



1859

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TÍTULO:

***El Acoso Escolar y su Relación con los Trastornos de
Bulimia y Anorexia en los Estudiantes de 13 a 18 Años
de la Unidad Educativa Pio Jaramillo Alvarado, Loja.
Periodo 2019.***

**Tesis previo a la obtención del
Título de Psicólogo Clínico**

AUTOR: Carlos Fabián Loaiza Briceño

DIRECTORA: Psi. Cl. Doménica Alexandra Burneo Álvarez, Mg. Sc.

LOJA – ECUADOR

2020

CERTIFICACIÓN

Psi. Cl. Doménica Alexandra Burneo Álvarez, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICO:

Haber dirigido, revisado y corregido el desarrollo del trabajo de titulación “**EL ACOSO ESCOLAR Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS DE BULIMIA Y ANOREXIA EN LOS ESTUDIANTES DE 13 A 18 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA PIO JARAMILLO ALVARADO, LOJA. PERIODO 2019**”, de la autoría del egresado de la carrera de Psicología Clínica Carlos Fabián Loaiza Briceño, con número de cédula 1106025297.

Por lo que, en cuanto a mi criterio personal el trabajo de titulación del estudiante reúne satisfactoriamente los requerimientos de forma y fondo, exigidos y estipulados en el régimen académico de la Universidad Nacional de Loja, por lo que autorizo su presentación para la asignación del Tribunal de Calificación y su disertación pública de la misma para la graduación.

Loja, 20 de noviembre de 2020

A handwritten signature in blue ink that reads "Doménica Burneo". The signature is written in a cursive style and is positioned above a horizontal line.

Psi. Cl. Doménica Alexandra Burneo Álvarez, Mg. Sc.

Psicología Clínica de la FSH de la UNL

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Carlos Fabián Loaiza Briceño, con número de cédula 1106025297 declaro ser el autor del presente trabajo de tesis “*EL ACOSO ESCOLAR Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS DE BULIMIA Y ANOREXIA EN LOS ESTUDIANTES DE 13 A 18 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA PIO JARAMILLO ALVARADO, LOJA. PERIODO 2019*”, y a su vez eximo de toda responsabilidad a la Universidad Nacional de Loja de posibles acciones legales por el contenido y desarrollo de la misma.

De igual manera, acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el repositorio institucional – Biblioteca Virtual.

Autor: Carlos Fabián Loaiza Briceño.

Firma:



Número de cédula: 1106025297

Correo electrónico: carlosloaiza17@hotmail.es

Fecha: 20 de noviembre del 2020

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Carlos Fabián Loaiza Briceño, declaro ser el titular de la tesis titulada “**EL ACOSO ESCOLAR Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS DE BULIMIA Y ANOREXIA EN LOS ESTUDIANTES DE 13 A 18 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA PIO JARAMILLO ALVARADO, LOJA. PERIODO 2019**”, como requisito para optar el grado de Psicólogo Clínico; por lo que autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional (RDI):

- Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tengan convenio con la Universidad.
- La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice su tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los veinticuatro días del mes de noviembre del dos mil veinte, firma el autor:

Firma:



Autor: Carlos Fabián Loaiza Briceño

Número de Cédula: 1106025297

Dirección: Calle Mercadillo y 18 de noviembre

Correo electrónico: carlosloaiza17@hotmail.es

Teléfono: 0979626089 2688419

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis: Psi. Cl. Doménica Alexandra Burneo Álvarez, Mg. Sc.

- **Tribunal de grado:**

- **Presidenta:** Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc.
- **Vocal:** Psi. Cl. Marco Vinicio Sánchez Salinas, Mg. Sc.
- **Vocal:** Psi. María Paula Torres Pozo, Mg. Sc.

DEDICATORIA

Quiero dedicar mi trabajo a mi familia: mi papá Cosme Loaiza y mi mamá Angélica Briceño, ya que sin ellos no podría haber llegado tan lejos, por la inspiración a seguir esta prestigiosa profesión, a siempre alentarme a ser mejor en todos los sentidos, por su paciencia y empeño que han invertido en mí. Además, a mis hermanos mayores Junior, Diego y Gabriela, por siempre estar para mí, ser un gran ejemplo y apoyarme en las buenas y malas; A mi sobrina Angie, quien siempre me ha llenado de felicidad y de mucho amor, quien ha sido un motivo muy importante para mí.

Carlos Fabián Loaiza Briceño

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad de Nacional de Loja, que permitió forjarme durante todos estos años, a todo el personal que labora día a día en las diversas actividades para el buen funcionamiento de nuestra academia. A mis docentes de la carrera de Psicología Clínica, los cuales guiaron mi formación, me hicieron amar esta ciencia y a su vez me inspiran a seguir buscando más conocimiento. A mis distintos supervisores de prácticas en especial al Psi. Cl. Cristian Abendaño quien me ha guiado en la atención clínica.

A mi directora de tesis Psic. Cl. Doménica Alexandra Burneo Álvarez Mg. Sc, gracias por su enseñanza, gran apoyo, paciencia y asesoramiento.

Al Dr. William Espinoza, rector de la Unidad Educativa Pio Jaramillo Alvarado y a toda su planta docente y estudiantes que me dieron la oportunidad de realizar mi proyecto de tesis.

Así mismo, agradezco a mis mejores amigos, quienes han estado ahí ayudándome y haciendo más divertida esta etapa universitaria.

Como me refiero en mi dedicatoria, mi familia es muy importante para mí y por todo lo que han aportado les doy las gracias.

Carlos Fabián Loaiza Briceño

INDICE DE CONTENIDOS

CARATULA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
INDICE.....	vii
1. TÍTULO.....	
2. RESUMEN	1
SUMMARY.....	2
3. INTRODUCCIÓN	3
4. REVISIÓN DE LA LITERATURA	6
4.1. Acoso escolar.....	6
4.1.1. Definición de acoso escolar.....	6
4.1.1.1. Agresores.....	8
4.1.1.2. Víctima.....	9
4.1.1.3. Espectadores.....	10
4.1.2. Tipo de acoso escolar	12

4.1.3.	Factores de riesgo y protección del acoso escolar.....	14
4.1.3.1.	Factores personales.....	15
4.1.3.2.	Factores familiares.....	16
4.1.3.3.	Factores escolares.....	17
4.1.3.4.	Consecuencias.....	18
4.2.	Bulimia.....	19
4.2.1.	Definición.....	19
4.2.2.	Tipos de Bulimia.....	22
4.2.2.1.	Tipo Restrictivo.....	22
4.2.2.2.	Tipo compulsivo o purgatorio.....	22
4.2.3.	Características psicológicas.....	22
4.2.4.	Criterios diagnósticos.....	24
4.2.5.	Desarrollo y curso.....	25
4.2.6.	Factores de riesgo y pronóstico.....	26
4.3.	Anorexia.....	27
4.3.1.	Definición de anorexia.....	27
4.3.2.	Síntomas.....	29
4.3.3.	Tipos de Anorexia.....	30
4.3.3.1.	Tipo Restrictivo.....	30
4.3.3.2.	Tipo compulsivo o purgatorio.....	30

4.3.4.	Características psicológicas.....	31
4.3.5.	Criterios diagnósticos.....	33
4.3.6.	Desarrollo y curso.	35
4.3.7.	Factores de riesgo y pronóstico.....	35
5.	MATERIALES Y METODOS	37
5.1.	Tipo y Diseño de Estudio.	37
5.2.	5.2 Universo y Muestra.	37
5.2.1.	Criterios de Inclusión	38
5.2.2.	Criterios de Exclusión.	38
5.3.	TECNICAS E INSTRUMENTOS	39
5.3.1.	CONSENTIMIENTO INFORMADO	39
5.3.2.	TEST DE CISNEROS DE ACOSO ESCOLAR.....	40
5.3.2.1.	Componentes o Escalas	40
5.3.3.	TEST DE BULIMIA DE EDIMBURGO (BULIMIC INVESTIGATORY TEST EDINBURGH, BITE).....	43
5.3.4.	TEST DE ACTITUDES HACIA LA ALIMENTACIÓN (EATING ATTITUDES TEST, EAT-40).....	44
5.4.	PROCEDIMIENTO.....	45
	Primera Etapa.....	45
	Segunda Etapa.....	46

Tercera Etapa	46
Cuarta Etapa.....	47
Quinta Etapa.....	48
6. RESULTADOS.....	49
DISCUSIÓN.....	56
7. CONCLUSIONES.....	61
9. RECOMENDACIONES	62
10. BIBLIOGRAFIA.....	63
8. ANEXOS	72
Anexo 1: Aprobación del proyecto de tesis.....	72
Anexo 2: Cambio de tema del proyecto de tesis.	74
Anexo 3: Solicitud para la aplicación de reactivos en la institución.	75
Anexo 4: Cronograma de actividades de aplicación de reactivos.	76
Anexo 5: Consentimiento informado.	78
Anexo 6: Cuestionarios.	80
Anexo 7: Memoria Gráfica.....	86
Anexo 8: Certificado de Traducción.	88
Anexo 9: Proyecto de Tesis.	89
a. TEMA.....	90
b. PROBLEMATICA	91

c.	JUSTIFICACION.....	95
d.	OBJETIVOS.....	96
e.	METODOLOGIA.....	97
f.	CRONOGRAMA	109
g.	PRESUPUESTO.....	111

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tipos de personas involucradas en el acoso escolar	7
Tabla 2. 13Tipos de Acoso escolar	13
Tabla 3. Universo de la investigación.	37
Tabla 4. Muestra de la investigación.....	38
Tabla 5. Tabla de ítems de cada componente	42
Tabla 6. Prevalencia del Acoso Escolar	49
Tabla 7. Prevalencia Bulimia y Anorexia	50
Tabla 8. Relación entre niveles de Acoso Escolar y presencia de Bulimia y Anorexia.....	52

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Relación entre Acoso Escolar con Bulimia y Anorexia	53
--	----

1. TÍTULO

El Acoso Escolar y su Relación con los Trastornos de Bulimia y Anorexia en los Estudiantes de 13 a 18 Años de la Unidad Educativa Pio Jaramillo Alvarado, Loja. Periodo 2019.

2. RESUMEN

En los últimos años la incidencia del acoso escolar se ha venido en aumento en las instituciones educativas siendo el precursor y mantenedor de afecciones físicas, académicas, sociales y psicológicas, la literatura evidencia que tanto la persona que lo recibe, la que lo practica y todos los involucrados en el acoso escolar pueden presentar trastornos psicológicos con mayor frecuencia frente a los que no tiene este tipo de exposición, principalmente en el caso de los que lo reciben parecen tener más dificultades para gestionar el malestar emocional, y partir de eso pueden establecer una relación patológica con la alimentación, presentando trastornos de conducta alimentaria durante la adolescencia, siendo los más prevalentes la bulimia y anorexia, los mismos que causan mucho malestar emocional, físico, social, y cognitivo, que pueden resultar difíciles de manejar en casos graves. El objetivo del presente estudio fue determinar la relación entre el acoso escolar y los trastornos de bulimia y anorexia. Se realizó un diseño descriptivo-correlacional y de corte transversal, en el que participaron 172 estudiante de la Unidad Educativa Pio Jaramillo Alvarado, de edades entre 13 y 18 años, los mismos que fueron seleccionados mediante pruebas de muestreo no probabilístico. Los instrumentos utilizados fueron Test Cisneros de Acoso Escolar, Test de Bulimia de Edimburgo BITE y Test de Actitudes hacia la Alimentación EAT-40. Los resultados sugieren que existe una correlación positiva entre acoso escolar y la presencia de bulimia y anorexia nerviosa, lo cual indica que cuando aumenta el nivel de acoso escolar aumenta la presencia de bulimia y anorexia nerviosa.

Palabras Clave: *acoso escolar, adolescentes, bulimia nerviosa, anorexia nerviosa*

SUMMARY

In the past few years the incidence of bullying has increased in educational institutions, being the predecessor and maintainer of physical, academic, social and psychological issues, the literature shows that ,who receives it and, who practices it and everyone involved in bullying may present psychological disorders more frequently compared to those who do not have this type of exposure, mainly in the case of those who receive it, they seem to have more difficulties in managing emotional distress, and from that they can establish a pathological relationship with eating, presenting eating disorders during adolescence, the most prevalent being bulimia and anorexia, the same ones that cause a lot of emotional, physical, social, and cognitive distress, which can be difficult to manage in severe cases. The objective of the present study was to determine the relationship between bullying and bulimia and anorexia disorders. A descriptive-correlational and cross-sectional design was carried out, in which 172 students from the Unidad Educativa Pio Jaramillo Alvarado participated, aged between 13 and 18 years old, who were selected through non-probabilistic sampling tests. The instruments used were the Cisneros School Harassment Test, the Edinburgh BITE Bulimia Test and the EAT-40 Food Attitudes Test. The results suggest that there is a positive correlation between bullying and the presence of bulimia and anorexia nervosa, which indicates that when the level of bullying increases, the presence of bulimia and anorexia nervosa increases.

Key Words: *bullying, adolescents, bulimia nervosa, anorexia nervosa*

3. INTRODUCCIÓN

El acoso escolar, también conocido en inglés como “*bullying*” se define como una conducta que es realizada por un alumno (o grupo de alumnos) hacia otro con el fin de causar un daño tanto físico como psicológico, en donde la víctima no es capaz de salir de esta situación por su propios medios (Cañas, 2017). Es decir, el acoso escolar es toda acción violenta y sostenida durante un periodo de tiempo, en donde uno o más estudiantes (denominados como agresor o agresores), sobre otro estudiante (víctima), en presencia de terceros (observadores), generando humillación, daño, a todos los involucrados (Cano y Vargas, 2018). El acoso escolar es un problema mundial que se evidencia con mayor intensidad en los últimos años, siendo uno de cada tres estudiantes víctimas de intimidación, agresión, violencia tanto verbal como física, registrando que el acoso se genera al menos una vez al mes, y que presentan efectos nocivos en salud mental y calidad de vida del adolescente y su entorno (UNESCO, 2019).

En lo que corresponde a Ecuador, 3 de cada 5 estudiantes en edades de 11 y 18 años han sido víctimas de hechos violentos en donde se evidencia insultos, mentiras, golpes, agresiones de forma reiterativa e intencional (UNICEF, 2018). Por consiguiente, por la presencia de diversas afecciones que produce el sufrir de acoso escolar, de manera especial en la parte psicológica se evidencia ansiedad, depresión, problemas para dormir, pérdida de apetito y otros trastornos (Cauich et al., 2018), es por ello que la presente investigación pretende demostrar qué tipo de relación tienen el acoso escolar y los trastornos alimentarios (Bulimia y Anorexia).

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son definidos como problemas psicológicos y emocionales profundos, donde los pacientes consideran la comida como un medio de expresión de sus adversidades; en los principales trastornos tenemos la bulimia y anorexia (Parra, 2014). Estos pacientes presentan el pensamiento enfrascado en cuánto y cómo comen o en dejar de hacerlo, se

muestran preocupados por su imagen corporal de manera obsesiva y cómo son vistos por los demás, detrás de estos comportamientos existe una preocupación por no engordar, mantener la delgadez o tener una mayor, así también una imagen corporal distorsionada que no corresponde a la realidad (Díaz et al., 2017).

Por otro lado, en datos epidemiológicos a nivel internacional, se registra una prevalencia que oscila entre 0,5 y 1% en la Anorexia Nerviosa (AN) en edades de 10, 12 y 14 años, y una prevalencia que oscila entre 1, 2 y 4% en edades de 10, 12 y 14 años en la Bulimia Nerviosa (BN) (López et al., 2015). Por otro lado, en una investigación realizada en una población escolar en Colombia se evidencia una prevalencia de TCA que oscila entre 18,9% y 39,7% siendo más frecuente la bulimia nerviosa en mujeres adolescentes y jóvenes adultos en edades de 10 y 14 años (Fajardo et al., 2017). Por otro lado, en Ecuador, no existen datos actualizados o cifras exactas acerca de la anorexia y bulimia debido a que no se ha realizado una investigación a fondo de esta problemática que actualmente se ha venido suscitando con mayor prevalencia en poblaciones similares.

Además, en Ecuador no existen datos de estudios que evidencien la influencia del acoso escolar a la posible aparición de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes, por otro lado estas dos variables son una problemática importante en la población juvenil, es por ello que se considera pertinente y acertado realizar una investigación en la población de la Unidad Educativa Pio Jaramillo Alvarado de la ciudad de Loja por medio de un estudio con enfoque cuantitativo, de diseño descriptivo-correlacional. Como objetivo general de la investigación se planteó establecer la relación que existe entre el acoso escolar y los trastornos bulimia y anorexia en los estudiantes de 13 a 18 años de la unidad educativa mencionada anteriormente, el objetivo general fue alcanzado a través de los siguientes objetivos específicos: a) Determinar la prevalencia de acoso escolar en

la población investigada, b) Determinar la prevalencia de los trastornos alimentarios bulimia y anorexia en la población investigada, c) Determinar la relación entre acoso escolar y los trastornos de bulimia y anorexia en la población investigada.

La presente investigación está organizada en 3 capítulos: 1) Acoso escolar, en el cual se aborda: definición, agresores, víctimas, espectadores, tipos de acoso escolar, factores de riesgo y pronóstico, factores personales, familiares, escolares y consecuencias. 2) Bulimia, en cual se aborda: definición, síntomas, tipos de bulimia, características psicológicas, criterios diagnósticos, desarrollo y curso y factores de riesgo y protección. 3) Anorexia, en donde se aborda: definición, síntomas, tipos de anorexia, características psicológicas, criterios diagnósticos, desarrollo y curso y factores de riesgo y protección.

Por otro lado, la recolección de los datos se realizó por medio de tres cuestionarios: Auto Test de Cisneros de acoso escolar, Test de Bulimia de Edimburgo BITE y Test de Actitudes hacia la Alimentación EAT 40. Los participantes debían cumplimentar el consentimiento informado previo a los cuestionarios.

Al finalizar investigación se concluye que los resultados señalaron una relación estadísticamente significativa y en sentido positiva entre el acoso escolar y los trastornos de bulimia y anorexia, en donde nos indica que al aumentar el nivel de acoso escolar aumenta la presencia de bulimia y anorexia en estudiantes de 13 a 18 años de la Unidad Educativa Pio Jaramillo Alvarado.

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

4.1. Acoso escolar

4.1.1. Definición de acoso escolar.

El acoso escolar tiene una denominación única en inglés: *Bullying*, en cambio, en español tiene un sin número de nombres, como; hostigamiento escolar, agresión escolar, acoso escolar, violencia escolar, intimidación escolar, acoso entre pares y conflicto escolar entre otros (Cano y Vargas, 2018). El acoso escolar es una problemática grave, por lo que es fundamental conocer su definición, las características del victimario, de la víctima y de los espectadores, las causas, las particularidades, los tipos y las consecuencias; además de factores de riesgo y protección que ejercen en el contexto escolar (Enríquez y Garzón, 2016). El acoso escolar implica una conducta de agresión física o psicológica ejecutada por un alumno (o grupo de alumnos) hacia otro, al que se prefiere como víctima para reiterados ataques, además que el agredido no es capaz de salir de la situación por sus propios medios (Cañas, 2017).

En las relaciones humanas se observa la amistad, el compañerismo, el buen trato, la ayuda entre compañeros, como también, la burla, rechazo, insultos o la agresión física (Bisquerra et al., 2014). Lamentablemente, la violencia es un fenómeno muy arraigado al ambiente familiar, escolar, sociedad y medios de comunicación, por lo que se observa una constante manifestación de conductas agresivas, y el acoso escolar no es un fenómeno que surge espontáneamente sino que se va estableciendo a partir de las experiencias vividas por la personas (Oficina de Tutoría y Prevención Integral, 2015), y quienes son víctimas presentan secuelas con efectos en la salud física y mental, que llegan a destruir la autoestima, dignidad e integridad (Delgado et al., 2014). Sin

embargo, la mayoría de casos de acoso escolar o con riesgo de serlo, son muchas veces invisibles ante los ojos de los profesores, familia e incluso de compañeros, siendo visibles solo cuando los cambios nocivos están presentes en los niños o adolescentes, tanto en el aspecto emocional como social (Bermeo, 2015).

Para que se considere un caso de acoso escolar deben estar presentes un provocador y una víctima, incluso se ha observado la implicación de diversas personas en los eventos de acoso escolar quienes conforma el “triángulo de bullying” , conformado por acosadores, víctimas y espectadores o personas también son parte de este problema (Bermeo, 2015).

Tabla 1

Tipos de personas involucradas en el acoso escolar

Tipo	Característica
Acosadores	Son los que realizan la violencia, abuso o poder sobre la víctima.
Víctimas	Son las que reciben la agresión por parte de sus compañeros
Víctima pasiva	Con pocas defensas, sumiso, vulnerable, con temor hacia el victimario y al contexto escolar
Víctima provocadora	Se comporta de forma molesta, inmadura o inapropiada, con o sin intención de provocar.
Acosador o acosadora víctima	Son débiles, inseguros, con baja autoestima y fundamentalmente incapaces de salir por sí mismos de la situación que padecen.
Espectadores	Son las personas que están presentes en las situaciones de acoso, que no están ni a favor ni en contra de estas situaciones
Los compinches	Amigos íntimos del acosador (lugartenientes)
Los reforzadores	Actúan de manera que también apoyan y aprueban la intimidación con sus risas y gritos al agresor aumentando su poder

- Los ajenos o no comprometidos** No se identifican ni con el acosador ni con la víctima, siendo únicamente observadores, pero dan la impresión de que toleran la situación.
- Los defensores** Quienes sienten empatía por la situación de las víctimas. Pueden mostrar el coraje de abandonar el papel de espectadores y convertirse en individuos activos apoyando a las víctimas.

Fuente: Bermeo (2015).

Elaboración: Autoría Propia

4.1.1.1. Agresores.

El agresor según Hernández y Saravia (2016) es aquel alumno que victimiza al compañero de manera física, verbal, o psicológica, y se han identificado características de los agresores según el género, por ejemplo, Cano y Vargas (2018) señalan principalmente como agresor al varón que presenta tendencias violentas a través de las cuales busca llamar la atención y dominar a los demás, mientras que Hernández Saravia (2016) señalan que las chicas son agresoras principalmente verbales que utilizan más elementos psicológicos que físicos en sus intimidaciones, que son menos evidentes en comparación a las agresiones físicas. Por otro lado, Bermeo (2015) menciona que el perfil de un agresor por lo general es físicamente fuerte, impulsivo, dominante, astuto, con actitud intimidatoria, más sociables que las víctimas, y viven situaciones de agresiones en el hogar. Es por eso que según Cano y Vargas (2018) los agresores son considerados como los de más estatus social y los docentes afirman que son los más populares entre grupos y colegios.

Todos los agresores no son iguales, puesto que Cano y Vargas (2018) mencionan tres tipos de acosadores que presentan diferentes características, primeramente el acosador asertivo que es aquel que con buenas habilidades sociales y popularidad en el grupo es capaz de organizar o manipular a otros para que cumplan sus órdenes, se

enmascara una apariencia de liderazgo para no ser descubierto, en segundo lugar, el acosador poco asertivo, que es aquel que manifiesta un comportamiento antisocial y que intimida y acosa a otros directamente a veces como reflejo de su falta de autoestima y de confianza en sí mismo, y finalmente el acosador víctima, que es aquel que acosa a compañeros más jóvenes que él y es a la vez acosado por compañeros mayores o es víctima en su propia casa. A su vez, Penalva (2018) propone una clasificación de los tipos de agresores, el primero se refiere al agresor activo, quien ataca personalmente a la víctima, estableciendo relaciones directas con ella, seguido del agresor social-indirecto, quien en ocasiones dirige a sus seguidores induciéndoles a reproducir sus propios actos violentos, y el agresor pasivo, quien participa como observador, pero no actúa directamente en la agresión.

Finalmente, se considera que el agresor independiente de su clasificación suele tener poca conciencia de lo moral, poca comprensión hacia los sentimientos de las víctimas, así también carece de sentimientos de culpabilidad (Hernández y Saravia, 2016), suele tener falta de control de la agresividad, impulsividad, labilidad emocional, liderazgo autoritario, escasa empatía (Cano y Vargas, 2018).

4.1.1.2. Víctima.

Las víctimas dentro del acoso escolar son aquellos alumnos que de manera repetida son hostigados por parte de los agresores (Horsori, 2016), las víctimas son los chicos y chicas que reciben las agresiones o humillaciones, generalmente desconocen el por qué son objeto de este trato y la mayoría de las veces se sienten agobiadas e incapaces de salir de la situación de acoso (Cano y Vargas, 2018).

Según Penalva (2018) señala una serie de características que podrían estar presentes en las víctimas de acoso escolar, como: timidez, debilidad, vulnerables, sensibles,

temeroso, inseguros, pasivos, tranquilos (a veces), baja autoestima, síntomas depresivos, inventan pretextos para no asistir a clase, escasa asertividad, dificultades de comunicación, conductas agresivas a padres y profesores (a veces), y falta de concentración. Al igual que, Hernández y Saravia (2016) mencionan que la víctima puede presentar problemas de inseguridad, ansiedad, lo que provoca un ambiente estresante que puede ser objeto de abuso, no sólo por el daño físico y psicológico, sino también moral que le provoca la humillación por ser considerado débil y marginado. Finalmente, Bermeo (2015) señala que los altos niveles de ansiedad, fobia social y depresión podrían llegar al intento o consumación del suicidio.

En cuanto a las reacciones de las víctimas frente a los abusos se observa que en muchas ocasiones terminan aceptando las acusaciones, hostigamiento y malos tratos, convenciéndose de estar en condición de inferioridad, ser un mal compañero, o incapaz de valerse por sí sola (Cano y Vargas, 2018), es por eso que resulta complicado que las personas logren detener estos acosos. Por otro lado, las consecuencias de ser víctima de acoso escolar pueden llegar a ser muy graves y perdurar mucho tiempo, por ejemplo; se evidencia que ser objeto de burla por el peso y la forma del cuerpo durante la infancia se asocia con el consumo de sustancias psicoactivas y otras dificultades, como la insatisfacción corporal, baja autoestima, depresión y desordenados comportamientos alimentarios, así también como presentar ansiedad social y vergüenza (Sweetingham, 2015).

4.1.1.3. Espectadores.

En muchas investigaciones se ha hablado sobre los agresores o victimarios, así como sus características y conductas, pero poco se ha estudiado sobre el observador, espectador o “agresor pasivo”, los mismos que son personas que actúan pasivamente

ante los actos de violencia contra sus compañeros, ya que pueden considerar que no es asunto de ellos los problemas de los demás o por el miedo de ser elegidos como próximas víctimas (Carozo, 2015), en donde el temor que presentan por llegar a ser objeto de violencia es muy negativo desde el punto de vista psicológico y moral, aprenden a no implicarse, pasar por alto estos injustos sucesos y callar ante el dolor ajeno, estos se destacan por sus posturas individualistas, egoístas y apáticas (Acevedo et al., 2020), del mismo modo se ha observado la falta de habilidades sociales para intervenir en la violencia que limita su accionar (Carozo, 2015). Además pueden expresar sentimientos de enojo, rabia y culpa por no poder ayudar a la persona que sufre de acoso (Bermeo, 2015). También, se observa que los espectadores tienden a la negación al maltrato, inhibición de ayuda, fomento de conductas agresivas y en algunos casos defensa hacia la víctima (Penalva, 2018).

Por otro lado, según López (2018) los espectadores pueden participar de dos modalidades tanto pasiva como activa en el acoso escolar, dependiendo de la función que este cumpla pueden distinguirse, por ejemplo, puede ser espectador cómplice quien participa junto con el agresor en la intimidación y encubre la actitud y agresión, así también, el espectador tolerante que es aquel que no participa en la agresión o maltrato, pero es conocedor, la aprueba y encubre, y el espectador neutro que son conscientes de la existencia de acoso, maltrato o agresión hacia compañeros, pero se mantienen al margen y en silencio, en muchos casos por miedo a sufrir represalias por el agresor.

A diferencia de los agresores, se ha observado que los espectadores llegan a experimentar una disonancia moral de culpa por la acción de aplaudir o ignorar un acto de crueldad de la que el espectador no es responsable como agente, pero si como un consentidor (Carozo, 2015). Sin embargo, también se observa que los niños y jóvenes

que están acostumbrados a estos actos de violencia en los distintos ámbitos sociales minimizan el acoso y lo ven de manera normal y natural (Carozo, 2015), por lo que no reaccionan frente a un acto de acoso como se esperaría.

4.1.2. Tipo de acoso escolar

En primer lugar, según Peralta (2019) para que se considere acoso escolar se debe cumplir una serie de características:

- Que haya un propósito de hacer daño por parte del acosador y que se realice.
- Que el comportamiento produzca daño al acosado, a nivel físico, emocional, verbal o social.
- Que el daño origine una sensación de satisfacción en el acosador, en contraste el acosado se siente humillado y ofendido.
- Que el acosador “aplaste” al acosado con su fuerza (no necesariamente física).
- En la mayoría de los casos el acosador es más fuerte en lo verbal, físico o social, por lo que el acosado se siente indefenso.
- Los actos son repetidos y la acción no tiene justificación.
- Que la conducta se mantenga porque el acosador es apoyado por un grupo, la víctima se encuentre indefensa y las personas que la rodeen muestren una actitud pasiva e indiferente frente a los actos.

El tipo de conductas que se utilizan para ejercer el acoso es muy variado y depende del contexto donde se produce y de las características de los protagonistas (género, edad, etc.), las conductas constitutivas de acoso se han ido modificando en el tiempo, los primeros estudios en la década de los setenta se centraban únicamente en las conductas de maltrato físico, en los ochenta se empiezan a considerar de manera generalizada las conductas de maltrato verbal y no es hasta los últimos años

del siglo veinte que la comunidad científica empieza a considerar las conductas de exclusión social como una forma más de acoso escolar (Bisquerra et al., 2014).

Por lo tanto, Bermeo (2015) menciona que existen dos tipos de acoso escolar los cuales se presentan directa e indirectamente; siendo el segundo más difícil de detectarlo por las consecuencias psicológicas que estas se presentan, estos comportamientos que no son nuevos, se dan en todos los contextos socioculturales y no únicamente en sectores de poblaciones marginales, Bisquerra et al (2014), Bermeo (2015) y Hernández y Saravia, (2016) desarrollan una clasificación sobre los tipos de acoso escolar y sus manifestaciones directas o indirectas (ver Tabla 2).

Tabla 2.

Tipos de Acoso escolar

	Directo	Indirecto	Descripción
Maltrato Físico	Dar empujones Pegar Amenazar con armas	Robar objetos de uno Romper objetos de uno Esconder objetos de uno.	Conductas dirigidas hacia el cuerpo o hacia una propiedad.
Maltrato Verbal	Insultar Burlarse Poner Apodos	Hablar mal de uno Difundir falsos rumores	Descripciones sobre la persona de manera denigrante.
Exclusión Social	Excluir del grupo No dejar participar...	Ignorar Menospreciar	Conducta de aislamiento del estudiante del grupo.
Psicológico	Señales obscenas Amenazas Uso de chantajes	Mentiras Acusaciones Rumores	Afectan la autoestima, creando inseguridad y miedo.

Fuente: Bisquerra (2014); Bermeo (2015); Hernández y Saravia, (2016)

Elaboración: Autoría Propia

Así también, Cañas (2017) refiere que el acoso escolar se manifiesta de manera física, verbal, y relacional, en cuanto al acoso físico incluye situaciones en donde la víctima recibe frecuentes agresiones (patadas, empujones, pellizcos, golpes o palizas) por parte de los agresores; en el acoso verbal las agresiones reiteradas que la víctima recibe de sus compañeros que proceden de palabras (insultos, humillaciones o la utilización de apodos despectivos para referirse a él o ella); el acoso relacional o social se caracteriza por pretender aislar o separar a la víctima del grupo, excluyéndola del resto de alumnos (rechazo social, marginación o difusión de rumores maliciosos).

4.1.3. Factores de riesgo y protección del acoso escolar.

Las consecuencias del acoso escolar en la mayoría de los estudios comparten una limitación derivada de los diseños utilizados, por este motivo, no ha sido posible establecer causas, ni delimitar con claridad si un mismo factor puede funcionar como protector o elemento de riesgo en función de la situación (Zych et al., 2019). Entre los factores de protección se ha concluido que existen algunos de ellos afectan a los roles de implicación; como son; la presencia de un clima escolar positivo, una crianza positiva caracterizada por el monitoreo, la supervisión de los progenitores y un buen estatus dentro del grupo junto a una buena red de apoyo social por parte de los iguales, de igual forma señalan la presencia de ciertos factores individuales que se han encontrado asociados con una menor implicación en acoso escolar, como son; presentar una alta autoestima, altos niveles de empatía y alto rendimiento académico (Jimenez, 2019).

En cuanto a las manifestaciones de acoso escolar a nivel cultural se ha encontrado que es un problema que se presenta en todas las culturas, en un estudio donde se examinó el papel del contexto cultural sobre la agresión entre iguales en Estados Unidos, Italia y Rusia, se encontró muy poca diferencia entre los riesgos familiares o los correlatos sociométricos de la agresión en los tres contextos (Nelson et al., 2016). Así pues, Hernández y Saravia (2016) mencionan que esta problemática se presenta en todos los colegios nacionales, en cualquier institución educativa, desde

la más escondida hasta la más prestigiosa, desde la más pequeña hasta la más grande, independientemente del nivel socioeconómico.

Por otro lado, en cuanto al acoso escolar en relación al género se ha encontrado que hay diferencias entre niños y niñas, es así que un estudio realizado con preescolares de 5 a 7 años en Corea del Sur se encontró que los niños son más proclives que las niñas a recibir sobrenombres o alias de sus compañeros cuando eran agredidos de manera física y verbal, dinámicas similares a las observadas en países occidentales (Jimenez, 2019). De manera similar, Monroy (2015) menciona que el acoso escolar es mucho más frecuente en los chicos que en las chicas y suele mantenerse muy estable o incrementarse a lo largo del tiempo especialmente en la preadolescencia. A su vez un estudio en España, Estados Unidos y Canadá sobre acoso escolar señala que es preocupante ya que 1 de cada 3 estudiantes entre 13 y 15 años sufren de acoso, y respecto al género se observa que las chicas sufren menos acoso en relación a los chicos en los mismos contextos escolares (Duque y Teixido, 2016).

4.1.3.1. Factores personales.

En referencia a los agresores se han identificado algunos factores personales como: ausentes en actividades académicas o alejados del proceso enseñanza-aprendizaje y habitualmente fracaso escolar, trasgresores de normas o reglas; así también se ha visto que en algunos casos los agresores sufrieron previamente de violencia familiar y escolar (Cañas, 2017). Además, ausencia de empatía emocional hacia sus víctimas, no manifestar sentimientos de culpa y malestar como resultado de su agresión también son factores personales de los agresores. Finalmente, en la empatía se enfatizan dos componentes, uno cognitivo (entender perspectiva de la otra persona) y emocional (sentir las emociones y sentimientos ajenos), se señala que los agresores carecen de la parte emocional puesto que no se relacionan empáticamente con la víctima (Cañas, 2017). Por lo cual, el agresor se

manifiesta con poca empatía, agresividad y dominancia, con habilidad de influenciar a los demás para perjudicar a la víctima, pero conservando relaciones afectivas con los pares, ocultando sus intenciones de violencia (Acosta y Cisneros, 2019).

A su vez Bermeo (2015) señala que algunos los factores personales que están presentes en el agresor son: baja tolerancia a la frustración, hiperactividad, depresión, estrés, dificultad para controlar la agresividad, falta de capacidad de empatía, bajo desarrollo de habilidades sociales, bajo autoconocimiento y autoestima, consumo de drogas, y rasgos que pueden singularizar.

Por otro lado, en cuanto a la víctima se observan factores personales como; baja autoestima, ansiedad, inseguridad, reservados, con escasas habilidades sociales, así también, se observa que cuando se sienten acosados o atacados reaccionan con llanto o huyen de la situación reforzando las actitudes del agresor al tener pocos amigos (Acosta y Cisneros, 2019). Por otra parte la excesiva sobreprotección de los padres con sus hijos ocasiona que estos no sepan cómo enfrentar al mundo real y no puedan obtener lo que quieran ni sepan cómo hacerlo, generándoles frustración (Peralta, 2019).

En cuanto a los observadores o espectadores manifiestan un comportamiento individualista, insensibilidad ante el sufrimiento, egoísmo, pueden expresar sentimientos de enojo, rabia o culpa (Bermeo, 2015). Además, Cañas y Pardo (2017) mencionan que los hechos de conocer estas situaciones también pueden generar en ellos sentimientos de culpabilidad, ansiedad, inestabilidad emocional, al igual que Peralta (2019) menciona insensibilización hacia la violencia, e inhibir respuestas solidarias. Así también, la conducta de los observadores o espectadores es indiferente, insolidaridad respecto a los problemas de las demás características que pueden influir en ser protagonistas de futuras agresiones (Enríquez y Garzón, 2016).

4.1.3.2. Factores familiares.

Desde la teoría del aprendizaje social se plantea que los niños y niñas asimilan conductas de los adultos, por lo que transfieren los estilos de interacción observados en casa al grupo de iguales (Jimenez, 2019). Es por eso que el ámbito familiar es el ambiente esencial de la socialización primaria, que incluye el aprendizaje de los modos convivir en sociedad, ser solidario y tener relaciones armoniosas y mutuamente enriquecedoras (Calderòn et al., 2014), así lo afirma Cañas (2017) la familia es una gran influencia en parte de actitudes y comportamiento de los hijos, produciéndose a través de los valores que se transfieren hacia ellos.

Así pues se ha observado que las pautas de educación demasiado autoritarias, o demasiado permisivas, la inexistencia de normas y límites o un alto grado de negligencia, son componentes relacionados con un peor desarrollo del funcionamiento familiar y con problemas de comportamiento en los hijos (Cañas, 2017), de tal manera que el apego inseguro y un cuidado negligente por parte de los cuidadores desarrollará modelos relacionales internos fundados en la desconfianza, la inseguridad y el rechazo, aplicado a las relaciones entre iguales, estos modelos internos inseguros podrían revelar por qué niños y niñas se manifiestan agresivamente a los demás (Jimenez, 2019).

Además, Bermeo (2015) señala algunos los factores familiares que están presentes en los individuos que efectúan agresiones hacia sus compañeros, como son; la actitud emotiva de los padres: afecto, aceptación, abandono, abuso, machismo, conflictos, desacuerdos y discusiones abiertas de los padres, así también como el grado de permisividad de los padres en cuanto a límites y normas, y finalmente los métodos de afirmación de la autoridad, es decir, las normas de castigo que utilicen los padres.

4.1.3.3. Factores escolares.

Se ha observado que en el acoso escolar hay diferentes tipos de acoso, diferencias en la gravedad y variadas modalidades de participación (Cano y Vargas, 2018). De manera que en el escenario

escolar confluye distintas subjetividades con su diversidad y nadie puede escoger deliberadamente con quien estar, ya que la convivencia es forzada por la organización institucional. Puesto que algunos estudios manifiestan que puede ser un factor que influya en la aparición del acoso escolar, sin embargo, no se puede atribuir a que las escuelas causen intimidación, sino a que son lugares donde los niños están obligados a compartir su tiempo y la intimidación se da cuando los niños están juntos en grupos grandes, especialmente sin la supervisión de los adultos (Calderòn et al., 2014). Por lo tanto, Jiménez (2019) refiere que la educación primaria y secundaria muestra que estos tienen una comprensión bien desarrollada sobre el acoso escolar, y sienten que es un tema importante que se debe abordar simultáneamente con los menores y sus progenitores, pero así también, las instituciones comunican la falta de confianza para abordar el problema.

Por otro lado, en el aspecto académico se evidencia que las víctimas de acoso escolar utilizan formas de afrontamiento cuya principal peculiaridad es evitar acudir a clases, principalmente con la finalidad de evitar el acoso constante o al propio agresor (Cauich et al., 2018), así también se presentan fobias a la escuela que se produce debido a la crisis y estrés que sufre la víctima al no poder enfrentar el problema con sus propios recursos, esta forma de afrontamiento evitativo se considera desfavorable a largo plazo.

4.1.3.4. Consecuencias.

Para distinguir las consecuencias del acoso escolar es necesario reconocer las diversas modalidades de violencia entre personas, ya que hay múltiples causas y orígenes complejos (Cano y Vargas, 2018). El hecho de sufrir abuso, maltrato y privación durante la infancia dificulta el desarrollo normal del “cerebro social” que ayuda al desarrollo de capacidades en las interacciones humanas, como son la confianza, empatía y desarrollo moral. (Fernández, 2016).

Dentro de las consecuencias del acoso escolar se encuentran fracaso, ansiedad, fobia social, depresión, por otro lado, para el agresor las consecuencias son obtención de sus objetivos de manera violenta, violencia doméstica de género y mobbing, además de problemas en lo social, en los observadores o espectadores se presenta insensibilidad, comportamientos individualistas y egoístas (Bermeo, 2015).

Se ha evidenciado que en determinadas víctimas de acoso escolar se presentan síntomas de problemas somáticos como, dolores de cabeza, problemas para dormir, pérdida del apetito y enuresis (Cauch et al., 2018). Además (Cañas, 2017) menciona otros síntomas somáticos como dolores de estómago, náusea o vómitos, continuando con rechazo hacia la escuela e ideas referente al suicidio (Musalem y Castro, 2015).

4.2. Bulimia

4.2.1. Definición.

La palabra bulimia proviene del griego y significa “tener hambre de buey”, el trastorno se caracteriza por ingestión rápida de alimentos, culpabilidad, además del uso de laxantes de manera indiscriminada, diuréticos y ejercicio en exceso (López, 2016). La bulimia nerviosa (BN), se define por la ingesta excesiva de alimentos en un corto periodo de tiempo (atracones), continuadas de conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida (vómitos, uso de laxantes y diuréticos) que impidan el aumento de peso por los atracones (Lladó et al., 2017). Como Hartwich y Northoff (2018) lo describen, los pacientes de bulimia se caracterizan por atracones y métodos compensatorios inadecuados para evitar la ganancia de peso.

La bulimia nerviosa se distingue por episodios periódicos de ingestión elevada de alimentos y preocupación excesiva por el control del peso corporal, originando una adopción de medidas extremas para aminorar el aumento de peso (Ochoa et al., 2015). Además, los episodios de

atracones tienen que producirse al menos 2 veces por semana en los últimos 3 meses (Santiago et al., 2016).

La bulimia se diferencia de la anorexia nerviosa por una nutrición excesiva de grandes cantidades de comida con un posterior vomito Hartwich y Northoff (2018), presentan un peso aproximado al normal, no se presenta una distorsión corporal, existiendo un descontrol, impulsividad, depresiones y fluctuaciones en el estado de ánimo (Dilena et al., 2017) a diferencia de la anorexia donde se presenta el rechazo a alimentarse y elección de alimentos bajos en contenido calórico, actividad física excesiva, cuadros purgativos o abusos de laxantes Cuenca y Morata (2015), además, miedo exagerado a aumentar de peso, distorsión de la imagen corporal, un peso por debajo de lo normal, introversión, obsesiones y cuadros de ansiedad (Dilena et al., 2017)

En estudios neuropsicológicos que se han realizado en personas con diagnóstico de bulimia nerviosa se han identificado enlentecimiento en el procesamiento de la información, conflictos para inhibir y controlar los impulsos con predisposición a la gratificación inmediata ignorando las consecuencias a largo plazo en diferentes áreas (Solano et al., 2018).

Por otro lado, la bulimia nerviosa atípica se diagnostica en casos que faltan una o más de las características de la bulimia nerviosa, con frecuencia un peso normal o incluso superior, episodios repetidos de ingesta excesiva acompañada de vómitos o purgas (Ruiz, 2015), según Monroy (2015) teniendo en cuenta el tipo de conductas compensatorias, que se emplean se han definido dos subtipos de bulimia nerviosa que son: la bulimia nerviosa de tipo purgativo, y la bulimia nerviosa de tipo no purgativo.

Síntomas.

En la bulimia nerviosa existe una preocupación continua por la comida, deseos irresistibles de comer, presentándose episodios de polifagia (comer en exceso, atracones) durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo (Ruiz, 2015).

La persona intenta compensar el aumento de peso mediante uno o más de uno de los siguientes métodos como los describe (Ruiz, 2015).

- Vómitos auto provocados.
- Abuso de laxantes.
- Periodos de ayuno.
- Consumo de fármacos (supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos).

Así también, se observan síntomas físicos como pancreatitis, crecimiento de parótidas, lesiones gastrointestinales, anemia, amenorrea, trastornos electrolíticos, cardiotoxicidad, arritmias, estreñimiento, diarrea con sangre, esófago de Barrett y otras complicaciones del vómito, como erosión del esmalte dental (Ochoa et al., 2015).

Según Diaz et al (2017) y González et al (2016) menciona una serie de síntomas que se presentan durante un episodio de bulimia nerviosa

- Atracones alimentarios a escondidas al menos dos veces a la semana durante un periodo no inferior a tres meses
- Intentos manifiestos de restricción dietética en comidas normales.
- Almacenamiento de alimentos en diversos lugares de la casa
- Ingestión de comidas dedicadas a terceros sin preocupación aparente y negando la evidencia.
- Ingestión de grandes cantidades de alimentos superior a las de la mayoría de las personas.
- Consumo intensivo de chicles sin azúcar.

- Consumo indiscriminado de tabaco para disminuir el ansia de comer.
- Consumo impulsivo de alimentos congelados, desechados, de la basura o destinados a animales de compañía.
- Sensaciones de descontrol de los alimentos durante el episodio.
- Su autovaloración se basa o se ve influida por la constitución y peso corporal.

Entre las afecciones medicas asociadas a la BN se encuentran trastornos electrolíticos, problemas gastrointestinales y del sistema reproductivo, hinchazón de las glándulas parótidas y daño del esmalte dental, estos por consecuencia, principalmente, de las conductas purgativas (López y Treasure, 2015).

4.2.2. Tipos de Bulimia

4.2.2.1. Tipo Restrictivo

Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se obtiene haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso (Diaz et al., 2017).

4.2.2.2. Tipo compulsivo o purgatorio

Este subtipo describe cuadros clínicos en donde el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio (Diaz et al., 2017).

4.2.3. Características psicológicas.

En la bulimia nerviosa se puede evidenciar un estado de ánimo lábil, frustración, impulsividad, depresión mayor, distimia, trastornos de ansiedad y de personalidad, abuso de

sustancias, conductas autolesivas y callosidades en el dorso de la mano (Ochoa et al., 2015). Así como afirma Santiago et al. (2016) un factor de riesgo en la bulimia es la disminución de la autoestima, insatisfacción con su imagen corporal, largo historial de dietas para mantener el peso, familia exigente y emocionalmente fría.

Los pacientes diagnosticados de bulimia nerviosa manifestaban mayor presencia de rasgo relativo a la urgencia y a la búsqueda de sensaciones, menor perseverancia y premeditación (S, Castro y J, Castro, 2016), como también más distorsiones cognitivas que mantienen e intensifican la conducta alimentaria (Mandich et al., 2014). Además, se encontró que uno de los estilos de personalidad más común en pacientes diagnosticados con trastorno de bulimia fue el de evitación (González et al., 2016).

Entre las causas de la bulimia, en un estudio con 400 jóvenes recuperados o por recuperarse de bulimia, se evidencia que el 86% desarrollo su trastorno a casusa de problemas en la escuela, además de una mala imagen corporal y baja autoestima que son factores clave para el desarrollo de bulimia, sumado a las presiones sociales y culturales que son frecuentes en esta área (Lee y Vaillancourt, 2018).

Diaz et al (2017) mencionan una serie de síntomas mentales y emocionales que se presentan durante un episodio de bulimia nerviosa, como los siguientes:

- Terror a subir de peso y/o deseo compulsivo de perderlo.
- Trastorno severo de la imagen corporal.
- Negación total o parcial de enfermedad.
- Sensación de ansia por comer persistente.
- Sueños con atracones.
- Dificultad de concentración y aprendizaje.
- Razonamiento empobrecido por su elección de todo o nada.

- Temor a descontrolar y dejarse llevar por sus impulsos.
- Sensación de ansiedad difusa y envolvente.
- Sentimientos e ideaciones depresivas con fuerte componente autolítico.

4.2.4. Criterios diagnósticos.

Los criterios para poder dar un diagnóstico de bulimia nerviosa con codificación F50.2 deben ser los siguientes descritos por la OMS en el CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Para que se puede hacer un diagnóstico de bulimia nerviosa, deben estar presentes todas las alteraciones que se refieren a continuación de modo que constituyen pautas diagnósticas estrictas. Dentro de cada pauta pueden aceptarse algunas variaciones, tal y como se indica:

- a. Preocupación continuada por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia, durante consume grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo.
- b. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, periodos intermitentes de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina
- c. La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar

una forma menor u larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

Incluye: Bulimia sin Especificar e Hiporexia nerviosa

Además de incluir un tipo de bulimia nerviosa atípica la cual debe cumplir los siguientes criterios diagnósticos:

Este término debe ser utilizado para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la bulimia nerviosa (F50.2), pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante típico. Los enfermos tienen con frecuencia un peso normal o incluso superior a lo normal, pero presentan episodios repetidos de ingesta excesiva seguidos de vómitos o purgas. No son raros síndromes parciales acompañados de síntomas depresivos (si estos síntomas satisfacen las pautas de un trastorno depresivo debe hacerse un doble diagnóstico) (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Los criterios para poder dar un diagnóstico de bulimia nerviosa según (American Psychiatric Association (2013) DSM-5 serían los siguientes:

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

4.2.5. Desarrollo y curso.

La bulimia nerviosa suele comenzar en la adolescencia o la adultez temprana, el inicio antes de la pubertad o después de los 40 años es infrecuente, los atracones empiezan durante o después de una dieta, además de varios acontecimientos estresantes (American Psychiatric Association, 2013). A su vez Dilena et al (2017) describen que estudios en el 2013 la prevalencia es de 1 y 1,5 en mujeres, en especial en adultos jóvenes, pero que el pico de trastorno se da en la adolescencia; este dato es más difícil e identificar en hombres, pero es menos común que en las mujeres.

Según el estudio realizado por Ruiz (2015) el inicio de una bulimia nerviosa se da en la adolescencia con un 80% en donde las edades de 14 a 18 años son las de más alto riesgo. Así también, Barrantes Umaña et al (2015) mencionan que la población más vulnerable a padecer de bulimia son los adolescentes por su sensibilidad a la opinión de las otras personas y porque están construyendo su identidad personal.

El curso de la bulimia puede ser crónico o intermitente, pueden existir periodos de atracones, los síntomas de algunos individuos pueden disminuir con o sin tratamiento, los periodos de remisión mayores a un año se asocian a un mejor pronóstico (American Psychiatric Association, 2013).

4.2.6. Factores de riesgo y pronóstico.

Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) de la American Psychiatric Association (2013) los factores de riesgo de la bulimia serían los temperamentales, que se refiere a las preocupaciones sobre el peso, la baja autoestima, los síntomas depresivos, el trastorno de ansiedad social y el trastorno de ansiedad generalizada en la infancia, así también, factores de riesgo ambientales, como presentar la idea de un cuerpo delgado el cual aumenta el desarrollo inquietudes y a su vez la aparición de bulimia nerviosa, y factores de riesgo genéticos y

fisiológicos como la presencia de obesidad en la infancia y posteriormente en la adolescencia, además de una transmisión genética familiar que aumentaría el riesgo de producir bulimia nerviosa. Además, otros factores de riesgo de desarrollar un trastorno de BN es el género femenino, problemas alimentarios anteriores o antecedentes familiares y gastrointestinales en la infancia, preocupación por el peso y la imagen, y autoevaluación (Murguía et al., 2015). Además, Dilena et al (2017) mencionan que la presencia de antecedentes familiares de bulimia o haber padecido de un trastorno alimentario, más las características que se puedan presentar en el individuo quintuplica el padecimiento del mismo; López y Treasure (2015) mencionan que estos rasgos cognitivos bulímicos están también presentes en hermanas sanas de las afectadas, lo cual presupone un componente genético en su origen.

Por otro lado, López y Treasure (2015) mencionan que sus estudios se ha encontrado un déficit en el sector serotoninérgico (5HT_{2A}) central que alteraría las señales de saciedad y que estos podrían contribuir a los síntomas bulímicos, además de la presencia de un nivel bajo de metabolismo que podría activar el impulso alimentario bulímico, Molina et al (2015) mencionan que los pacientes recuperados aún presentan alteraciones serotoninérgicas que continúan con alteraciones en su alimentación.

4.3. Anorexia

4.3.1. Definición de anorexia.

La anorexia nerviosa (AN) es una enfermedad mental grave que se caracteriza por un miedo intenso a engordar y la búsqueda decidida de la delgadez mediante procedimientos voluntarios, dieta restrictiva, estricta y autoimpuesta y, en algunos subtipos, desarrollar conductas purgativas (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, uso de diuréticos o ejercicio físico intenso) (Lladó et al., 2017). Así también Ochoa et al (2015) la define como el afán por bajar de peso, restricción de

alimentos, ejercicio excesivo, vómito y abuso de laxantes y diuréticos, poca conciencia de la enfermedad y dificultad para reconocer los síntomas.

Según Monroy (2015) la AN un trastorno obsesivo que lleva al no comer en el que una persona se pone a dieta y hace ejercicio excesivo hasta el punto en que su peso corporal es muy inferior a su peso óptimo, situando en riesgo su salud y llevándolo potencialmente a la muerte.

En la AN se recalca el deterioro en los procesos de toma de decisiones y menor control inhibitorio, déficit en coherencia central y sesgos atencionales relacionados con la figura corporal, así también se encuentra un déficit en la flexibilidad cognitiva tanto en familiares de primer grado, lo que refuerza la idea que es un factor de vulnerabilidad asociado a la personalidad obsesiva propia de las personas con anorexia nerviosa (Solano et al., 2018).

Se estima que la incidencia de la AN ha aumentado en los últimos períodos, en específico en los países occidentales industrializados. También se ha comprobado que es mayor en el nivel socioeconómico medio y alto, y que el 85% de los pacientes desarrollan la anorexia entre los 13 y los 20 años de edad (Diaz et al., 2017).

Según Molina Iriarte et al (2015) y Ochoa et al (2015) para diagnosticar anorexia nerviosa deben existir los siguientes criterios.

- Negativa a mantener el peso corporal en un nivel mínimo esperado para la edad y talla. Intenso temor a subir de peso o engordar, a pesar de estar por debajo del esperado.
- Perturbación en la percepción de la imagen, tamaño o formas corporales; influencia excesiva de la autoevaluación y negación de la gravedad del bajo peso.
- Amenorrea en las mujeres postmenárgicas (mujer cuyos ciclos menstruales ocurren sólo después de la administración de hormonas).

La anorexia nerviosa atípica debe ser diagnosticado cuando faltan una o más de las características principales de la anorexia nerviosa, como amenorrea o pérdida significativa de peso, pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante característico (Ruiz, 2015)

4.3.2. Síntomas.

La AN se podría definir como la pérdida significativa de peso, está perdida originada por el enfermo a través de la evitación de ingesta de “alimentos que engordan” y por uno o más de los siguientes síntomas descritos (Ruiz, 2015).

- Vómitos autoprovocados.
- Purgas intestinales autoprovocadas.
- Ejercicio excesivo.
- Consumo de fármacos, diuréticos (que causan pérdida de líquidos corporales a través de la orina) y anorexígenos (que inhiben el apetito).

Los pacientes niegan tener apetito, así como estar delgados o sentirse cansados; tienen un aspecto típico peculiar, caquéctico y prepuberal, además pérdida de masa corporal magra, que se vincula con la reducción de masa ventricular izquierda y disfunción sistólica (Ochoa et al., 2015).

Según Díaz et al (2017) sugiere una serie de síntomas que se cumplen al padecer anorexia nerviosa, se observan los siguientes:

- Restricción voluntaria de comida.
- Preparación de los alimentos a la plancha.
- Disminución ingesta de líquidos.
- Conducta alimentaria extraña.
- Aislamiento social.

- Ejercicio compulsivo.
- Aumento de las horas de estudio.
- Disminución de las horas de sueño.
- Pesarse compulsivamente.
- Laxantes, diuréticos.

Algunas de los síntomas médicos que se presenta en la AN y consecuencias subyacentes son problemas cardiovasculares, gastrointestinales, deterioro del sistema inmune, disfunciones cognitivas y cerebrales, disminución del volumen cerebral, complicaciones músculo esqueléticas tales como debilidad y pérdida de fuerza, osteopenia y osteoporosis (López y Treasure, 2015).

4.3.3. Tipos de Anorexia

4.3.3.1. Tipo Restrictivo

Durante el episodio de AN, la persona no recurre generalmente a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas) (Diaz et al., 2017).

En el subtipo restrictivo se determina por un mayor perfeccionismo, rigidez, hiperresponsabilidad y sentimientos de ineficacia, mientras que en el subtipo purgativo suele prevalecer el sobrepeso premórbido, mayor impulsividad, reacciones distímicas, mayor labilidad emocional y conductas adictivas (Fernández y Jáuregui, 2016).

Este tipo se caracteriza por limitar severamente la ingesta de alimentos, especialmente aquellos de alto contenido calórico (carbohidratos y lípidos) para mantener un peso por debajo del índice de masa corporal que correspondería según talla y edad (Dilena et al., 2017).

4.3.3.2. Tipo compulsivo o purgatorio

El individuo ha incidido en episodios recurrentes de atracones o conductas purgativas (vómitos auto inducidos, abuso de laxantes, diurético o enemas) durante los últimos tres meses, además existen casos que no presentan atracones, pero recurren por el camino de las purgas, también incluido después de consumir pequeñas cantidades de comida (Diaz et al., 2017). definidos como la pérdida del control al comer posteriormente actos compensatorios como la purga, aumentando su capacidad de restricción y creando un ciclo (Dilena et al., 2017).

4.3.4. Características psicológicas.

En la AN se evidencia una autoimagen distorsionada, baja autoestima, depresión, pensamientos obsesivos y tendencia al perfeccionismo, escasa comunicación con los demás, conductas autodestructivas, dificultad para concentrarse, irritabilidad y obsesión por la comida (Ochoa et al., 2015).

Desde el punto de vista psicoanalítico se observa en los hogares de adolescentes con anorexia los padres presentan problemas con una mayor insatisfacción con su cuerpo, mayor preocupación por las dietas y el peso, así como mayor número de problemas relacionados con este, se habla una existente y temprana relación entre madre e hija donde no existe una respuesta a la ansiedad de la niña lo que provoca en la adolescente comience con conductas como: suspender el alimento, uso de laxantes y provocar el vómito (López, 2016).

En pacientes que padecen de AN, es habitual encontrar característica pre mórbidas de introversión, baja autoestima, perfeccionismo y dificultades de relación como consecuencia del propio estado de inanición aparecen otros síntomas como distimia, irritabilidad, rumiaciones y rituales obsesivos sobre la comida, aislamiento social, entre otros. (Fernández y Jáuregui, 2016). Además de factores de riesgo como dificultades para independizarse, dependencia parental, aislamiento socio sexual, déficit conceptual y de pensamiento abstracto (Santiago et al., 2016).

En cuanto a los síntomas psicológicos, Santiago et al (2016) mencionan que en la anorexia son usuales en personas que están a dieta, que presentan insomnio, mal humor, la dificultad en la concentración, la labilidad del humor, el sentimiento de falta de adecuación social y el retraimiento, los pensamientos obsesivos y la dificultad para tomar decisiones, así como sentimientos depresivos y de ansiedad, o sentir presión para ajustarse socialmente a modelos de delgadez no realista (Santiago et al., 2016).

En pacientes con AN se encontró que uno de los estilos de personalidad más común fue el de evitación pudiendo ser uno de los estilos de personalidad más común entre las pacientes diagnosticados (González et al., 2016).

La anorexia surge como una barrera defensiva contra los sentimientos de culpa y desvalorización interna más allá del deseo que tiene la persona de ser popular o ser atractiva (Murguía et al., 2015). En una combinación de insatisfacción corporal y baja autoestima suele surgir una dieta restrictiva que sin vigilancia médica puede acarrear el desarrollo de la anorexia nerviosa (Lladó et al., 2017).

Desde la perspectiva psicodinámica los síntomas de la anorexia nerviosa podrían servir para mantener una estabilidad mental de una manera desesperada en donde se restaura el sentimiento de la propia identidad, la auto disponibilidad y el autocontrol (Hartwich y Northoff, 2018).

Por tanto Diaz et al (2017) sugiere una serie de síntomas mentales y comportamentales que se evidencian al padecer anorexia nerviosa, se observan los siguientes:

- Trastorno severo de la imagen corporal.
- Terror a subir de peso.
- Negación total o parcial de la enfermedad.
- Negación de sensaciones de hambre, sed o sueño.
- Temor a perder el control.

- Dificultad de concentración.
- Desinterés por actividades lúdicas o recreativas.
- Dificultad en reconocer sus emociones.
- Síntomas depresivos y/o obsesivos.
- Irritabilidad.

4.3.5. Criterios diagnósticos.

Los criterios para poder dar un diagnóstico de anorexia nerviosa según la Clasificación Internacional de Enfermedades-10 (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud corresponden a la codificación F50.0 y deben estar presentes todas las siguientes alteraciones: (Organización Mundial de la Salud, 2011).

- a. Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet de menos de 17,5).
Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del periodo de crecimiento.
- b. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: 1) evitación de consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: 2) vómitos autoprovocados, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
- c. Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
- d. Trastorno endocrino, generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado

vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

- e. Si el inicio es anterior a la pubertad se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.

Además de incluir un tipo de anorexia nerviosa atípica la cual debe cumplir los siguientes criterios diagnósticos:

Este término debe ser utilizado para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la anorexia nerviosa (F50.0), como amenorrea o pérdida significativa de peso, pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante característico, este tipo de enfermos es más frecuente en psiquiatría de interconsulta y enlace y en atención primaria. También pueden incluirse aquí enfermos que tengan todos los síntomas importantes de la anorexia nerviosa, pero en grado leve, este término no debe utilizarse para trastornos de la conducta alimentaria que se parecen a la anorexia nerviosa pero que son debidos a una etiología somática conocida (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Los criterios para poder dar un diagnóstico de bulimia nerviosa según (American Psychiatric Association (2013) DSM-5 serían los siguientes:

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

4.3.6. Desarrollo y curso.

La anorexia nerviosa empieza en la adolescencia o la edad adulta, rara vez durante la pubertad o después de los 40 años, suele asociarse a acontecimientos estresantes, existen características atípicas en edades tempranas y a mayor edad una incidencia de larga duración (American Psychiatric Association, 2013). Así también el desarrollo de la AN se ve influenciado negativamente por aspectos familiares como: familiares de primer grado que hayan padecido un TCA, trastornos afectivos, obesidad materna (González et al., 2016).

4.3.7. Factores de riesgo y pronóstico.

Según los factores de riesgo y pronóstico descritos por el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (American Psychiatric Association, 2013). Se observa que en los rasgos temperamentales como un desarrollo de ansiedad o rasgos obsesivos en etapas de la infancia son predisponentes a desarrollar anorexia nerviosa, en las características ambientales como culturales, entornos o profesiones que alientan a la delgadez se relacionan con un mayor riesgo en tanto las características genéticas y fisiológicas como familiares de primer grado que hayan padecido atracones o purgas, además de alteraciones nutricionales asociadas al trastorno (American Psychiatric Association, 2013)

Un factor crucial para el padecimiento de AN es la insatisfacción corporal en donde se ha estudiado que el 70% de las/los adolescentes declara no sentirse satisfecho con su cuerpo, lo que suele desembocar en el seguimiento de una dieta restrictiva, que sin control médico puede conducir a personas vulnerables hacia el desarrollo (Lladó et al., 2017).

5. MATERIALES Y METODOS

5.1. Tipo y Diseño de Estudio.

El presente estudio es de tipo descriptivo-correlacional ya que se especifica las propiedades de la población seleccionada en cuanto a acoso escolar y trastornos de conducta alimentaria: bulimia y anorexia, como también se determina la relación entre estas variables.

A su vez, es un estudio con enfoque cuantitativo, ya que es secuencial y probatorio, y mide y estima la presencia de acoso escolar y presencia de sintomatología de bulimia y anorexia por medio de instrumentos estandarizados.

5.2.5.2 Universo y Muestra.

El universo de la investigación estuvo conformado por 349 estudiantes de la Unidad Educativa Pio Jaramillo Alvarado, ubicada en la ciudad de Loja, en las calles Bolívar entre Mercadillo y Catacocha, de la sección vespertina del periodo académico 2019 al 2020.

Tabla 3

Universo de la investigación.

	Octavos Años	Novenos Años	Décimos Años	Primero de Bachillerato	Segundo de Bachillerato	Tercero de Bachillerato	TOT AL
Número de estudiantes	62	56	58	81	42	50	
TOTAL							349

Fuente: Unidad Educativa Pio Jaramillo Alvarado.

Elaboración: Autoría propia

La muestra seleccionada fue de 183 estudiantes seleccionados mediante pruebas de muestreo no probabilístico, en donde 172 de los participantes cumplieron con los criterios de inclusión y con los de exclusión que se muestran a continuación.

5.2.1. Criterios de Inclusión

- Estudiantes legalmente matriculados durante el periodo académico 2019-2020 y que estén asistiendo normalmente a clases
- Estudiantes que tengan el consentimiento informado firmado por los padres o representantes legales
- Estudiantes entre 13 y 18 años de edad

5.2.2. Criterios de Exclusión.

- Estudiantes que asistan irregularmente a clases
- Estudiantes con alguna discapacidad física o intelectual que no se les permita contestar los cuestionarios
- Estudiantes que no se hayan firmado la autorización del consentimiento informado

Tabla 4

Muestra de la investigación

N°	Año lectivo	Estudiantes	%	Muestreo
1	Octavo A	31	8.9	16
2	Octavo B	31	8.9	16
3	Noveno A	30	8.60	16
4	Noveno B	26	7.44	14
5	Decimo A	29	8.31	15
6	Decimo B	29	8.31	15
7	1 BGU A	30	8.60	16
8	1 BGU B	30	8.60	16
9	1 BGU C	21	6.00	10
10	2 BGU A	19	5.44	9
11	2 BGU B	16	4.58	8
12	2 BGU C	7	2.00	4
13	3 BGU A	25	7.16	14
14	3 BGU B	25	7.16	14
Total		349	100	183

Fuente: Unidad Educativa Pio Jaramillo Alvarado.

Elaboración: Autoría propia

5.3. TECNICAS E INSTRUMENTOS

Para la correcta recolección de información se utilizó un consentimiento informado, Test de Acoso Escolar de Cisneros, el Test de Bulimia de Edimburgo (Bulimic Investigatory Test Edinburgh, Bite), y Test de Actitudes hacia la Alimentación (Eating Attitudes Test, Eat-40). A continuación, se detallan todas estas técnicas e instrumentos utilizados en la presente investigación.

5.3.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El documento consta de información en donde se especifica a los padres de los estudiantes menores de edad sobre la investigación a realizar. El aceptar los requisitos del documento indica que el representante entiende y acepta que su representado forme parte de la muestra de estudio. El consentimiento informado abarca los siguientes puntos:

- Datos del investigador.
- Objetivo de la investigación.
- Datos relevantes sobre los temas a tratar.
- Confidencialidad y manejo de la información, en donde se garantiza el uso exclusivo de los datos no serán utilizados por otras personas y solo serán para el fin de la investigación.
- Duración de la aplicación de los reactivos.
- Estudiantes con alguna discapacidad física o intelectual que no se les permita contestar los cuestionarios.

- Datos del representante legal: nombre, número de cédula, nombre del representado, firma y fecha.

5.3.2. TEST DE CISNEROS DE ACOSO ESCOLAR

La versión utilizada en el presente trabajo es una escala compuesta de 50 ítems. Los enunciados están mencionados en forma afirmativa y con tres posibilidades de respuesta: (Nunca), (Pocas veces) y (Muchas veces), la cual se asigna puntajes de 1, 2, y 3 según corresponde. El test está integrado por 10 sub escalas que se describen a continuación:

- El índice global de acoso (M), representado por la suma de las puntuaciones directas de toda la escala.
- Escala de intensidad de acoso (I), en esta escala se obtiene 1 punto por cada vez que el evaluado haya seleccionado la respuesta 3 (3= muchas veces) en las preguntas 1 a la 50.

5.3.2.1. Componentes o Escalas

- **Desprecio y Ridiculización**

En esta área se agrupan los ítems de acoso escolar que intentan distorsionar la imagen social del niño y la reacción de los demás con el mismo, con ellas se trata de presentar una imagen negativa y distorsionada del niño, todo lo que realice el niño es utilizado para inducir el rechazo de los demás. A causa de esta manipulación de la imagen del niño es ridiculizado por lo demás de manera involuntaria.

- **Coacción**

Agrupar aquellas conductas de acoso escolar que pretenden que el niño realice acciones contra su voluntad. Mediante estas conductas quienes acosan al niño pretenden ejercer un dominio y un sometimiento total de su voluntad. Los que acosan son percibidos como poderosos por la víctima y el beneficio es el poder social del acosador.

- **Restricción – Comunicación**

Agrupar las acciones de acoso escolar que pretenden bloquear socialmente al niño. Así las prohibiciones de jugar en un grupo, de hablar o comunicarse con otros o de que nadie hable o se relacione con él, son indicadores que señalan un intento de quebrar la red social de apoyo del niño.

- **Agresiones**

Agrupar las conductas directas de agresión ya sean física o psicológica. Esta es una escala que evalúa la violencia más directa contra el niño, aunque no siempre ésta es más lesiva psicológicamente. Las agresiones físicas, la violencia, el robo o el deterioro de sus pertenencias a propósito, los gritos, y los insultos son los indicadores de esta escala.

- **Intimidación - Amenazas**

Agrupar aquellas conductas de acoso escolar que persiguen, amedrentan, al niño mediante una acción intimidatoria. Con ellas, quienes acosan buscan inducir el miedo en el niño. Sus indicadores son acciones de intimidación, amenaza, hostigamiento físico intimidatorio y acoso a la salida de clase. O incluso puede manifestarse en amenazas contra la familia de la víctima.

- **Exclusión – Bloqueo Social**

Agrupar las conductas de acoso escolar que buscan excluir de la participación al niño acosado, el "tú no", es el centro de estas conductas con las que el grupo que acosa, segrega socialmente al niño. Al ningunearlo, tratarlo como si no existiera, aislarlo, impedir su expresión, impedir su participación en juegos, por lo que se produce el vacío social en su entorno.

- **Hostigamiento Verbal.**

Agrupar aquellas conductas de acoso escolar que consisten en acciones de hostigamiento y acoso psicológico que manifiestan desprecio y falta de respeto y de consideración por la dignidad del niño. El desprecio, el odio, la ridiculización, la burla, el menosprecio, los sobrenombres o apodos, la malicia, la manifestación gestual de desprecio y la imitación burlesca son los indicadores de esta escala.

- **Robos**

Agrupar aquellas conductas de acoso escolar que consisten en acciones de apropiación de las pertenencias de la víctima ya sea de forma directa o por chantajes.

Tabla 5

Tabla de ítems de cada componente

ESCALAS	ITEMS
Desprecio- Ridiculización	2, 3, 6, 9, 19, 20, 26, 27, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 44, 46, 50
Coacción	7, 8, 11, 12, 13, 14, 47, 48

Restricción comunicación	1, 2, 4, 5, 10
agresiones	15, 19, 23, 24, 28, 29, 39
Intimidación amenazas	28,29,39,40,41,42,43,47,48,49
Exclusión bloqueo social	10,17,18,21,22,31,38,41,45
Hostigamiento verbal	3,6,17,19,20,24,25,26,27,30,37,38
Robos	13,14,15,16

Fuente: Test de Cisneros de Acoso Escolar

Elaboración: Autoría Propia

5.3.3. TEST DE BULIMIA DE EDIMBURGO (BULIMIC INVESTIGATORY TEST EDINBURGH, BITE).

La versión usada en esta investigación es un cuestionario para identificar a aquellos sujetos que presenten síntomas de bulimia, el test consta de 33 ítems que se agrupan en 2 sub escalas:

- Escala de Síntomas (30 ítems).
- Escala de Gravedad (3 ítems).

La escala de síntomas evalúa el número y grado de los síntomas que están presentes y la de gravedad proporciona un índice de la gravedad del trastorno, teniendo en cuenta la frecuencia con que se presentan las conductas patológicas.

Cada ítem de la escala de síntomas cuenta con dos posibles respuestas (sí/no). Cada ítem de la escala de gravedad cuenta con varias posibles respuestas que indican frecuencia, es un instrumento auto aplicado.

El instrumento utilizado proporciona dos puntuaciones, una de síntomas y otra de gravedad con ítems que se muestra a continuación:

- La puntuación en la escala de síntomas se obtiene sumando las puntuaciones parciales de los diferentes ítems que la componen y oscila entre 0 y 30.
- Ítems 1, 13, 21, 23 y 31: no, 1 punto; sí, 0 puntos.
- Ítems 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 32 y 33: no, 0 puntos; sí, 1 punto.
- La escala de gravedad se obtiene sumando los puntos obtenidos en las preguntas 6, 7 y 27.
- En cuanto a la escala de síntomas los puntajes <10: significan ausencia de comportamientos compulsivos hacia a comida, puntajes de 10-20: significan patrones alimentarios anormales, puntajes de 15-20: significan posible bulimia nerviosa subclínica, y puntajes >20: significan patrón de comportamiento muy alterado.
- En la escala de gravedad puntajes de 5-10: significan gravedad significativa y puntajes >10 significan gran gravedad.

5.3.4. TEST DE ACTITUDES HACIA LA ALIMENTACIÓN (EATING ATTITUDES TEST, EAT-40)

La versión usada en esta investigación es un cuestionario diseñado para evaluar síntomas y conductas comunes en anorexia nerviosa, proporcionando asimismo un índice de gravedad del trastorno que consta de 40 ítems que se agrupa en 7 factores diferentes:

- Preocupación por la comida.

- Imagen corporal con tendencia a la delgadez.
- Uso y/o abuso de laxantes y presencia de vómitos.
- Restricción alimentaria (dieta).
- Comer lentamente.
- Comer clandestinamente.
- Presión social percibida para aumentar peso.

Cada ítem presenta 6 respuestas posibles que van de siempre a nunca y de las cuales sólo tres se puntúan de 1 a 3, por ello, la puntuación total del cuestionario puede oscilar entre 0 y 120 puntos.

La puntuación total del EAT-40 se obtiene sumando las puntuaciones de los 40 ítems que componen el test:

- En los ítems 1, 18, 19, 23, 27 y 39 (nunca equivale a 3 puntos; casi nunca equivale a 2 puntos; algunas veces equivale a 1 punto; resto equivale a 0 puntos).
- En el resto de ítems (siempre equivale a 3 puntos; casi siempre equivale a 2 puntos; bastantes veces equivale a 1 punto; resto equivale a 0 puntos).

5.4. PROCEDIMIENTO

Con la finalidad de dar el cumplimiento a los objetivos planteados en la presente investigación se cumplieron las siguientes etapas de desarrollo:

Primera Etapa

Primeramente, se desarrolló una búsqueda bibliográfica para conocer sobre la viabilidad del proyecto de investigación, una vez aceptado y aprobado el proyecto de tesis, se realizó la elección de los instrumentos de recolección de datos que permitan responder a los objetivos planteados y se estableció la metodología de investigación.

Segunda Etapa

Se realizó el desarrollo del marco teórico de la investigación y se procedió a realizar el acercamiento a la institución educativa de interés de estudio, para lo cual, se presentó un oficio explicando los objetivos de la presente investigación y solicitando la apertura para desarrollarlo en la institución Pio Jaramillo Alvarado, luego de 2 días el rector e inspector general dieron visto bueno a la solicitud. Por lo cual, el día 5 de diciembre del 2019 el investigador se acercó a la institución educativa para coordinar, la forma en la que se iba a desarrollar la recolección de datos. Para esto se acordó que para realizar la recolección de los datos se lo haría en horario vespertino en los próximos días.

Tercera Etapa

Por motivos mayores en dicha institución se realizó la entrega del consentimiento informado el día 6 de enero del 2020 en todos los cursos académicos que se encontraban los participantes, tomando en cuenta el horario y la disponibilidad de los docentes y alumnado, se inició desde los octavos años de básica hasta los terceros de bachillerato, se ingresó paralelo por paralelo con las listas de los estudiantes y verificando que los estudiantes preseleccionados de manera aleatoria en el programa de Excel, cumplan con los criterios de inclusión y no con los de exclusión, se procedió a explicar el motivo a investigar y se entregaron los consentimientos informados para que estos sean entregados a los padres de familia o representantes legales con el fin de se informen de mejor

manera lo que pretendía la investigación y por consiguiente acepten la participación de los menores de edad. El día 7 de enero del 2020 se procedió a retirar los consentimientos informados, firmados por sus padres o representantes legales para poder participar.

La aplicación de los instrumentos se realizó el día 7 de enero del 2020 en los diversos cursos de dicha institución, según el horario y disponibilidad de los docentes y alumnado, iniciando así desde los octavos curso hasta los terceros de bachillerato, se ingresó paralelo por paralelo explicando cada uno de los reactivos que se iba a utilizar, recomendaciones y la manera correcta de contestarlos, así mismo explicando términos que posiblemente eran desconocidos para algunos de los estudiantes, y manifestándoles que cualquiera duda e incomodidad sería abordada por el investigador, de la misma manera que estos reactivos eran de manera individual y anónima. Después, con las listas de los estudiantes que previamente habían cumplido con los requerimientos del estudio, se procedió a pedirles los consentimientos informados debidamente firmados. Seguido de esto se procedió a repartir los test a cada estudiante. De los participantes que fueron preseleccionados fueron 11 estudiantes que no cumplieron con los requisitos de estudio, ya sea por la edad y motivos de la negativa en la participación por parte de sus representantes legales por lo que no pudieron formar parte de la muestra. Todos los test fueron aplicados el mismo día a toda la población estudiantil gracias a la ayuda, organización y motivación tanto de profesores, alumnado y secretaría.

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron el Auto Test de Acoso Escolar Cisneros, Test de Bulimia de Edimburgo y Test de Actitudes hacia la Alimentación EAT-40.

Cuarta Etapa

Tras la aplicación de los cuestionarios se procedió la organización, tabulación, y análisis estadísticos de los resultados obtenidos, la tabulación se la realizó por medio de Excel 2016 y el

análisis estadístico se realizó por medio del programa informático IBM SPSS Statistics versión 25.

Para llevar a cabo este proceso se procedió de la siguiente manera:

- Técnica de conteo (sabana) por medio de programa Excel 2016.
- Redacción de variables y traspaso de datos al programa IBM SPSS Statistics 25.
- Prueba de fiabilidad, con alfa de Cronbach en el programa IBM SPSS Statistics 25.
- Recodificación de las variables por medio de puntos de corte en los test Auto Test Cisneros de Acoso escolar, Bulimia de Edimburgo y Actitudes hacia la Alimentación EAT 40. Se realizaron tablas de frecuencias de los datos obtenidos de cada uno de los test aplicados, así también tablas cruzadas para la relación entre acoso escolar, bulimia y anorexia, y finalmente se realizó la correlación de Spearman entre las mismas variables por medio del programa IBM SPSS Statistics 25

Quinta Etapa

Se procedió a desarrollar tablas y gráficos de los resultados y el análisis correspondiente de cada uno de los objetivos, el contraste de los resultados obtenidos con otros estudios similares, así también el desarrollo de la discusión, conclusiones, recomendaciones y resumen.

6. RESULTADOS

Objetivo 1: Determinar la prevalencia de acoso escolar en la población investigada.

Tabla 6

Prevalencia del Acoso Escolar

Niveles de Acoso	Frecuencia	Porcentaje
Muy Bajo	11	6,4 %
Bajo	25	14,5 %
Casi Bajo	35	20,3 %
Medio	58	33,7 %
Casi Alto	35	20,3 %
Alto	8	4,7 %
Total	172	100%

Fuente: Auto test Cisneros de Acoso Escolar aplicado a los estudiantes de 13 a 18 años del colegio Pio Jaramillo Alvarado

Elaboración: Autoría Propia.

Análisis e Interpretación

En cuanto a la prevalencia del acoso escolar, 11 estudiantes que equivalen al 6,4 % de la muestra presentan un nivel de acoso escolar muy bajo, 25 estudiantes que equivalen al 14,5 % de la muestra presentan un nivel de acoso escolar bajo, 35 estudiantes que corresponden al 20,3 % de la muestra presentan un acoso escolar casi bajo, 58 estudiantes que equivalen al 33,7% de la muestra presentan un nivel de acoso escolar medio, 35 estudiantes que equivalen al 20,3 % de la muestra sufren de acoso escolar casi alto y 8 personas que equivalen al 4,7 % de la muestra sufren de acoso escolar alto.

Objetivo 2: Determinar la prevalencia de los trastornos alimentarios bulimia y anorexia en la población investigada

Tabla 7
Prevalencia Bulimia y Anorexia

Trastornos de Conducta Alimentaria	Frecuencia	Porcentaje
Síntomas Bulímicos		
Ausencia de comportamiento compulsivo hacia la comida	113	65,7 %
Patrones alimentarios anormales	32	18,6 %
Posible bulimia nerviosa	18	10,5 %
Patrón de comportamiento muy alterado	9	5,2 %
Total	172	100 %
Síntomas Anoréxicos		
Sin Síntomas de Anorexia	143	83,1 %
Posible Anorexia Nerviosa	29	16,9 %
Total	172	100 %

Fuente: Test de Bulimia de Edimburgo (Bulimic Investigatory Test Edinburgh, BITE) y Test de Actitudes hacia la Alimentación (Eating Attitudes Test, EAT-40), aplicado a los estudiantes de 13 a 18 años de edad del colegio Pio Jaramillo Alvarado.

Elaboración: Autoría Propia.

Análisis e Interpretación

En lo que se refiere a la prevalencia de síntomas bulímicos se encontró que la mayoría de los participantes: 113 estudiantes que representan el 65,7 % de la muestra total presentan una ausencia de comportamiento compulsivo hacia la comida, 32 estudiantes que representan el 18,6 % de la muestra total se evidencia patrones alimentarios anormales, 18 estudiantes que representan el

10,5% de la muestra total refieren una posible bulimia nerviosa y 9 estudiantes que representan el 5,2% de la muestra total presentan un patrón de comportamiento muy alterado.

En cuanto se refiere a los síntomas de anorexia se encontró que la mayoría de los participantes: 143 estudiantes que equivalen al 83,1% de la muestra total no tienen síntomas de anorexia y 29 estudiantes que equivalen al 16,9% de la muestra total presentan una posible anorexia nerviosa.

Objetivo 3: Determinar la relación entre acoso escolar y los trastornos de bulimia y anorexia

en la población investigada.

Tabla 8

Relación entre niveles de Acoso Escolar y presencia de Bulimia y Anorexia

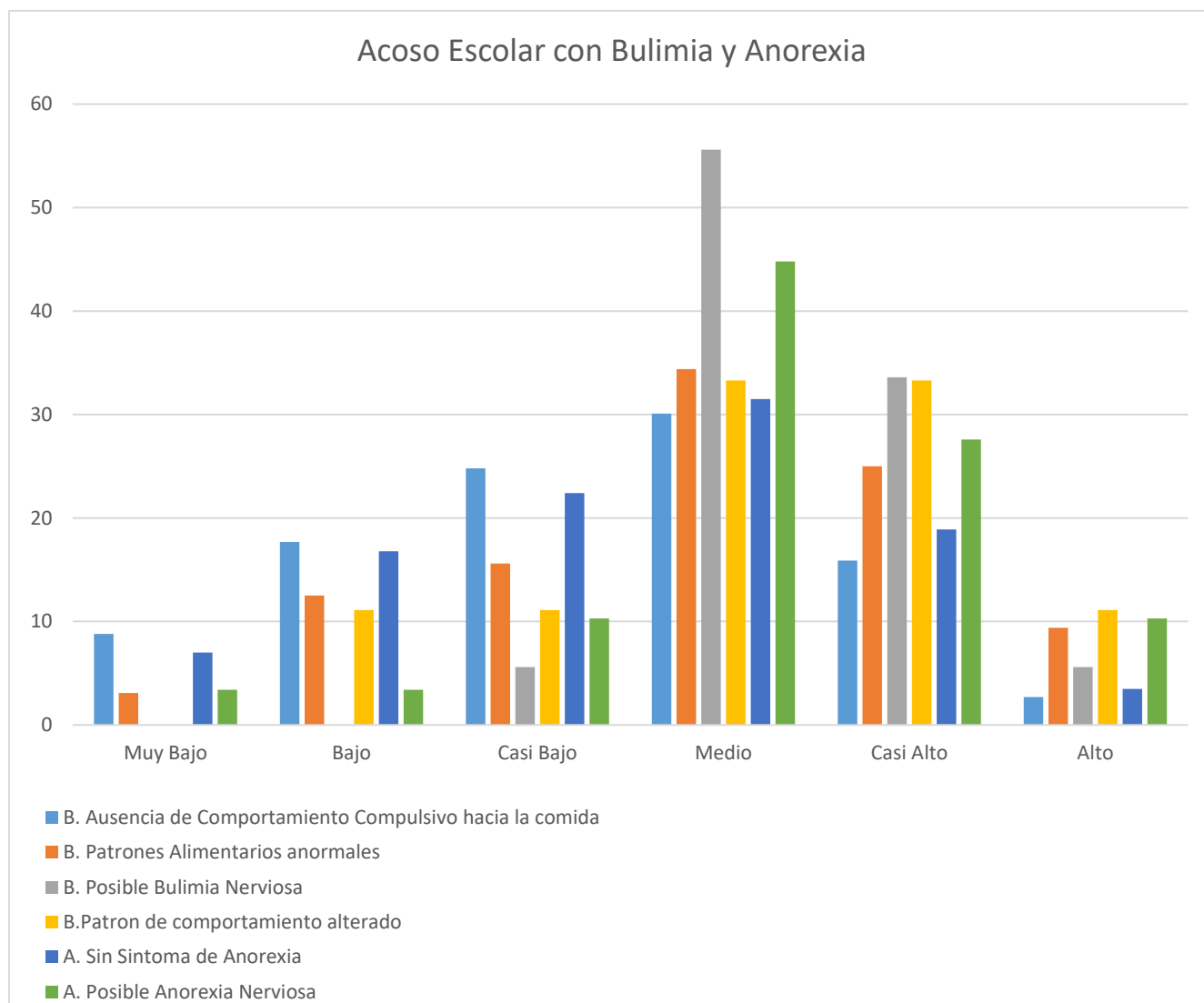
Trastornos de la Conducta Alimentaria											
		Ausen cia de compo rtamie nto compu lsivo hacia la comida	Patron es alimen tarios anorm ales	Posible bulimi a nervios a	Patrón de compo rtamie nto muy alterad o	Rho de Spearm an	Signifi cancia	Sin síntom as de anorex ia	Posibl e Anore xia Nervio sa	Rho de Spearm an	Signifi cancia
	Muy bajo	8,8 %	3,1 %	0%	0%			7,0%	3,4%		
	Bajo	17,7 %	12,5%	0%	11,1%			16,8%	3,4%		
	Casi bajo	24,8 %	15,6%	5,6%	11,1%			22,4%	10,3%		
						0,3054	0,000*			0,216	0,004*
Acoso escolar	Medio	30,1 %	34,4%	55,6%	33,3%			31,5%	44,8%		
	Casi alto	15,9 %	25,0%	33,3%	33,3%			18,9%	27,6%		
	Alto	2,7%	9,4%	5,6%	11,1%			3,5%	10,3%		
	Total	100%	100%	100%	100%			100%	100%		

Estadísticamente significativo ($p \leq 0,05$).

Fuente: Auto test Cisneros de Acoso Escolar, Test de Bulimia de Edimburgo, y Test de Actitudes hacia la Alimentación aplicados a los estudiantes de 13 a 18 años de edad del colegio Pio Jaramillo Alvarado.

Elaboración: Autoría Propia.

Gráfico 1: *Relación entre Acoso Escolar con Bulimia y Anorexia*



Fuente: Auto test Cisneros de Acoso Escolar, Test de Bulimia de Edimburgo, y Test de Actitudes hacia la Alimentación aplicados a los estudiantes de 13 a 18 años de edad del colegio Pio Jaramillo Alvarado.

Elaboración: Autoría Propia.

Análisis e Interpretación

En cuanto a la relación entre acoso escolar y bulimia de los resultados más relevantes de dicha investigación se encontró que:

- El 24,8% de los participantes con un acoso escolar casi bajo presentan patrones alimentarios anormales
- El 55,6 % de los participantes presentan un nivel de acoso escolar medio y una posible bulimia nerviosa
- El 33,3 % de los participantes presentan un nivel de acoso escolar casi alto y un patrón de comportamiento muy alterado de bulimia
- El 11,1% de los participantes presenta un nivel de acoso escolar alto y un patrón de comportamiento muy alterado de bulimia

En cuanto a la relación entre acoso escolar y anorexia en la población estudiada, los resultados más relevantes se observa que:

- El 22,4% de los participantes presentan acoso escolar casi bajo y no presentan síntomas de anorexia.
- El 44,8% de los participantes presentan acoso escolar medio y una posible anorexia nerviosa
- El 27,6% de los participantes presentan acoso escolar casi alto y una posible anorexia nerviosa.
- El 10,3% de los participantes presentan acoso escolar alto y una posible anorexia nerviosa.

Para establecer la relación entre acoso escolar entre bulimia y anorexia se llevó acabo la prueba de correlación de Rho spearman mediante el Programa Estadístico Informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), los resultados obtenidos por medio del Auto test de Acoso Escolar de Cisneros, Test de Bulimia de Edimburgo, y Test de Actitudes hacia la Alimentación EAT-40. En cuanto a la relación entre acoso escolar y bulimia nerviosa se observa una correlación positiva

con un valor de significancia Rho (0,3054) y estadísticamente significativa ($p = 0,000$). En cuanto a la relación entre acoso escolar y anorexia nerviosa se observa una correlación positiva con un valor de significancia Rho (0,216) y estadísticamente significativa ($p = 0,004$). Lo cual indica que cuando aumenta el nivel de acoso escolar aumenta la presencia de bulimia y anorexia nerviosa.

DISCUSIÓN

El acoso escolar es un problema mundial que ha venido en aumento en los últimos años, en donde se evidencian violencia física, verbal, y psicológica, lo cual ocasiona efectos nocivos para la salud mental y la calidad de vida de la víctima (UNESCO, 2019). Ante este hecho las afecciones psicológicas producidas ya sean burlas por el peso o la forma del cuerpo durante la infancia se asocian con insatisfacción corporal, baja autoestima, depresión, desórdenes alimentarios, ansiedad y vergüenza (Sweetingham, 2015). Por lo cual, el objetivo de la presente investigación fue establecer la relación que existe entre el acoso escolar y los trastornos de bulimia y anorexia en los estudiantes de 13 a 18 años de la Unidad Educativa Pio Jaramillo Alvarado.

La presente investigación contó con 172 participantes en calidad de estudiantes de la Unidad Educativa Pio Jaramillo Alvarado, de edades comprendidas entre 13 y 18 años. En cuanto a los resultados obtenidos por medio del Test de Acoso Escolar de Cisneros se determinó que el 33,7 % de la muestra total presentan un acoso escolar medio, el 20,3 % de la muestra total sufren de acoso escolar casi alto y el 4,7 % de la muestra total sufren de acoso escolar alto, siendo el 58.7% de la muestra total de los participantes de esta investigación que manifiestan haber recibido acoso escolar. Estos resultados son congruentes con los encontrados y reportados por la UNICEF (2018) en Latinoamérica donde mencionan que entre el 50 al 70% de los estudiantes se han visto involucrados en algún tipo de acoso escolar, en lo que corresponde a Ecuador, se observa que 3 de cada 5 estudiantes sufren de acoso escolar en edades de 11 a 18 años. Además, estos resultados también se relacionan con los estudios realizados por Ramirez (2014) en una muestra de 1478 escolares de la ciudad de Murcia en donde se evidencia la presencia de acoso escolar en edades comprendidas entre 11 y 18 años de edad en donde el 8,7% son víctimas y 9,8 % son agresores, así también se contrasta con los estudios realizados por Prodocimo et al (2014) en Brasil en 17 escuelas

públicas en donde se detectó 850 implicados en acoso escolar, de los cuales el 27,9 % de víctimas, 16.26 % de victima-agresoras y el 18,84% de agresores, en edades comprendidas de 10 a 18 años de edad.

Por medio del Test de Bulimia de Edimburgo (BITE) se recolectaron los datos sobre la presencia de síntomas de bulimia en la muestra, en donde se evidenció que el 18,6 % de la muestra total presentan patrones alimentarios anormales, el 10,5 % de la muestra total presentan una posible bulimia nerviosa y el 5,2 % de la muestra total existe un patrón de comportamiento muy alterado, esto quiere decir que en total el 34.3% de la muestra presentan alguna sintomatología referente a la bulimia. Estos datos se encuentran en la misma línea de los resultados encontrados por Parra (2014) en su estudio transversal realizado con 650 adolescentes de entre 12 y 18 años, utilizando el mismo instrumento de recolección de datos, encontró que la presencia de posible bulimia nerviosa con un 36,5% y patrones de comportamiento muy alterado con 1,7%. Así también se relaciona con el estudio realizado por Triyanto et al (2017) con el test BITE que se aplicó a 319 estudiantes con edades de 12 a 18 años, en dónde evidenció que el 35,41% de los participantes presentaron patrones alimentarios anormales, el 9,09% una posible bulimia nerviosa y el 1.87% presentaron un patrón de comportamiento muy alterado hacia la comida.

Por otro lado, por medio del Test de Actitudes hacia la Alimentacion (EAT-40) se recolectaron los datos sobre la presencia de anorexia en la población y como resultados se obtuvo que el 83,1% de la muestra total no presentan síntomas de anorexia y el 16,9% de la muestra total presentan una posible anorexia nerviosa. Estos resultados son similares con los encontrados por Triyanto et al (2017) en un estudio realizado con el mismo test (EAT-40) en una población de 319 estudiante en un rango de edad de 12 a 18 años, donde se encontró que el 89,02% no presentan síntomas de anorexia y el 10,96% presentan una posible anorexia nerviosa. Además, en el estudio de Zapata et

al (2018) se evaluó a una población de 1056 estudiantes en edades comprendidas entre 13 y 17 años en donde se evidenció que el 83,9% no presentan síntomas de anorexia nerviosa y el 16,1% presentan una posible anorexia nerviosa, encontrando estos datos muy similares a los de la presente investigación.

En cuanto a la relación que existe entre el acoso escolar y trastornos de bulimia y anorexia, los resultados obtenidos en el presente estudio sugieren que de la muestra total, el 58,7% presenta acoso escolar de nivel medio, casi alto o alto y de los cuales el 26,7% presenta riesgo de una posible bulimia nerviosa, además del 28,7% presenta una posible anorexia nerviosa, estos datos se relacionan con el estudio realizado por Carmona et al (2015) en donde se buscaba la relación que existe entre el acoso escolar y los trastornos alimentarios (bulimia y anorexia) en una muestra de 952 estudiantes de los cuales 165 equivalente al 17,3% de la muestra habían recibido acoso escolar y presentaban riesgo de padecer bulimia y/o anorexia nerviosa.

En el presente estudio sugiere que el acoso escolar presenta una correlación positiva con los trastornos de bulimia y anorexia nerviosa en donde a mayor presencia de acoso escolar aumenta la presencia de bulimia y anorexia nerviosa estos resultados que van en la misma línea del estudio realizado por Carmona et al (2015) en los cuales han encontrado que las víctimas de acoso escolar son un colectivo especialmente vulnerable por lo cual tienen un riesgo mayor de presentar trastornos alimentarios como bulimia y anorexia nerviosa

En relación a los instrumentos utilizados para medir tanto el acoso escolar, como los trastornos de bulimia y anorexia, es importante mencionar que estos instrumentos tienen una gama amplia de factores de resultados de los cuales solo se eligió los necesarios para la investigación, un inconveniente que se observó en cuanto a los instrumentos fue el tiempo de duración de cada uno de ellos ya que contaban con múltiples preguntas lo cual ocasionaba cansancio en los estudiantes

al momento de realizarlos, así también el desconocimiento de algunos términos entre los estudiantes de menor edad, además de la apertura de las personas para hablar temas como acoso escolar y trastornos alimentarios ya que en ocasiones se evidenciaba que se cohibían al referirse tanto si eran acosados o si tenían algún problema con su alimentación, esto por medio a que existan represalias contra ellos, aunque esta parte fue explicada al inicio de la aplicación de los reactivos.

En cuanto a las fortalezas de esta investigación se puede mencionar que se utilizaron instrumentos como Test de Cisneros de Acoso Escolar, con una validez interna de 0,85 y externa de 0,86 (Oñate., 2011) este test se puede usar ampliamente en estudiantes adolescentes, consta de preguntas fáciles de entender y contestar, por estas características se puede aplicar tanto de manera individual como grupal. Así también, el Test de Bulimia de Edimburgo (BITE), es un instrumento que ha sido utilizado en varias investigaciones para la medición de bulimia, con una validez interna de 0,86 y externa de 0,56 (Barrantes Umaña et al., 2015) así también es fácil de entender, contestar y de calificar. El otro test utilizado es el Test de Actitudes hacia la Alimentación (EAT-40), con una validez interna de 0,85 y externa de 0,86 (Garner, 2013) el mismo que presenta varias características para discriminar entre individuos que presenten o no una posible anorexia nerviosa, es fácil de entender y contestar.

Finalmente, se podría decir que la presente investigación aporta de manera relevante información sobre acoso escolar y trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes ecuatorianos, por lo cual se recomienda para futuras investigaciones ampliar este tipo de estudios a otras instituciones educativas, ciudades y provincias, así también profundizar en la temática para realizar comparaciones por género, nivel socioeconómico, núcleo familiar, y otros factores que no se han considerado en la presente investigación. Además, al confirmar que existe presencia de la problemática estudiada en la población adolescente se debe considerar que las instituciones

educativas, las familias y la sociedad creen conciencia sobre las graves consecuencias y establezcan guías de acción con el fin de prevenir que el acoso escolar se desarrolle y por ende que los trastornos de conducta alimentaria se manifiesten debido a esta causa.

7. CONCLUSIONES

Una vez finalizado el trabajo investigativo y tomando como referente los objetivos planteados para la presente investigación, se concluye que:

- En los estudiantes de la Unidad Educativa Pio Jaramillo Alvarado se observa la presencia de acoso escolar, en donde el nivel más elevado de acoso es el nivel medio.
- En relación a la bulimia nerviosa en la población estudiada se evidencia que existe la presencia de patrones alimentarios anormales y la presencia de posible bulimia nerviosa
- En relación a la anorexia nerviosa en la población investigada existen pocos casos
- En cuanto a la relación que se presenta entre el acoso escolar y los trastornos de bulimia y anorexia se evidencia una relación positiva que nos indica que cuando aumenta el acoso escolar aumenta la presencia de bulimia y anorexia nerviosa

9. RECOMENDACIONES

- Realizar un taller informativo dirigido a los estudiantes de la Unidad Educativa Pio Jaramillo Alvarado acerca de las formas de identificar a tiempo y prevenir el acoso escolar en ámbitos educativos, como también conocer los signos de alerta en el desarrollo de trastornos alimenticios como bulimia y anorexia.
- Desarrollar futuras investigaciones dentro de la Universidad Nacional de Loja sobre los tipos de acoso escolar, los factores que incitan a su aparición y si los mismos son los que potencian la aparición de trastornos alimentarios.
- Desarrollar futuras investigaciones dentro de la Universidad Nacional de Loja sobre cómo el cyberbullying puede influir a la aparición de trastornos alimentarios en la población adolescente, además de los diferentes factores que incentivan a la aparición de trastornos alimentarios.

10. BIBLIOGRAFIA

- Acevedo, J., Cuellar, K., Acero, Á., Ramírez, L., Carrillo, T., Verdugo, L., Lavilla, S., & Santos, M. (2020). El lado oculto del bullying : los espectadores. Retos del trabajo social. *Comunitania. Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 19, 9. <https://doi.org/10.5944/comunitania.19.1>
- Acosta, P., & Cisneros, J. (2019). El Fantasma del Acoso Escolar en las Unidades Educativas. *Revista CienciAmérica*, 8(1), 74. <https://doi.org/10.33210/ca.v8i1.207>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Vol. 5 edición*. American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Association, A. psychiatric. (2013). American psychiatric association. In *Archives of Neurology And Psychiatry* (Vol. 9, Issue 5). <https://doi.org/10.1001/archneurpsyc.1923.02190230091015>
- Barrantes Umaña, B., Bolaños Bolaños, M., Collins Palmer, E., Ferreto Mena, D., & García Castro, J. (2015). Propiedades psicométricas del Test de Bulimia de Edimburgo (BITE) en adolescentes escolarizadas(os) de Palmares. *Pensamiento Actual*, 15(25), 27–38.
- Bermeo, M. (2015). *UNIVERSIDAD DEL AZUAY Autor* [Universidad del Azuay]. <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/54/1/08495.pdf>
- Bisquerra, R., Colau, C., Colau, P., Collell, J., Escudé, C., Pérez-Escoda, N., Avilés, J.-M., & Ortega, R. (2014). Prevención del acoso escolar con educación emocional. *Desclée*. <https://www.edesclée.com/img/cms/pdfs/9788433026927.pdf>

- Calderón, E., Durán, M., Delgado, M., & Amador, L. (2014). El acoso escolar como negación de alteridad. *Plumilla Educativa*, 13(1), 327–349.
<https://doi.org/10.30554/plumillaedu.13.414.2014>
- Cañas, E. (2017). Acoso escolar : características , factores de riesgo y consecuencias Bullying : characteristics , risk factors and consequences. *Revista Doctorado UMH*, 3(1), 11.
- Cano, M., & Vargas, J. (2018). Actores del acoso escolar. *Revista Médica de Risaralda*, 24(1), 60. <https://doi.org/10.22517/25395203.14221>
- Carmona-Torres, J. A., Cangas, A. J., Langer, Á. I., Aguilar-Parra, J. M., & Gallego, J. (2015). ACOSO escolar y su relación con el consumo de drogas y trastornos alimentarios: comparación entre adolescentes de Chile y España. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 23(3), 507–527.
- Carozo, J. C. (2015). Los espectadores y el código del silencio. *Revista Espiga*, 14(29), 1–8.
<https://doi.org/10.22458/re.v14i29.948>
- Castro, S., & Castro, J. (2016). Impulsividad y búsqueda de sensaciones: factores asociados a síntomas de anorexia y bulimia nerviosas en estudiantes de secundaria. *Escritos de Psicología / Psychological Writings*, 9(2), 22–30.
<https://doi.org/10.5231/psy.writ.2016.2706>
- Cauich, J., Chacón, E., Cortés, R., & Mérida, Y. (2018). *Factores Asociados Al Acoso Escolar En Un Centro De Educación Superior De La Ciudad De Mérida*.
https://www.researchgate.net/profile/Julio_Vega_Cauich/publication/327634423_Factores_Asociados_al_Acoso_Escolar_en_un_Centro_de_Educacion_Superior_de_la_ciudad_de_Merida/links/5b9ad3f4a6fdccd3cb527213/Factores-Asociados-al-Acoso-Escolar-en-un-

Centro-de-E

Chaulet, S., Riquin, É., Avarello, G., Malka, J., & Duverger, P. (2015). Trastornos de conducta alimentaria en el adolescente. *EMC - Pediatría*, 50(3), 1–25. [https://doi.org/10.1016/S1245-1789\(15\)72932-X](https://doi.org/10.1016/S1245-1789(15)72932-X)

Cuenca, P., & Morata, M. (2015). Mecanismos De Control De Hambre-Saciedad Y Sus

Diferencias Entre Anorexia Nerviosa Y Bulimia Nerviosa. *Trastornos de La Conducta Alimentaria*, 21, 2237–2259.

http://www.tcasevilla.com/archivos/mecanismos_de_control_del_hambre_y_la_saciedad.pdf

D. Garner, P. E. G. (2013). *Actitudes hacia la Alimentación (Eating Attitudes Test, EAT-40)*. 1979, 200–201.

Diaz, F., Freato, R., Yanaga, E., Hallevy, G., Minelle, F., امير،دانا،معصومه،شجاعى،پونه،مختارى،
Contini, F., Smith, P. K., Mallia, A. K., Hermanson, G. T., Daim, T. U., Chan, L., Estep, J.,
Pigues, D. K., Alderman, J., Galton, P. M., Briefs, S., Elec, I. N., Al, T., ... Schaller, A.
(2017). *PREVALENCIA Y CAUSAS DE ANOREXIA Y BULIMIA EN ADOLESCENTES DE LAS UNIDADES EDUCATIVAS “IBARRA” Y “RUMIPAMBA” DEL CANTÓN SAN MIGUEL DE IBARRA 2016* (Issue 3). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Dilena, A., Botina, M., Margarita, P., & Bastidas, B. E. (2017). *Revisi ' on de Tema on : Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa Eating disorders : Anorexia nervosa and bulimia nervosa*. 9(1), 9–19.

Duque, E., & Teixido, J. (2016). Multidisciplinary Journal of Educational Research. *Hipatia Press*, 6(2). <https://doi.org/10.17583/remie.2016.2108>

- Enríquez, M., & Garzón, F. (2016). El Acoso Escolar. *Saber, Ciencia y Libertad*, 10(1), 219–233.
- Fajardo, E., Méndez, C., & Jauregui, A. (2017). Prevalencia del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en una población de estudiantes de secundaria, Bogotá - Colombia. *Revista Med*, 25(1), 46–57. <https://doi.org/10.18359/rmed.2917>
- Fernández, A., & Jáuregui, I. (2016). Variables psicológicas y psicopatológicas asociadas a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). In *Journal of Negative and No Positive Results: JONNPR* (Vol. 1, Issue 2). <https://doi.org/10.19230/jonnpr.2016.1.2.1011>
- Fernández, M. (2016). Neurociencia. *Revista Mexicana de Neurociencia*, March, 117.
- González, M., Tutores, P., Medina, P. G., Concepción, M., & Ramos, C. (2016). *Anorexia Y Bulimia: Personalidad Y Trastornos De La Conducta Alimentaria*.
- Hartwich, P., & Northoff, G. (2018). Anorexia and Bulimia 16. In *Neuropsychodynamic Psychiatry* (Vol. 11, pp. 335–350). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-75112-2_16
- Hernández, R. M., & Saravia, M. Y. (2016). Generalidades del acoso escolar: Una revisión de conceptos Ronald. *Revista de Investigación Apuntes Psicológicos*, 1(1), 30–40.
- Herrera, M., Romera, E., & Ortega, R. (2018). Bullying Y Cyberbullying En Latinoamérica. *Revista Mexicana de Investigación Educativa RMIE*, 23(76)(14056666), 125–155.
- Horsori, E. (2016). *evaluar e intervenir en bullying* . Fuensanta Cerezo (Coordinadora). 7.
- Jimenez, V. S. (2019). Prevención de la violencia interpersonal en la infancia y la adolescencia. In *Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.)*.
- Lee, K. S., & Vaillancourt, T. (2018). Longitudinal Associations Among Bullying by Peers,

- Disordered Eating Behavior, and Symptoms of Depression During Adolescence. *JAMA Psychiatry*, 75(6), 605. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0284>
- Lladó, G., González-Soltero, R., & Blanco, M. J. (2017). Anorexia y bulimia nerviosas: Difusión virtual de la enfermedad como estilo de vida. *Nutricion Hospitalaria*, 34(3), 693–701. <https://doi.org/10.20960/nh.469>
- López, C. C., Raimann, T. X., & Gaete P., M. V. (2015). Prevención de los trastornos de conducta alimentaria en la era de la obesidad: rol del clínico. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 24–33. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2014.12.003>
- López, Caro, & Treasure, J. (2015). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(11\)70396-0](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(11)70396-0)
- López, Carolina, & Treasure, J. (2015). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85–97. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(11\)70396-0](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(11)70396-0)
- López, M. (2016). Trastornos de la conducta alimentaria. Bulimia y anorexia. Estudio preliminar. *Letra En Psicoanálisis*, 2(2), 10. <http://www.cies-revistas.mx/index.php/Psicoanalisis/article/view/55>
- Losada, A. V. (2014). *Consentimiento Informado*. *March*, 167.
- Mandich, C., Castrillón, D., Aylwin, J., Astudillo, B., Meza, A., Mandich, C. C., Castrillón, F. D., Navarro, J. A., Troncoso, A. G., & Astudillo, R. B. (2014). Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios Mexican Journal of Eating Disorders Speeches in anorexia and bulimia nervosa : a qualitative study about the disorder experiencing Discursos en anorexia

y bulimia nerviosa : un estudio cualitativo acerca del viv. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios Mexican*, 5(October), 79.

http://www.esritosdepsicologia.es/descargas/revistas/vol9num2/vol9num2_3.pdf

Modecki, K. L., Minchin, J., Harbaugh, A. G., Guerra, N. G., & Runions, K. C. (2014). Bullying prevalence across contexts: A meta-analysis measuring cyber and traditional bullying.

Journal of Adolescent Health, 55(5), 602–611.

<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.06.007>

Monroy, V. (2015). *Relación del acoso escolar y obesidad en estudiantes de nivel secundaria*.

Murguía M, Unikel S, Grynberg C, Taracena B, E. B. (2015). Anorexia nervosa: The body and commands from the social-superego. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(2), 923–935. <https://doi.org/10.11600/1692715x.13226100614>

Musalem, R., & Castro, P. (2015). QUÉ SE SABE DE BULLYING. *Revista Clínica Las Condes*, 26(1), 14–23. <https://doi.org/doi.org/10.1016/j.rmclc.2014.12.002>

Nelson, D. A., Burner, K. C., Coyne, S. M., Hart, C. H., & Robinson, C. C. (2016). Correlates of sociometric status in Russian preschoolers: Aggression, victimization, and sociability.

Personality and Individual Differences, 94, 332–336.

<https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.01.054>

Ochoa, N., Ramos, E., Gómez, A., & Munguía, E. (2015). *Rev Esp Méd Quir Volumen 18, Núm. 1, enero-marzo*. 51–55.

Oficina de Tutoría y Prevención Integral, O. (2015). *Prevención Del Acoso Escolar*.

Oñate., I. P. y A. (2011). *Auto Test Cisneros de Acoso Escolar*.

- Organizacion Mundial de la Salud. (2011). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (Issue 554).
- Parra, G. (2014). Manifestaciones clínicas de la anorexia y bulimia en cavidad bucal. *Rev. Vernez*, 3(1), 75–90.
- Penalva, A. (2018). PERFILES DE LA VIOLENCIA ESCOLAR. Víctima, agresor y espectadores. *III Congreso Internacional Virtual Sobre La Educación En El Siglo XXI, marzo*, 60–69. <https://www.eumed.net/actas/18/educacion/4-perfiles-de-la-violencia-escolar.pdf>
- Peralta, A. G. (2019). *Bullying Fenómeno que afecta a niños y Adolescentes*.
<http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/873>
- Prodocimo, E., Cerezo, F., & Areense, J. (2014). Acoso Escolar : Variables Sociofamiliares Como. *Psicologia Conductual*, 22, 345–359.
- Ramirez, F. (2014). Sociedad española de pedagogía. *SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PEDAGOGIA*, 66(2). <https://doi.org/10.13042/Bordon.2014.66202>
- Ruiz, P. (2015). *La Prevención De Los Trastornos De La Conducta Alimentaria (Anorexia)*.
October, 1–460.
- Santiago, R., Sanz, B., Lopez, J., Dámaso, Á., & García, I. (2016). Salud y cuidados durante el desarrollo. In *Salud y Cuidado durante el desarrollo* (Vol. 1).
https://www.formacionasunivep.com/Vciise/files/libros/LIBRO_5.pdf#page=329
- Solano, N., De La Peña, C., Solbes, I., & Bernabéu, E. (2018). Neuropsychological profiles in anorexia and bulimia nervosa. *Revista de Neurologia*, 67(9), 355–364.

<https://doi.org/10.33588/rn.6709.2018012>

Sweetingham, R. (2015). *Las experiencias de la infancia de ser acosado y Teased en los trastornos de la alimentación*. 407, 401–407.

Triyanto, J., Janjua, P. Z., Samad, G., Khan, N., Ishaq, M., Rumiati, A. T., Permatasari, E. O., Bakkellund, J., Karlsen, R., Bjørke, Ø., Suryakumar, S., Karunakaran, K. P., Bernard, A., Chandrasekhar, U., Raghavender, N., Sharma, D., Çelik, A., Yaman, H., Turan, S., ... Tohirin, M. (2017). Eat 40 y Bite. *Jurnal Sains Dan Seni ITS*, 6(1), 51–66.

<https://doi.org/10.12962/j23373520.v6i1.22451>

Urteaga Castro-Pozo, M. (2019). Adolescencia y juventud: reposicionamientos teóricos.

Investigaciones Sociales, 22(40), 59–72. <https://doi.org/10.15381/is.v22i40.15883>

Vázquez, C. C. R., Vega Y León, S., Tolentino, R. G., Cervera, S. B., Meléndez, J. A. B., & Núñez, S. C. (2015). Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y su asociación con ansiedad y estado nutricional en adolescentes de escuelas secundarias técnicas del Distrito Federal, México. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 21(1), 15–21.

<https://doi.org/10.14642/RENC.2015.21.1.5037>

Zapata F, D., Granfeldt M, G., Muñoz R, S., Celis B, M., Vicente P, B., Saez C, K., Peterman R, F., Gaete R, D., Leonario R, M., & Mosso C, C. (2018). Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes chilenos de diferentes tipos de establecimientos educacionales. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 68(3), 217–222. <https://search-proquest-com.vpn.ucacue.edu.ec/docview/2177895112?accountid=61870>

Zych, I., Farrington, D. P., & Ttofi, M. M. (2019). Protective factors against bullying and cyberbullying: A systematic review of meta-analyses. *Aggression and Violent Behavior*, 45,

4–19. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.06.008>

8. ANEXOS

Anexo 1: Aprobación del proyecto de tesis



**UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Oficio Nr 453. CPSCL- FSH-UNL
Loja, 20 de agosto de 2019

Señor
Carlos Fabián Loaiza Briceño
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
Ciudad.

De mi consideración:

De conformidad al informe de Pertinencia de la Estructura y Coherencia del Proyecto de Tesis presentado mediante comunicación oficio N.453 de fecha 20 de agosto de 2019 por parte del Psi. Cl. Doménica Burneo Álvarez, Docente de la Carrera de Psicología Clínica, respecto de su Proyecto de Tesis, me permito hacer de su conocimiento que su Proyecto de Tema: es pertinente, sin embargo sugiere tomar en cuenta aspectos que a continuación se detallan:

-Mantener las variables establecidas pero corregir el tema de la siguiente manera:

EL Acoso Escolar y su Relación con eL Trastornos de Bulimia y de Anorexia en los Estudiantes de 13 a 18 años de la Unidad Educativa Marieta de Veintimilla, Loja, periodo 2019

- En todo el documento se sugirió mejor redacción.
- En todo el documento se sugirió tomar como referencia el formato APA 209.
- En la pregunta de investigación se sugirió correcciones.
- Se sugirió limitarse a 3 objetivos específicos que son suficientes para contestar pregunta de investigación.
- Marco teórico se sugirió incluir información sobre las variables de acoso escolar que va hacer referencia en su trabajo.
- En metodología se sugirió incluir información sobre el consentimiento informado.
- En metodología se sugirió detallar las etapas del procedimiento.



**UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

- En los anexos se sugirió adjuntar todo los documentos necesarios: consentimiento informado, instrumentos de mediación, oficios aprobación del tema y oficios de autorización de instituciones donde se va a realizar la investigación.

Particular que pongo en su conocimiento para los fines pertinentes.

Atentamente.

A. P. A.

Dra. Ana Puertas Azanza Mg. Sc

GESTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Copia: CARPETA DEL ESTUDIANTE

archivo

Anexo 2: Cambio de tema del proyecto de tesis.



**UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA**

**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
Carrera de Psicología Clínica**

Oficio. No 759-19-C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 05 diciembre 2019

Señor.

Carlos Fabián Loaiza Briceño

EGRESADO DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA UNL
Ciudad.-

De mi consideración:

Por medio del presente; y, dando cumplimiento en lo dispuesto en el "Capítulo II Del Proyecto De Tesis, Artículos 133 y 134 del reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 07 de enero de 2009", de acuerdo al pedido de anulación del tema, solicitado por usted en petición de fecha 27 de enero de 2020; me permito comunicarle que su tema aprobado mediante OF. N562-CPCL-FSH-UNL, de 09 de octubre de 2019, **EL ACOSO ESCOLAR Y SRELACIÓN CON LOS TRASTORNOS BULIMIA Y ANOREXIA EN LOS ESTUDIANTES DE 13 A 18 AÑOS DE UNIDAD EDUCATIVA MARIETA DE VENTIMILLA, LOJA 2019** **Me permito informarle que el mencionado tema queda anulado.**

Asimismo, se aprueba el nuevo tema de fecha 05 de diciembre de 2019 mediante OF. N759-CPCL-FSH-UNL "EL ACOSO ESCOLAR Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS DE BULIMIA Y ANOREXIA EN LOS ESTUDIANTES DE 13-18 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA PIO JARAMILLO ALVARADO, LOJA Período 2019, por lo que debe continuar con el trámite respectivo, debiendo solicitar la PERTINENCIA en su estructura y coherencia del mencionado proyecto.

Particular que hago de su conocimiento para los fines consiguientes.

Atentamente,

C.P.C.

Dra. Ana Puertas Azanza, Mg.Sc.

GESTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DE LA UNL /archivo- María.A.M

[Handwritten signature]

06-12-2019
15:08

Anexo 3: Solicitud para la aplicación de reactivos en la institución.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA



Loja, 05 de diciembre del 2019

Dr. William Espinoza

RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA PIO JARAMILLO ALVARADO

Ciudad.

De mi consideración

Yo, **Carlos Fabián Loaiza Briceño** con número de cédula **1106025297**, egresado de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja, me dirijo a usted para expresarle un cordial y afectuoso saludo.

Por medio del presente me dirijo a su autoridad para pedirle muy comedidamente se me permita realizar una investigación para la realización de mi tesis con el tema titulado **“El Acoso Escolar y su Relación con los Trastornos de Bulimia y Anorexia en los Estudiantes de 13 a 18 años de la Unidad Educativa Pio Jaramillo Alvarado, Loja. Periodo 2019”**, el cual lo llevaría a cabo a disposición de la institución en horario vespertino, con un previo consentimiento por parte de los representantes para la aplicación de test psicológicos.

Esperando contar con su oportuna autorización, anticipo mi gratitud y estima.

Atentamente:


Carlos Fabián Loaiza Briceño
C.I: 1106025297

W. Espinoza
Se esmerará en facilitar
favor de las facilidades.
W



Anexo 4: Cronograma de actividades de aplicación de reactivos.

**CRONOGRAMA DE APLICACION DE REACTIVOS
UNIDAD EDUCATIVA PIO JARAMILLO ALVARADO**

FECHA	HORA	ACTIVIDAD	CURSO
06/01	13:00 pm a 18:00 pm	Entrega de consentimiento informado	8° a 3° Bachillerato
07/01	13:00 pm a 15:00 pm	Retiro de consentimiento y Aplicación de Test.	8° a 10°
07/01	15:00 pm a 17:40 pm	Retiro de consentimiento y Aplicación de Test	1° a 3° de Bachillerato

OCTAVOS A DECIMOS CURSOS

Fecha	Hora	CURSOS	ACTIVIDAD
07/01	13 pm a 13:20 pm	8° A	Retiro de consentimiento y Aplicación de Test
	13:20 pm a 13:40 pm	8° B	Retiro de consentimiento y Aplicación de Test

Fecha	Hora	CURSOS	ACTIVIDAD
07/01	13:40 pm a 14:00 pm	9° A	Retiro de consentimiento y Aplicación de Test
	14:00 pm a 14:20 pm	9° B	Retiro de consentimiento y Aplicación de Test

Fecha	Hora	CURSOS	ACTIVIDAD
07/01	14:20 pm a 14:40 pm	10° A	Retiro de consentimiento y Aplicación de Test
	14:40 pm a 15:00 pm	10° B	Retiro de consentimiento y Aplicación de Test

PRIMERO A TERCEROS DE BACHILLERATO

Fecha	Hora	CURSOS	ACTIVIDAD
07/01	15:00 pm a 15:20 pm	1° Bachillerato A	Retiro de consentimiento y Aplicación de Test
	15:20 pm a 15:40 pm	1° Bachillerato B	Retiro de consentimiento y Aplicación de Test
	15:40 pm a 16:00 pm	1° Bachillerato C	Retiro de consentimiento y Aplicación de Test

Fecha	Hora	CURSOS	ACTIVIDAD
07/01	16:00 pm a 16:20 pm	2° de Bachillerato A	Retiro de consentimiento y Aplicación de Test
	16:20 pm a 16:40 pm	2° de Bachillerato B	Retiro de consentimiento y Aplicación de Test
	16:40 pm a 17:00 pm	2° de Bachillerato C	Retiro de consentimiento y Aplicación de Test

Fecha	Hora	CURSOS	ACTIVIDAD
07/01	17:00 pm a 17:20 pm	3° de Bachillerato A	Retiro de consentimiento y Aplicación de Test
	17:20 pm a 17:40 pm	3° de Bachillerato B	Retiro de consentimiento y Aplicación de Test

Anexo 5: Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr(a) Representante reciban un cordial saludo, yo soy Carlos Fabián Loaiza Briceño, egresado de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja, y estoy realizando mi investigando de tesis sobre la relación entre el Acoso Escolar y los trastornos de Bulimia y Anorexia en adolescentes. Por medio de la presente quiero extenderles mi cordial invitación a ustedes para que sus hijos formen parte de esta investigación. Al ser un problema de real preocupación en los jóvenes, la participación de sus hijos será de gran relevancia porque permitirá conocer el estado actual de esta problemática en el medio y aportará al desarrollo de programas de prevención que beneficiará a la sociedad.

A continuación, le expongo información sobre el tema:

El acoso escolar es cualquier forma de maltrato psicológico, verbal o físico producido entre estudiantes de forma reiterada a lo largo de un tiempo determinado.

Los Trastornos Alimentarios además de tener un impacto negativo en la salud del individuo y la calidad de vida, estos también afectan a la autoimagen, las relaciones con familiares y amigos, y el rendimiento en la escuela o en el trabajo.

La bulimia incluye los temores de tener exceso de peso. Pero también incluye períodos ocultos de comer en exceso (atracones), que pueden ocurrir varias veces a la semana o incluso varias veces al día. Mientras comen en exceso, las personas pueden sentirse completamente fuera de control.

En la anorexia normalmente, esto implica un miedo extremo de ganar peso o un temor a engordar. A pesar de que las personas pueden ser muy delgadas o incluso peligrosamente bajo peso, se ven a sí mismos como "gordos".

Expuesto la anterior, la decisión que tome sobre la participación de su hijo/a en este estudio es completamente voluntaria. Si su decisión es no consentir que participe no habría repercusiones de ningún motivo por parte de la institución o del investigador.

Duración La investigación durará aproximadamente 1 hora que se realizará cuando la institución disponga, durante este tiempo se dará dos cuestionarios para que sean realizados por el estudiante.

Confidencialidad La información que se recolectará para esta investigación se mantendrá en el anonimato y será confidencial, la información será recolectada por el investigador será para el uso exclusivo de dicha investigación.

DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO

Yo, _____ con numero de cedula
_____, Representante del menor, de edad _____
manifiesto:

- 1) Mi aceptación del proceso de indagación y recolección de datos de mi representado para aportar a su investigación antes mencionada.

- 2) Que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto su contenido y accedo a lo anteriormente mencionado.

FIRMA

FECHA

Anexo 6: Cuestionarios.

CUESTIONARIO CISNEROS DE ACOSO ESCOLAR

EDAD _____ **SEXO** _____ **CURSO** _____ **SECCION** _____ **FECHA** _____

NOTA: *Responda los cuestionarios sinceramente ya que son de manera anónima no se revelarán datos de ningún tipo.*

Instrucciones. - Por favor, lee cuidadosamente las instrucciones antes de contestar. A continuación, presentamos una serie de situaciones que se presentan en el colegio, los cuales deberás de **contestar de manera sincera.**

NUNCA: Cuando tu respuesta no se da en ningún caso.

POCAS VECES: Cuando tu respuesta se da de vez en cuando.

MUCHAS VECES: Cuando tu respuesta se da siempre.

Señala con qué frecuencia se producen estos acontecimientos en tu colegio	NUNCA	POCAS VECES	MUCHAS VECES
1 No me hablan.	N	PV	MV
2 Me ignoran, me hacen la ley del hielo.	N	PV	MV
3 Me ponen en ridículo ante los demás.	N	PV	MV
4 No me dejan hablar.	N	PV	MV
5 No me dejan jugar con ellos.	N	PV	MV
6 Me llaman por apodos.	N	PV	MV
7 Me amenazan para que haga las cosas que no quiero.	N	PV	MV
8 Me obligan hacer las cosas que está mal.	N	PV	MV
9 Me tienen colera (rabia).	N	PV	MV
10 No me dejan que participe en actividades grupales, me excluyen.	N	PV	MV
11 Me obligan hacer cosas peligrosas para mí.	N	PV	MV
12 Me obligan hacer cosas que me hacen sentir mal.	N	PV	MV
13 Me obligan a darles mis cosas o dinero.	N	PV	MV
14 Rompen mis cosas a propósito.	N	PV	MV
15 Me esconden mis cosas.	N	PV	MV
16 Roban mis cosas.	N	PV	MV
17 Les dicen a los demás que no estén conmigo o que no me hablen.	N	PV	MV
18 Les dicen a los demás que no jueguen conmigo.	N	PV	MV
19 Me insultan.	N	PV	MV

20	Hacen gestos de desprecio o de burla hacia mí.	N	PV	MV
21	No me dejan que hable o me relacione con los demás.	N	PV	MV
22	Me impiden que participe en los juegos.	N	PV	MV
23	Me tiran puñetes, patadas o empujones.	N	PV	MV
24	Me gritan.	N	PV	MV
25	Me acusan de cosas que no he dicho o hecho.	N	PV	MV
26	Me critican por todo lo que hago.	N	PV	MV
27	Se ríen de mí cuando me equivoco.	N	PV	MV
28	Me amenazan con pegarme.	N	PV	MV
29	Me lanzan objetos o cosas.	N	PV	MV
30	Cambian el significado de lo que yo digo.	N	PV	MV
31	Se meten conmigo para hacerme llorar.	N	PV	MV
32	Me imitan para burlarse de mí.	N	PV	MV
33	Se meten conmigo por mi forma de ser.	N	PV	MV
34	Se meten conmigo por mi forma de hablar.	N	PV	MV
35	Se meten conmigo por no ser como ellos.	N	PV	MV
36	Se burlan de mi apariencia física	N	PV	MV
37	Van contando mentiras sobre mí.	N	PV	MV
38	Mis compañeros hacen o dicen cosas para que les caiga mal a los demás.	N	PV	MV
39	Me amenazan.	N	PV	MV
40	Me esperan a la salida para molestarme.	N	PV	MV
41	Me hacen gestos para darme miedo.	N	PV	MV
42	Me envían mensajes para amenazarme.	N	PV	MV
43	Me empujan para asustarme.	N	PV	MV
44	Se portan cruelmente conmigo.	N	PV	MV
45	Intentan que me castiguen los profes.	N	PV	MV
46	Me desprecian sin motivo alguno.	N	PV	MV
47	Me amenazan con armas (navajas, pistolas, cuchillos)	N	PV	MV
48	Me amenazan con dañar a mi familia.	N	PV	MV
49	Intentar perjudicarme en todo.	N	PV	MV
50	Me odian sin razón.	N	PV	MV

TEST DE EDIMBURGO PARA BULIMIA

1 ¿Tiene usted costumbres regulares en su alimentación diaria?	SI	NO
2 ¿Sigue habitualmente dietas de forma estricta?	SI	NO
3 ¿Considera un fracaso romper su dieta alguna vez?	SI	NO
4 ¿Cuenta las calorías de todo lo que come, incluso cuando no está a régimen?	SI	NO
5 ¿Ha ayunado alguna vez durante un día completo?	SI	NO
6 Si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia?	Días alternos (5)	
	2-3 veces por semana (4)	
	Un día a la semana (3)	
	Alguna vez (2)	
	Una vez (1)	

7. ¿Utiliza alguno de los siguientes métodos para perder peso?

	Nunca	Raramente	1 vez/ semana	2-3 veces / semana	Diariamente	2-3 Veces/día	5 veces/ día
Pastillas para adelgazar	0	2	3	4	5	6	7
Diuréticos	0	2	3	4	5	6	7
Laxantes	0	2	3	4	5	6	7
Provocar el vomito	0	2	3	4	5	6	7

8. ¿Se ve su vida diaria gravemente afectada por su forma de comer?	Si	No
9. ¿Cree usted que la comida «domina» su vida?	Si	No
10. ¿Le ha ocurrido alguna vez «comer y comer» hasta que las molestias físicas le obligan a parar?	Si	No
11. ¿Existen momentos en los cuales «sólo» puede pensar en comida?	Si	No
12. ¿Come delante de los demás racionalmente y se excede en privado?	Si	No
13. ¿Puede parar de comer siempre que se lo propone?	Si	No
14. ¿Ha experimentado alguna vez deseos imperiosos de «comer, comer y comer»?	Si	No
15. ¿Cuándo se siente ansioso/a tiene tendencia a comer demasiado?	Si	No
16. ¿La idea de engordar le aterroriza?	Si	No
17. ¿Alguna vez ha comido grandes cantidades de alimento, rápidamente? (fuera de horas)	Si	No
18. ¿Se siente avergonzado/a por sus hábitos alimentarios?	Si	No

- | | | |
|---|--|-----------|
| 19. ¿Le preocupa no tener control sobre «cuánto» come? | Si | No |
| 20. ¿Se refugia en la comida para sentirse bien? | Si | No |
| 21. ¿Es usted capaz de dejar comida en el plato al final de una comida? | Si | No |
| 22. ¿Engaña a los demás acerca de la cantidad que come? | Si | No |
| 23. ¿Se corresponde la sensación de hambre que usted tiene, con lo que come? | Si | No |
| 24. ¿Se da alguna vez «atracones» de grandes cantidades de comida? | Si | No |
| 25. Si es así, cuando termina de «atracarse», ¿se siente usted «miserable»? | Si | No |
| 26. ¿Se da usted «atracones» únicamente cuando está solo/a? | Si | No |
| 27. ¿Con qué frecuencia ocurren estos «atracones»? | Raramente
(1)

Una vez al mes (2)

Una vez a la semana (3)

2-3 veces a la semana (4)

Diariamente (5) 2-3 veces al día (6) | |
| 28. ¿Se desplazaría grandes distancias para satisfacer la necesidad urgente del «atración»? | Si | No |
| 29. Después de comer mucho, ¿se siente muy culpable? | Si | No |
| 30. ¿Come alguna vez en secreto? | Si | No |
| 31. ¿Cree usted que sus hábitos alimentarios pueden considerarse normales? | Si | No |
| 32. ¿Se considera a sí mismo un comedor/a «compulsivo/a» (no puede evitarlo)? | Si | No |
| 33. ¿Varía su peso más de 2 kg a la semana? | Si | No |

TEST EAT 40 PARA ANOREXIA

Lea detenidamente cada pregunta y seleccione la respuesta que considere. N, nunca; CN, casi nunca; AV, algunas veces; BV, bastantes veces; CS, casi siempre; S, siempre.

N CN AV BV CS S

- 1 Me gusta comer con otras personas
- 2 Preparo comidas para otros, pero yo no me las como
- 3 Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas
- 4 Me da mucho miedo pesar demasiado
- 5 Procuo no comer, aunque tenga hambre
- 6 Me preocupo mucho por la comida
- 7 A veces me he «atracado» de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer
- 8 Corto mis alimentos en trozos pequeños
- 9 Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como
- 10 Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono p. ej., pan, arroz, patatas, etc.)
- 11 Me siento lleno/a después de las comidas
- 12 Noto que los demás preferirían que yo comiese más
- 13 Vomito después de haber comido
- 14 Me siento muy culpable después de comer
- 15 Me preocupa el deseo de estar más delgado/a
- 16 Hago mucho ejercicio para quemar calorías
- 17 Me peso varias veces al día
- 18 Me gusta que la ropa me quede ajustada
- 19 Disfruto comiendo carne
- 20 Me levanto pronto por las mañanas
- 21 Cada día como los mismos alimentos
- 22 Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio
- 23 Tengo la menstruación regular
- 24 Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a
- 25 Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo
- 26 Tardo en comer más que las otras personas

- 27 Disfruto comiendo en restaurantes
- 28 Tomo laxantes (purgantes)
- 29 Procuro no comer alimentos con azúcar
- 30 Como alimentos de régimen
- 31 Siento que los alimentos controlan mi vida
- 32 Me controlo en las comidas
- 33 Noto que los demás me presionan para que coma
- 34 Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida
- 35 Tengo estreñimiento
- 36 Me siento incómodo/a después de comer dulces
- 37 Me comprometo a hacer régimen
- 38 Me gusta sentir el estómago vacío
- 39 Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas
- 40 Tengo ganas de vomitar después de las comidas

Anexo 7: Memoria Gráfica.



Aplicación de Reactivos a los Estudiantes de la Unidad Educativa Pio Jaramillo Alvarado



Aplicación de Reactivos a los Estudiantes de la Unidad Educativa Pio Jaramillo Alvarado



Aplicación de Reactivos a los Estudiantes de la
Unidad Educativa Pio Jaramillo Alvarado

Anexo 8: Certificado de Traducción.



Lic. Rafael Silva
DOCENTE DE FLUENCY LANGUAGE CENTER

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de la tesis titulada: **El Acoso Escolar y su Relación con los Trastornos de Bulimia y Anorexia en los Estudiantes de 13 a 18 Años de la Unidad Educativa Pio Jaramillo Alvarado, Loja. Periodo 2019** de la autoría de Carlos Fabián Loaiza Briceño con número de cédula 1106025297, estudiante de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo al interesado hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 04 de septiembre de 2020.

Lic. Rafael Silva
DOCENTE DE FLUENCY LANGUAGE CENTER

Anexo 9: Proyecto de Tesis.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TÍTULO:

***El Acoso Escolar y su Relación con los Trastornos de
Bulimia y Anorexia en los Estudiantes de 13 a 18 Años
de la Unidad Educativa Pio Jaramillo Alvarado, Loja.
Periodo 2019.***

**Tesis previo a la obtención del
Título de Psicólogo Clínico**

AUTOR: Carlos Fabián Loaiza Briceño

DIRECTORA: Psic. Cl. Doménica Alexandra Burneo Álvarez, Mg. Sc.

LOJA – ECUADOR

2019

a. TEMA

EL ACOSO ESCOLAR Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS DE BULIMIA Y ANOREXIA EN LOS ESTUDIANTES DE 13 A 18 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA PIO JARAMILLO ALVARADO, LOJA. PERIODO 2019.

b. PROBLEMATICA

En la adolescencia existe una base biológica donde se ve reflejado el desarrollo sexual y corporal, que vienen acompañados de cambios fisiológicos que pueden ser difíciles de afrontar para algunas personas, se puede presentar una serie de conflictos de diversa índole e inconvenientes, un problema muy común es el acoso escolar, el mismo que ha ido en aumento, y resulta bastante relevante por las consecuencias que se producen a nivel psicológico, fisiológico, académico, social, entre otros (Urteaga Castro-Pozo, 2019).

El acoso escolar es un problema mundial que se evidencia con mayor intensidad en los últimos años, siendo uno de cada tres estudiantes víctimas de intimidación, agresión, violencia tanto verbal como física, registrando que el acoso se genera al menos una vez al mes, y que presentan efectos nocivos en salud mental y calidad de vida del adolescente y su entorno, (UNESCO, 2019).

Las características existentes en el acoso escolar son el aislamiento, baja autoestima, depresión, ansiedad, ira, bajo rendimiento académico, suicidio, entre otros. Numerosos estudios sobre la prevalencia de acoso escolar en 40 países, se observan valores que oscilan entre 8.6 a 45.2% para hombres y de 4.8 a 35.5% para mujeres, un porcentaje de 36% correspondiente a víctimas y de 35% correspondiente a agresores (M. Herrera et al., 2018). En regiones como Europa muestran un margen de 26.1 y 33.5% y valores entre 20 y 40% en Estados Unidos, en general, los estudios a nivel mundial indican que uno de cada tres niños está involucrado en alguna forma o formas de acoso escolar (Modecki et al., 2014).

En Latinoamérica y el Caribe, un informe de la UNICEF (2018) sobre acoso escolar sugiere que del 50 a 70% de los estudiantes están involucrados en algún tipo o tipos de agresión entre iguales. Por otro lado, en un estudio realizado en 16 países latinoamericanos se reportó que la

prevalencia existente oscilaría entre 13 y 63%, con esta información concluyeron que es un fenómeno muy serio y de gran dimensión (M. Herrera et al., 2018). En lo que corresponde a Ecuador, 3 de cada 5 estudiantes en edades de 11 y 18 años han sido víctimas de hechos violentos en donde se evidencia insultos, mentiras, golpes, agresiones de forma reiterativa e intencional (UNICEF, 2018).

Entre las muchas consecuencias de la victimización del acoso escolar en los adolescentes se presentan las conductas alimentarias patológicas. Los adolescentes son considerados un grupo más vulnerable debido a que presentan preocupación e inseguridad por la apariencia física e imagen corporal. Los trastornos alimentarios a nivel mundial afectan en gran medida a 7 de cada 1.000 mujeres y a 1 de cada 1.000 hombres, en Argentina según un reciente estudio de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia las consultas espontáneas realizadas por personas menores de 12 años con indicios de padecer una conducta alimentaria patológica se incrementaron entre 30% y 40% en los últimos diez años (BBC, 2014).

En investigaciones epidemiológicas recientes se revela un incremento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), en el estudio realizado por Kjelsås (2004) donde se evaluaron a 1.960 adolescentes entre edades de 14 y 15 años se observó que el 17,9% de TCA correspondería a niñas y el 6,5% de TCA correspondería a varones sin distinción del tipo de TCA (Chaulet et al., 2015).

De manera más específica los datos epidemiológicos a nivel internacional, registran una prevalencia que oscila entre 0,5 y 1% para Anorexia Nerviosa (AN) entre edades correspondientes a 10, 12 y 14 años, además los datos de la Bulimia Nerviosa (BN) oscila entre 1, 2 y 4% en edades de 10, 12 y 14 años (C. C. López et al., 2015). La anorexia nerviosa y bulimia nerviosa afectan en mayor medida al género femenino con una proporción de 9 mujeres

por cada varón, la edad promedio de inicio es a los 17 años, sin embargo, otros estudios que se han realizado sugiere una aparición más prematura de estas enfermedades a los 13, 14 y 18 años (Chalet et al., 2015).

Por otro lado, investigaciones realizadas en latinos, afroamericanos, caucásicos y asiáticos indican que la prevalencia del TCA oscila entre 1,6 % en mujeres y 0,8 % en hombres, encontrando que las diferencias de género son menos pronunciadas en bulimia y anorexia nerviosas (Ochoa et al., 2015). Muchos estudios concuerdan que la prevalencia en hombres con algún problema de conducta alimentaria ocupa del 1 al 5% de casos de anorexia nerviosa y del 5 a 15% de los casos de bulimia nerviosa con relación a la mujeres, los hombres se preocupan más por la ganancia de masa muscular que por perder peso, el sobrepeso se relaciona en un 37% con el TCA, en especial con la bulimia nerviosa, que se traduce que hasta el 25% de hombres adolescentes tomen la iniciativa de dietas hipocalóricas (Vázquez et al., 2015).

Por otro lado, en una investigación realizada en una población escolar en Colombia se evidencia una prevalencia de TCA que oscila entre 18,9% y 39,7% siendo más frecuente la bulimia nerviosa en mujeres adolescentes y jóvenes adultos en edades de 10 y 14 años (Fajardo et al., 2017).

En Ecuador, no existen datos actualizados o cifras exactas acerca de la anorexia y bulimia debido a que no se ha realizado una investigación a fondo de esta problemática que actualmente se ha venido suscitando mayor prevalencia en poblaciones similares. Es por ello que se considera que el acoso escolar y la bulimia y anorexia representan un gran riesgo para los adolescentes y se debe partir de un conocimiento sobre la situación actual para poder actuar por medio de programas de prevención y tratamiento según corresponda.

En el presente trabajo de investigación se pretende dar respuesta a la siguiente interrogante:

- ¿Cuál es la relación entre el acoso escolar y el trastorno bulimia y anorexia en estudiantes de 13 a 18 años?

c. JUSTIFICACION

El acoso escolar es un tipo de maltrato que afecta de manera psicológica y física al individuo que lo sufre frecuentemente y esta problemática se presenta principalmente en la población adolescente, produciendo síntomas de aislamiento, baja autoestima, así también las conductas alimentarias problemáticas son un factor de riesgo en la adolescencia y muchas veces se presenta junto al acoso escolar.

Los trastornos de conducta alimentaria como lo es la bulimia y la anorexia afectan de manera física y psicológica, como consecuencia de estos trastornos al no ser atendidos a tiempo pueden producir un sinnúmero de afecciones psicológicas como lo son los sentimientos de culpa, la distorsión de su imagen que se va incrementando conforme avanza el problema, bajo control de impulsos, baja autoestima, aislamiento social en general, pueden llegar a aparecer síntomas de ansiedad y depresión, en el peor de los casos llega a producir un pensamiento suicida y como consecuencia provocar la muerte del individuo que padece de este trastorno.

El presente trabajo de investigación está encaminado en delimitar la relación que existe entre el acoso escolar y trastornos de bulimia y anorexia en estudiantes de 13 a 18 años de edad, se ha considerado esta población para la ejecución del proyecto por las condiciones de vulnerabilidad observadas en el medio escolar y sobre todo porque no existen otras investigaciones de relevancia en el sector educativo. Además, al tener información consistente sobre estas variables en esta población se pueden realizar intervención de prevención y tratamiento según corresponda, lo mismo que permitiría asegurar el bienestar de los adolescentes.

d. OBJETIVOS

Objetivo General

- Establecer la relación que existe entre el acoso escolar y los trastornos bulimia y anorexia en los estudiantes de 13 a 18 años de la Unidad Educativa Pio Jaramillo Alvarado.

Objetivos Especifico

- Determinar la prevalencia de acoso escolar en la población investigada.
- Determinar la prevalencia de los trastornos alimentarios bulimia y anorexia en la población investigada.
- Determinar la relación entre acoso escolar y los trastornos de bulimia y anorexia en la población investigada.

e. METODOLOGIA

Tipo de investigación

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo el cual se basa en la recolección y medición del acoso escolar, la bulimia y la anorexia mediante reactivos psicológicos; y cualitativo por el cual se pretende observar la relación que tiene el acoso escolar con los tipos de trastornos alimentarios, la información fue obtenida de manera prospectiva y según un periodo académico establecido.

Nivel de investigación

Tendrá un alcance descriptivo y correlacional ya que se realizará la descripción de la naturaleza de las variables de la población estudiada, así como también se cuantificará la relación entre las variables de acoso escolar y trastornos bulimia y anorexia.

Diseño de investigación

El diseño de investigación será de tipo no experimental transversal porque se recogerán los datos de los participantes en un único momento.

Población y muestra

Población.

Esta investigación se realizará con una población de estudiantes de la Unidad Educativa Pio Jaramillo Alvarado el cual se encuentra ubicado en las calles Bolívar entre Mercadillo y Catacocha, Loja, la muestra corresponde a 349 estudiantes que tienen edades comprendidas de 13 a 18 años y se encuentran en octavos años hasta tercero de bachillerato correspondientes al periodo académico 2019 al 2020.

Tabla 2

Población estudiada

	<i>Octavos Años</i>	<i>Novenos Años</i>	<i>Décimos Años</i>	<i>Primero de Bachillerato</i>	<i>Segundo de Bachillerato</i>	<i>Tercero de Bachillerato</i>
<i>Colegio Pio Jaramillo Alvarado</i>	62	56	58	81	42	50
<i>TOTAL</i>	349					

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión.

- Estudiantes legalmente matriculados durante el periodo académico 2019-2020 y que estén asistiendo normalmente a clases.
- Estudiantes que tengan el consentimiento informado firmado por los padres.
- Estudiantes de 13 a 18 años de edad.

Criterios de exclusión.

- Estudiantes que no estén legalmente matriculados en la unidad educativa
- Estudiantes menores de 13 años y mayores de 18.

Operación de Variables

Tabla 3

Operación de variables

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADOR	INSTRUMENTO
CONCEPTUAL	Y ESCALAS		
<u>Variable</u>	Índice Global de Acoso.	Nunca= 1	Auto Test Cisneros de
<u>Independiente</u>	Escala de Intensidad de Acoso		Acoso Escolar.

Acoso escolar: Desprecio y
cualquier forma de Ridiculización Pocas veces= 2
maltrato psicológico, Coacción Muchas veces= 3
verbal o físico Restricción
producido entre Comunicación
estudiantes o Agresiones
profesores. Intimidación y Amenazas
 Exclusión y Bloqueo
 Social
 Hostigamiento Verbal.
 Robos

<u>Variable</u>	SI= 1	Test de Bulimia de
<u>Dependiente</u>	NO= 0	Edimburgo (Bulimic
Trastornos	Escala de síntomas:	Investigatory Test
alimentarios:	– 10: ausencia de	Edinburgh, BITE).
Manifestaciones	comportamientos	
extremas de una	compulsivos hacia la	
variedad de	comida.	
preocupaciones por	– 10-20: patrones	
el peso y la comida	alimentarios	
	anormales (no	
	necesariamente	
	bulimia nerviosa).	
	– 15-20: posible	
	bulimia nerviosa	
	subclínica.	

-20: posible bulimia nerviosa).

Escala de gravedad:

5-10: gravedad

significativa.

10: gran gravedad

Nunca= 0 y 3

Test de Actitudes

Casi Nunca= 0 y 2

hacia la Alimentación

Algunas Veces = 0 y

(Eating Attitudes

1

Test, EAT-40)

Bastantes Veces= 1 y

0

Casi Siempre= 2 y 0

Siempre= 3 y 0

Variable

Dependiente

Trastornos

alimentarios:

Anorexia

Manifestaciones

extremas de una

variedad de

preocupaciones por

el peso y la comida

VARIABLES

INTERVINIENTES

Rasgos biológicos

1. Hombre

Sexo:

2. Mujer

Condición orgánica

que

Define a cada ser

Humano, definiendo

a

Cada persona; crucial

En la reproducción y

Perpetuación de la

Especie		1.	13
Edad:		2.	14.
Tiempo que una	Tiempo en años	3.	15
Persona ha vivido		4.	16
Desde que nació hasta		5.	17
La presente fecha		6.	18

Muestra

Diseño de la Muestra

La población se la escogió de manera probabilística la cual se realizará un muestreo en dos etapas, la primera en la entrega de consentimiento informado para los padres de los jóvenes menores de edad para la autorización de la aplicación de reactivos, en la segunda etapa en la que se considerará la evaluación del acoso escolar, para luego proceder a la obtención de los datos de la bulimia y anorexia para lograr relación de estas dos variables en un mismo individuo.

Tamaño de la Muestra

El tamaño de la muestra se determinó utilizando el programa Epi Info 7, con una probabilidad del 95% y un margen de error de 5%, en el cual arrojó una muestra de 183 estudiantes.

Muestreo

Tabla 4

Población estudiantil de la Unidad Educativa Pio Jaramillo Alvarado, 2019

<i>Año BGU</i>	<i>Estudiantes</i>	<i>%</i>	<i>Muestreo</i>
----------------	--------------------	----------	-----------------

Octavo	62	17.8	32
Noveno	56	16.04	30
Decimo	58	16.62	30
1° Bachillerato	81	23.2	42
2° Bachillerato	42	12.02	21
3° Bachillerato	50	14.32	28
		100%	183

Fuente: Unidad Educativa Pio Jaramillo Alvarado.

Elaboración: Carlos Loaiza Briceño.

Técnicas utilizadas en el proceso de recopilación de información.

Para obtener la información necesaria para el desarrollo del trabajo, se utilizarán las siguientes herramientas.

- Consentimiento Informado.
- Auto test Cisneros de Acoso Escolar
- Test de Bulimia de Edimburgo (Bulimic Investigatory Test Edinburgh, BITE).
- Test de Actitudes hacia la Alimentación (Eating Attitudes Test, EAT-40)

Ficha técnica.

Nombre: Auto Test Cisneros de Acoso Escolar.

Nombre Original: Auto Test Cisneros de Acoso Escolar.

Autor: Iñaki Piñuel y Araceli Oñate.

Procedencia: España.

Aplicación: Individual-Colectiva

Ámbito de Aplicación: Estudiantes adolescentes de 12 a 18 años.

Duración: 30 minutos.

Finalidad: Es una escala compuesta de 50 ítems, enunciados en forma afirmativa y con tres posibilidades de respuesta: (Nunca), (Pocas veces), (Muchas veces) Se le asigna puntajes de 1, 2, 3. Está integrado por 10 sub-escalas (Desprecio - Ridiculización, Coacción, Restricción - Comunicación, Agresiones, Intimidación – Amenazas, Exclusión-Bloqueo Social, Hostigamiento Verbal y Robos) y dos escalas de Índice global de acoso y escala de intensidad de acoso, en donde se mide los tipos de acoso, el acoso escolar que se vive y la intensidad del mismo.

Baremación: Para los criterios de calificación del Auto-test Cisneros de Acoso Escolar se debe de seguir el siguiente procedimiento:

Índice Global de Acoso (M)

Para obtener la puntuación directa en la escala M, debe sumar la puntuación obtenida entre las preguntas 1 a 50

* 1 punto si ha seleccionado la respuesta Nunca (1-Nunca)

* 2 puntos si ha seleccionado la respuesta Pocas veces (2-Pocas veces)

* 3 puntos si ha seleccionado la respuesta Muchas veces (3-Muchas veces)

Debe obtener un índice entre 50 y 150 puntos.

Escala de intensidad de acoso (I)

Para obtener la puntuación directa de la escala I debe sumar un

punto cada vez que entre las preguntas 1 y 50 el niño ha seleccionado

la respuesta 3 (3-Muchas veces) Debe obtener un índice de 1 y 50

Nombre: Test de Bulimia de Edimburgo (Bulimic Investigatory Test Edinburgh, BITE).

Nombre Original: Bulimic Investigatory Test Edinburgh.

Autor Adaptada: Rivas T, Bersabé R, Jiménez M

Autor Original: M. Henderson, C. P. Freeman

Procedencia: Estados Unidos

Aplicación: Auto aplicada.

Ámbito de Aplicación: Adolescentes y Adultos

Duración: 10-30 minutos.

Finalidad: La escala de síntomas evalúa el número y grado de los síntomas que están presentes y la de gravedad proporciona un índice de la gravedad del trastorno, teniendo en cuenta la frecuencia con que se presentan las conductas patológicas.

Baremación: Consta de 33 ítems que se agrupan en 2 subescalas diferentes:

-Escala de síntomas (30 ítems).

-Escala de gravedad (3 ítems).

Cada ítem de la escala de síntomas cuenta con dos posibles respuestas (sí/no).

Cada ítem de la escala de gravedad

cuenta con varias posibles respuestas que indican frecuencia.

Material: Hoja autoamistrada de test. Lápiz. Borrador, Manual de Calificación.

Nombre: Test de Actitudes hacia la Alimentación (Eating Attitudes Test, EAT-40)

Nombre Original: Eating Attitudes Test, EAT-40

Autor Adaptada: Castro J, Toro J, Salmero M, Guimera E.

Autor Original: D. M. Garner, P. E. Garfinkel.

Procedencia: Estados Unidos

Aplicación: Auto aplicada.

Ámbito de Aplicación: Adolescentes y Adultos

Duración: 10-30 minutos.

Finalidad: El EAT-40 es un cuestionario para evaluar síntomas y conductas comunes en anorexia nerviosa. Además, proporciona un índice de gravedad del trastorno.

Baremación: Consta de 40 ítems que se agrupan en siete factores: a) preocupación por la comida; b) Imagen corporal con tendencia a la delgadez; c) Uso y/o abuso de laxantes y presencia de vómitos; d) Restricción alimentaria (dieta); e) comer lentamente; f) comer clandestinamente; g) presión social percibida para aumentar peso. Cada ítem presenta seis posibles respuestas que van desde siempre a nunca y sólo se puntúa de 1 a 3. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de 1 a 3 de cada ítem. Las puntuaciones totales pueden oscilar de 0 a 120. En los ítems 1, 18, 19, 23, 27 y 39 (nunca 3 puntos; casi nunca 2 puntos, algunas veces 1 punto; resto 0 puntos). En el resto de ítems (siempre 3 puntos; casi siempre 2 puntos; bastantes veces 1 punto; resto 0 puntos). Los autores proponen como punto de corte una puntuación total de 30. La puntuación total que proporciona permite distinguir entre pacientes anoréxicos y población normal

Material: Hoja autoamistrada de test. Lápiz. Borrador, Manual de Calificación.

Consentimiento informado.

El consentimiento informado es un instrumento que se utiliza para proporcionar al paciente la información relevante para que pueda decidir libremente ante cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico que se vaya a realizar, el consentimiento informado en psicología se utiliza para la protección del derecho del paciente a participar en la adopción de medidas sobre su salud y a la vez que genera obligaciones para los profesionales tratantes (Losada, 2014).

El documento consta de información en donde se especifica a los padres de los estudiantes menores de edad sobre la investigación a realizar. El cumplir con los requisitos del documento indica que el representante entiende y acepta que su representando forme parte de la muestra de estudio. El consentimiento informado consta de los siguientes puntos:

- Datos del investigador.
- Objetivo de la investigación.
- Datos relevantes sobre los temas a tratar.
- Confidencialidad y manejo de la información, en donde se garantiza el uso

exclusivo de los datos no serán utilizados por otras personas y solo serán para el fin de la investigación.

- Duración de la aplicación de los reactivos.
- Datos del representante legal: nombre, número de cedula, nombre del representado, firma y fecha.

Procedimiento

Técnicas utilizadas en el proceso de recopilación de información.

La recopilación de información es de fuentes primaria, ya que se han elegidos test que se aplicarán a los estudiantes, y secundaria, ya que se utilizó información de acuerdo al contexto, como sitios web, bases nacionales de información, tesis y artículos científicos.

Instrumentos.

Para obtener la información necesaria para el desarrollo del trabajo, se utilizarán las siguientes herramientas.

- Auto Test de Acoso Escolar Cisneros.
- Test de Bulimia de Edimburgo (Bulimic Investigatory Test Edinburgh, BITE).
- Test de Actitudes hacia la Alimentación (Eating Attitudes Test, EAT-40)

18	Defensa privada de tesis																												
19	Defensa pública de tesis e incorporación																												

g. PRESUPUESTO

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO (USD)	COSTO TOTAL (USD)	FUENTES DE AUTOGESTION	FUENTES DE FINANCIAMIENTO
COSTOS DIRECTOS						
ELABORACIÓN DE PROYECTO	1,00	GLOBAL	50,00	50,00	Tesista	Recursos propios
PRESENTACIÓN Y APROBACION DE PROYECTO	1,00	USD	20,00	20,00	Tesista	Recursos propios
RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN SECUNDARIA EX SITU	1,00	GLOBAL	50,00	50,00	Tesista	Recursos propios
RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN SECUNDARIA IN SITU	1,00	GLOBAL	50,00	50,00	Tesista	Recursos propios
RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN PRIMARIA	1,00	GLOBAL	100,00	100,00	Tesista	Recursos propios
SISTEMATIZACIÓN, TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	1,00	GLOBAL	30,00	30,00	Tesista	Recursos propios
ELABORACION DE DOCUMENTO TESIS	1,00	GLOBAL	200,00	200,00	Tesista	Recursos propios
PRESENTACIÓN, REVISIÓN Y APROBACIÓN DE TESIS	1,00	Documentos	40,00	40,00	Tesista	Recursos propios
DEFENSA PRIVADA Y PUBLICA DE TESIS	1,00	GLOBAL	60,00	60,00	Tesista	Recursos propios

MATERIALES DE OFICINA	1,00	Resmas de Papel, Esferos, Lápices, Borradores, etc	50,00	50,00	Tesista	Recursos propios
MATERIAL PARA APLICAR ENCUESTAS	1,00	Copias, Tablas para encuestar, Esferos, Lápices, Borradores	150,00	150,00	Tesista	Recursos propios
ASESOR EXTERNO	1,00	USD	150,00	150,00	Facultad de la Salud Humana Carrera de Psicología Clínica	Recursos propios
TOTAL COSTOS DIRECTOS				950,00		
COSTOS INDIRECTOS						
MOVILIZACIÓN	5,00	VIAJES	20,00	50,00	Tesista	Recursos propios
ALIMENTACIÓN	10,00	VIAJES	5,00	50,00	Tesista	Recursos propios
INTERNET	3,00	MENSUAL	20,00	60,00	Tesista	Recursos propios
IMPRESIÓN DOCUMENTOS FINALES	1,00	GLOBAL	150,00	150,00	Tesista	Recursos propios
TOTAL, COSTOS DIRECTOS				310,00		
TOTAL, COSTOS DIRECTOS E INDIRECTOS				1260,00		
IMPREVISTOS (3%)				40,80		