños, ya reportados por este mismo grupo de investigadores<sup>4</sup>.

**Validez o rigor científico:** se trata de un estudio de cohorte longitudinal, de tamaño muestral grande, que forma parte de una cohorte mayor que excluye niñas lo que puede ofrecer una versión sólo parcial del problema a pesar que las niñas parecen tener un índice conocido de AE más bajo que los varones de este comportamiento<sup>5</sup>. Se utilizó un cuestionario simple de identificación del acoso escolar utilizando tres fuentes diferentes pero con un coeficiente Kappa bajo (0,11-0,22). Se empleó también la escala de Rutter para la identificación de síntomas psiquiátricos, mientras otros trabajos utilizan la Youth Self Report y otras escalas de depresión<sup>3</sup>. Sólo en algunos cálculos como la asociación entre los tipos de criminalidad y el estatus de acoso escolar se utilizó el OR ajustado por regresión múltiple.

**Interés o pertinencia clínica:** la asociación entre el AR y la criminalidad en la adolescencia tardía ajustada por factores sociales conocidos oscila entre 1,2 a 2,4 y se asemeja a los niveles de OR de 1,9 (IC 95%: 1,6 a 2,3)\* de los síntomas psiquiátricos presentes y criminalidad tardía sin tomar en cuenta el estatus de acoso escolar. Estos parámetros mejoran cuando se combinan ambos grupos de riesgo. No existen otro estudios que asocie el AE y la criminalidad a largo plazo ya que la mayoría lo hace a corto plazo y más en relación a trastornos conductuales, riesgo de suicidio o violencia<sup>1,2,5</sup>.

**Aplicabilidad en la práctica clínica:** si bien es cierto la identificación de los niños en riesgo en este estudio están a cargo de los padres, maestros o de los propios compañeros, los rasgos o síntomas psiquiátricos en los niños y los factores de riesgo familiares conocidos pueden ser identificados también por el pediatra. Además el

coste social y para el estado de evitar actos criminales es altamente rentable y, a pesar que existen trabajos de programas efectivos de prevención y erradicación de la violencia a corto y mediano plazo en los colegios<sup>6</sup>, los logros a largo plazo están aun por determinar. Además existen factores familiares y sociales también ligados a la criminalidad tardía potencialmente identificables y modificables<sup>4</sup>. La mejora emocional a corto plazo de los niños involucrados en el AE e identificados para soporte multidisciplinario es quizás excusa suficiente para preparar mejores herramientas de selección y el establecimiento de programas para la erradicación o disminución del acoso escolar o violencia en las escuelas.

\*Calculado a partir de los datos del estudio.

### Bibliografía:

- 1.- 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.
- 2.- 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.
- 3.- Kim YS, Koh YJ, Leventhal B. School bullying and suicidal risk in Korean middle school students. Pediatrics. 2005;115:357-63.
- 4.- Sourander A, Elonheimo H, Niemela S, Nuutila AM, Helenius H, Sillanmaki L, et al. Childhood predictors of male criminality: a prospective population-based follow-up study from age 8 to late adolescence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006;45:578-86.
- 5.- Nansel TR, Overpeck MD, Haynie DL, Ruan WJ, Scheidt PC. Relationships between bullying and violence among US youth. Arch Pediatr Adolesc Med. 2003;157:348-53.
- 6.- Mytton J, DiGuseppi C, Gough D, Taylor R, Logan S. Programas escolares de prevención secundaria de la violencia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).