FRECUENCIA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN PACIENTES EN EDAD ESCOLAR QUE PUNTUAN POSITIVO PARA BULLYING SEGÚN LA ESCALA CIE-A DE CUEVAS.

María Camila Rivera G.

Psiquiatra- Universidad El Bosque

Universidad El Bosque

Residente psiquiatría infantil y del adolescente

Bogotá D.C

Universidad El Bosque

Facultad de Medicina

FRECUENCIA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN PACIENTES EN EDAD ESCOLAR QUE PUNTUAN POSITIVO PARA BULLYING SEGÚN LA ESCALA CIE-A DE CUEVAS.

Investigadores Principales: María Camila Rivera

Asesor temático:Dr. Roberto Chaskel y Magdalena Fernandez

Asesor metodológico: Dr. Daniel Toledo

Bogotá, 2022.

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 7
2. MARCO TEORICO..... 8
3. PROBLEMA:..... 20
4. JUSTIFICACIÓN:..... 22
5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:..... 23
6. OBJETIVOS:..... 23
7. PROPÓSITO:..... 24
8. METODOLOGÍA 24
9. TABLA DE VARIABLES: 27
10. CONSIDERACIONES ÉTICAS 28
11. CRONOGRAMA: 30
12. PRESUPUESTO: 31
13. RESULTADOS: 31
14. DISCUSIÓN: 35
15. CONCLUSIONES: 38
16. Anexo 1. Instrumento de recolección de información. 42
17. Anexo 2 Formulario de consentimiento informado..... 43

LISTA DE TABLAS Y GRÁFICAS:

TABLA DE VARIABLES: **27**

Grafico 1. Medida de dispersión ***33***

Tabla 1. Tabla cruzada bullying escolar y EAT 26 ..... ***34***

Tabla 2. Estimación de riesgo ***35***

Resumen:

Se identificó en la literatura científica y en la experiencia clínica una relación entre bullying escolar y trastorno de la conducta alimentaria, lo cual motivó este estudio. Se llevó a cabo la recolección de datos durante 6 meses, en pacientes menores de edad hospitalizados en la clínica Montserrat, donde se aplicaron 2 escalas una para bullying escolar (Cie cuevas) y otra de trastorno alimentario (EAT 26), con el fin de determinar esta relación entre estos dos problemas de salud pública. Sin embargo, los resultados arrojaron una relación poco significativa estadísticamente hablando, por lo que los datos no fueron conclusivos, dada la muestra y las características de la población.

Abstract:

A relationship between school bullying and eating disorder was identified in the scientific literature and in clinical experience, which motivated this study. Data collection was carried out during 6 months, in underage patients hospitalized at the Montserrat clinic, where 2 scales were applied, one for school bullying (Cie cuevas) and another for eating disorder (EAT 26), in order to determine the relationship between these two public health problems. However, the results showed a statistically insignificant relationship, so the data were not conclusive, given the sample and the characteristics of the population.

1. INTRODUCCIÓN

El bullying es una experiencia común, con su pico en la adolescencia temprana. Existe evidencia consistente de que la victimización persistente por pares se relaciona con problemas de salud mental en la adolescencia. La apariencia física es a menudo la causa de la victimización entre pares, que puede conducir a problemas relacionados con la imagen corporal y la alimentación, especialmente entre los adolescentes. La imagen corporal negativa ha recibido apoyo empírico como factor de riesgo por desorden alimentación. (1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ubicó los TCA entre las enfermedades mentales de prioridad para los niños y adolescentes dado el riesgo para la salud que implican. Estos trastornos abarcan factores psicológicos, físicos, y elementos del medio ambiente en su etiología, desarrollo y mantenimiento y comparten síntomas cardinales tales como la insatisfacción con la imagen corporal o una influencia anormal de ésta en la valoración personal, preocupación persistente e interferente por la comida, peso y la forma corporal y el uso de medidas no saludables para controlar o reducir el peso, las que derivan en un deterioro significativo del bienestar psicosocial y físico de quienes los sufren. (2) De ahí la necesidad de realizar un tamizaje temprano de TCA en niños y adolescentes que refieren bullying escolar, ya que un grupo importante de psiquiatras infantiles pueden observar una relación significativa en el mismo, además de la bibliografía revisada, que muestra una relación directa entre las dos patologías. Para el caso de Colombia los TCA van en aumento y el bullying escolar, es cada vez más común, volviéndose así un problema de salud mental, que

requiere atención. Se esperaba encontrar un relación directa entre estas dos patologías, según la bibliografía revisada, sin embargo no fue así.

2. MARCO TEORICO

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades multicausales, el modelo más aceptado es el de Engel, que indica que hay causas biopsicosociales. Es importante tener en cuenta la epigenética (relación entre las influencias genéticas y ambientales que determinan un fenotipo). Su aparición sindromática se presenta principalmente en la pubertad, ya que hay un incremento de la vulnerabilidad, los pacientes que padecen estos trastornos suelen tener en común poca aceptación hacia su apariencia física. (3)

En este periodo, las transformaciones corporales y psíquicas ocupan el centro del problema. El cuerpo es el soporte privilegiado del malestar en el adolescente, tal como se desprende de un buen número de consultas médicas, pediátricas y paidopsiquiátricas, por quejas somáticas funcionales, síntomas de aspecto hipocondríaco, pero también ataques al cuerpo como cutting, tentativas de suicidio y consumo de sustancias psicoactivas. (4)

El TCA afecta principalmente a las mujeres, las exigencias de la sociedad exacerban la presencia de los mismos en ellas, sin embargo, en los últimos años, han aumentado los casos en los hombres, pues la homosexualidad se vive de forma más libre (las exigencias de tener un cuerpo más esbelto aparecen). La mayoría de los estudios

epidemiológicos recientes revelan aumento de la frecuencia de los TCA en adolescencia, particularmente en las formas atípicas (conocidas como TCA no especificados clasificación del DSM 5). (2) En el estudio de Kjelsås se muestra que la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa afectan básicamente a las niñas, con una proporción por sexos respectiva de nueve por cada varón.

La anorexia nerviosa suele iniciar alrededor de la pubertad, con una edad promedio de diagnóstico de los trastornos de 17 años. Sin embargo, se observan dos picos de aparición: uno a los 13-14 años y otro alrededor de los 18 años, en el momento en que se plantea la cuestión de la dependencia de la familia. (También puede aparecer en niñas mucho más jóvenes, antes de la pubertad). La edad de comienzo de la bulimia es más tardía entre los 19 y 20 años de edad. (5)

Los principales factores de riesgo para presentarla, es importante tener en cuenta las predisposiciones genéticas y mecanismos biológicos, la predisposición individual como es el pensamiento, distorsiones cognitivas, sensibilidad a la crítica, pobre tolerancia a la frustración, predisposición familiar y social, además de las diferentes comorbilidades con los trastornos mentales como ansiedad, depresión, trastornos de personalidad. Por otro lado, alteraciones perinatales también pueden ser factores predisponentes, por ejemplo: anemia materna, diabetes mellitus, preeclampsia, infarto placentario o cardiopatías neonatales predisponen para anorexia nerviosa. También, el infarto placentario, las dificultades alimentarias desde temprana edad, o el bajo peso al nacer o restricción del crecimiento intrauterino predisponen para la aparición de bulimia nerviosa. (6)

1. Definición:

El Bullying o la intimidación, incluyendo ser excluido, ridiculizado, apodado o incluso abusados físicamente es una experiencia común, con su pico en la adolescencia temprana. Existe evidencia consistente de que la victimización persistente por pares se relaciona con problemas de salud mental en la adolescencia y puede tener efectos duraderos inclusive hasta la edad adulta. La apariencia física es a menudo la causa de la victimización entre pares, que puede conducir a problemas relacionados con la imagen corporal y la alimentación, especialmente entre las adolescentes. No obstante, a pesar de la naturaleza omnipresente de tales experiencias de victimización en adolescencia, no todos los adolescentes que experimentan estas interacciones negativas desarrollan una alteración en la imagen corporal o dificultades para la alimentación. Por tanto, es importante comprender cómo las experiencias de victimización pueden convertirse en un factor asociado o predisponente en la alteración de la imagen corporal y la psicopatología alimentaria en este crítico período de desarrollo. (7)

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son enfermedades mentales graves que afectan a millones de personas en el mundo. Existe un amplio consenso que en el desarrollo de estos trastornos están implicados factores biológicos, psicológicos y socioculturales. Pueden afectar a personas de cualquier parte del mundo, edad, sexo, raza o nivel socioeconómico, aunque lo más frecuente es que se inicien en la adolescencia o adultez joven y afecten en mayor medida a mujeres que a hombres. (5) Todos los subtipos de TCA se caracterizan por una conducta alterada frente a la

ingesta alimentaria o la aparición de conductas para controlar el peso. Con frecuencia los síntomas de TCA varían a lo largo del tiempo y muchas personas, que inicialmente, presentan cuadros más restrictivos, pueden acabar desarrollando atracones o a la inversa. Los TCA están asociados a múltiples complicaciones médicas y psicológicas y afectan al funcionamiento psicosocial de la persona. (8)

Actualmente se han descrito múltiples trastornos de la conducta alimentaria entre los cuales encontramos:

- **Anorexia Nerviosa.** Se caracteriza por una restricción y reducción de la ingesta nutricional, lo que conduce a una pérdida significativa del peso. La persona presenta un intenso miedo a ganar peso. Durante todo este tiempo el paciente tiene gran dificultad para reconocer la gravedad de su bajo peso actual o es incapaz de ver su estado físico real y la pérdida de peso, a la vez que da un excesivo valor a su peso corporal e imagen física. Existen dos tipos de anorexia nerviosa, la restrictiva, donde la pérdida de peso se debe, sobre todo, a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo y la que es con atracones y purgas, donde durante los últimos tres meses la persona tiene episodios recurrentes de atracones o purgas (vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). (6)(9)
- **Bulimia Nerviosa**. Se caracteriza por la existencia de episodios recurrentes de atracones. Se considera como atracón a la ingesta de una cantidad de comida claramente superior a la que la mayoría de la gente puede tomar en un periodo determinado de tiempo (de aproximadamente dos horas), acompañada de la sensación de pérdida de control durante este episodio. La persona trata de compensar de forma repetida lo ingerido para evitar el aumento de peso mediante el vómito autoprovocado, el ejercicio excesivo, el

ayuno o el uso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos. La persona con Bulimia Nerviosa siente una gran preocupación por su peso y su imagen corporal. (5,6,9)

- **Trastorno por Atracones**. Se caracteriza por episodios recurrentes de atracones. Estos se pueden asociar a comer mucho más rápido de lo normal, seguir comiendo a pesar de sentirse desagradablemente lleno, comer una gran cantidad de comida, a pesar de no tener sensación de hambre, y sentirse disgustado con uno mismo, deprimido o con sensación de gran culpabilidad tras el episodio. Los atracones producen un intenso malestar en la persona que los realiza. (9,10)
- **Trastorno Evitativo/Restrictivo de la Ingesta Alimentaria**. El Trastorno Evitativo/Restrictivo de la Ingesta Alimentaria se caracteriza por una falta de interés en la comida o por la evitación a causa de alguna de las propiedades sensoriales de la comida o por una preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer o un miedo al atragantamiento, manifestando una incapacidad persistente para satisfacer las necesidades nutricionales. La evitación/restricción de la ingesta conlleva una pérdida significativa de peso o el no cumplir con el crecimiento esperado, deficiencias nutricionales significativas, dependencia de los suplementos nutricionales e interferencia importante en el funcionamiento psicosocial. En este trastorno no está afectada la autopercepción y no hay una distorsión de la imagen corporal. (6)(9)

2. Epidemiología

El Bullying o acoso escolar es un fenómeno multicausal a nivel internacional en el ámbito escolar y constituye un problema de salud pública en la actualidad. Ocurre cuando un estudiante está expuesto repetidamente a acciones negativas que provienen de un compañero o de un grupo de personas en el colegio. Estas acciones negativas se pueden manifestar por medio del contacto físico, abuso verbal, gestos, rumores y exclusión de la víctima; además implica un desbalance entre la fuerza del agresor o bullies y la víctima. De acuerdo con datos del Health Behaviorin School-aged Children (HBSC) la prevalencia de victimización oscilaba entre 3 % y 33 % en los adolescentes de 11 a 15 años, mientras que otros estudios señalan que la proporción de víctimas alcanza el 20,6 % en promedio con un rango entre 9 % y 54 %. (11)

Por otro lado, los trastornos de la conducta alimentaria afectan principalmente adolescentes y jóvenes mujeres. Los estudios muestran que la prevalencia ha aumentado progresivamente desde la década de 1950 en adelante. (7) Investigaciones realizadas en el extranjero han estimado que la prevalencia entre los jóvenes con anorexia nerviosa oscila entre el 0-5 y el 1%, de bulimia nervosa entre el 2 y 4 %, y los trastornos de la conducta alimentaria no especificada alcanzan una prevalencia del 14%. (1)

El perfil de quienes sufren de trastornos alimentarios ha cambiado gradualmente. Hoy en día no solo afectan a los adolescentes de clase alta y bien rendimiento académico, sino que además se presentan en jóvenes de sexo masculino, de diverso nivel socioeconómico, diferentes etnias, personas cada vez menores y de diferente peso, tamaño y forma corporal. La relación de 1 hombre por cada 10 mujeres tradicionalmente observada, ha dado paso a una con mayor presencia masculina. (1)

3. Fisiopatología:

Se ha postulado que los factores culturales y ambientales desempeñan un papel importante en la génesis de las alteraciones de la conducta alimentaria, ya que éstas son por lo general más comunes en los países industrializados que en los países en desarrollo. Es importante reconocer la contribución genética y la influencia que la misma tiene sobre el peso, especialmente en una época en la que se ha iniciado la identificación y comprensión de las moléculas que participan en el control tanto del apetito como de la saciedad, así como aquellas que intervienen en la homeostasis energética. (4) Las alteraciones conductuales posiblemente están, al menos facilitadas, por alteraciones específicas en los neurotransmisores o neuromoduladores en el sistema nervioso central, los cuales ejercen sus acciones en una forma genéticamente predeterminada. Aún sabemos muy poco de los mecanismos moleculares de los trastornos de la alimentación, pero cada día es más claro que el sistema nervioso central, particularmente el hipotálamo, desempeña un papel relevante. (1)

El apetito y los patrones alimenticios están regulados por una serie de factores psicológicos, gastrointestinales, metabólicos y nutricionales, así como por mecanismos neuronales y endocrinos. (12) Respecto a los mecanismos moleculares implicados, debemos tener en cuenta que la ingestión de alimentos es una función compleja, en la que se integran señales periféricas y centrales (tanto neuronales como endocrinas) a nivel hipotalámico, participando en ellas el sistema nervioso central, el hígado y el tracto gastrointestinal entre otros. Entre los principales mediadores

destaca el neuropéptido Y (NPY), molécula clave en la respuesta hipotalámica, que estimula la ingesta y disminuye el gasto energético, dando lugar a un balance energético positivo Otra molécula importante es el factor liberador de corticotropina (CRF), un neuropéptido hipotalámico catabólico, regulado en parte por leptina e insulina, y que induce anorexia y una incrementada actividad del sistema nervioso simpático, aumentando así el gasto energético. (13)

En el contexto familiar, los intentos de los padres de controlar su propia conducta alimentaria y la de sus hijos, interactúan recíprocamente con las predisposiciones genéticas que determinan las diferencias individuales. Estudios de la conducta alimentaria en padres y en gemelos idénticos sugieren que una parte importante de ésta (45-60%), se debe a factores genéticos. El llevar a cabo la separación de los factores genéticos de otros no es factible, ya que los genes son parte de un sistema dinámico que está constantemente respondiendo a señales ambientales. (8)

4.1 Herramienta tamizaje CIE-A de Cuevas

Actualmente, la Asociación Colombiana de Psiquiatría define bullying a partir de la conceptualización de los autores Solberg, Olweus y Endresen, quienes afirman que son las acciones negativas que se producen de forma repetida, y consideran que una acción tal se produce cuando un alumno, de manera intencionada y muchas veces premeditada, causa un daño, hiere ó hace sentir incómodo a otro alumno o condiscípulo. Esta agresión puede ser obra de un solo individuo o de un grupo. Sin embargo, en cualquier caso, para referirse concretamente al acoso escolar debe evidenciarse un desequilibrio de fuerzas y/o una relación de poder asimétrica, es decir, el individuo sometido a este tipo de violencia tiene dificultad para defenderse, y

en cierta forma se encuentra vulnerable ante el alumno o alumnos que lo intimidan. (11,14)

Para determinar la validez y fiabilidad de este instrumento, fue aplicado el cuestionario en su versión completa a 512 estudiantes entre 11 y 18 años de edad de un colegio de Medellín; para el primer componente de 64 items se obtuvó un alfa de Cronbach de 0,958; en el segundo dominio sobre sintomatología, el alfa de Cronbach fue de 0, 873 para un total de 44 ítems; y la tercera categoría sobre los agresores con 64 ítems, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,963. (14)

Una vez cumplidos los principales requisitos que se contemplan en la elaboración de un instrumento, tanto en lo que se refiere a su sustento teórico como a su fundamentación psicométrica, la encuesta para detectar intimidación escolar, evidenció: a) claridad y buena discriminación de los reactivos y b) un alfa de Cronbach que supone una buena consistencia interna. Lo anterior, denota, que el cuestionario es un instrumento que podría ser aplicado para identificar intimidación escolar en población estudiantil. El cuestionario demostró que la consistencia interna al interior de cada componente es alta en las dimensiones: intimidación, sintomatología y la intimidación por parte de respondientes. (11,15)

4.2 Herramienta de tamizaje EAT 26

El Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (*Eating Attitudes Test)* (EAT) fue diseñado por Garner y Garfinkel en 1979, para la evaluación de las actitudes y del comportamiento en la anorexia. Su intención era diseñar un instrumento fácil de administrar y corregir y que resultara sensible a los cambios sintomáticos a lo largo del tiempo. Es la herramienta autoadministrada más ampliamente utilizada para la

evaluación de los desórdenes alimentarios. Se encuentra validada en nuestro medio por Castro y cols. Existe una versión abreviada de 26 ítems, que posee una alta correlación con la original. (16)

Es un cuestionario autoadministrado de 40 ítems o de 26 en la versión revisada. Cada uno admite 6 posibles respuestas, que van desde nunca a siempre. Las contestaciones se puntúan 3, 2, 1, 0, 0, 0 en unos casos y 0, 0, 0, 1, 2, 3 en otros. El rango de puntuación va de 0 a 120 y de 0 a 78 en la versión de 26 ítems. La puntuación total del test distingue entre pacientes anoréxicas y población normal y entre bulímicas y población normal, pero no lo hace entre anoréxicas restrictivas y bulímicas. (17)

El punto de corte propuesto por los autores es de 30 (S: 100% y E: 93%). Utilizando este mismo punto de corte, en el estudio de la validación española la sensibilidad desciende al 67.9%. por esto se propone, de forma empírica, utilizar en nuestro medio un punto de corte de 20, con lo que en población anoréxica la sensibilidad asciende al 91% y la especificidad se sitúa en 69%. El test se ha mostrado sensible a las variaciones sintomáticas a lo largo del tiempo, obteniendo las pacientes que han superado su patología alimentaria puntuaciones similares a las obtenidas en controles sanos. (16)

El ministerio de salud recomienda su utilización como instrumento de screening (sobre todo la versión de 26 ítems, con un punto de corte de 20, el punto de corte de 20 en mujeres, >30 en población de riesgo y >50 en población clínica. Se ha empleado para la descripción de factores sociales y epidemiológicos relacionados con las alteraciones del comportamiento alimentario. La distinción entre pacientes anoréxicas y bulímicas no está claramente estandarizada. Existen diferencias

importantes entre la validación española y la escala original en cuanto a puntos de corte. (16,17)

Propiedades psicométricas:

Fiabilidad:

Posee una buena validez discriminante (0,87) y correlación de los ítems con la puntuación total, salvo en tres de ellos, que se mantuvieron en el cuestionario por su relevancia clínica. (18)

Validez:

En el análisis factorial de los autores se obtuvieron 7 componentes principales (preocupación por la comida, imagen corporal delgada, vómitos y abuso de laxantes, restricción alimentaria, comer con lentitud, comer a escondidas y percepción de presión social para ganar peso). En estudios posteriores se han propuesto soluciones de 3 ó 5 factores. Los datos de validez obtenidos en la validación española (coeficiente de validez global r 0.61) son similares a los de los autores salvo en el punto de corte propuesto y en el análisis factorial que mostró la existencia de sólo tres factores, denominados: a) restricción alimentaria y preocupación por la comida, b) presión social percibida y malestar ante la ingesta y c) trastornos psicobiológicos. (16,18)

La puntuación total del EAT-26 es la suma de los 26 ítems. Puntúan 3, 2, 1, 0, 0, 0 en la dirección positiva, asignando 3 a las respuestas que más se aproximan a una dirección sintomática (“siempre” = 3). Únicamente el ítem 25 se puntúa de una manera

opuesta, puntuando 0, 0, 0, 1, 2, 3 (“nunca” = 3). Una puntuación por encima del punto de corte de 20 supone la necesidad de una mayor investigación. (16)

El Punto de corte para mujeres es de 20.

Entre 12-15: Normalidad

Superior a 30: Población de riesgo

Superior a 50: Población clínica.

3. **PROBLEMA**:

Un fenómeno que preocupa actualmente es el aumento de casos de TCA a edades cada vez más tempranas. La edad de aparición ha disminuido hasta un año. Se ha descrito que, dentro de las razones para un incremento en la frecuencia de los trastornos de la conducta alimentaria en niños y jóvenes, es el comportamiento de los padres quienes ejercen un excesivo control sobre la alimentación de sus hijos, aspecto que, sumado al acoso escolar, la presión social y la de los amigos para que sean delgados, contribuyen al desarrollo de una imagen corporal negativa y por consiguiente a conductas alimentarias inadecuadas que ponen en riesgo la salud. Estudios realizados en Colombia en población universitaria han mostrado prevalencia de TCA que oscilan entre el 18,9% y 39,7%, siendo más frecuente la bulimia nerviosa que la anorexia nerviosa, entre mujeres adolescentes y adultos jóvenes. identificar precozmente tanto alteraciones del peso corporal como de la conducta alimentaria con miras a diseñar estrategias de prevención y control, mejorando así el desenlace de la enfermedad. (14)

Muchas veces su curso es crónico, lo que conlleva consecuencias que pueden abarcar desde la morbilidad médica y psiquiátrica hasta la muerte, debido a complicaciones médicas y suicidio. Su pronóstico mejora notablemente cuando el diagnóstico es realizado dentro de los tres primeros años de la enfermedad, por lo

que el diagnóstico precoz es fundamental para mejorar su pronóstico y prevenir la cronicidad. (5) Una gran parte de las adolescentes que sufre de estos trastornos no consulta directamente por ello ya que, en general, la conciencia de enfermedad y motivación para el cambio son escasas, a pesar de que la salud física y psicológica se encuentre gravemente amenazada por la enfermedad. Los adolescentes, muchas veces son detectados por sus padres, profesores o pares, siendo forzadamente llevados a consultar. Las consultas, en estos casos, se realizan a médicos generales, nutricionistas o nutriólogos o, en una gran proporción a médicos que pueden atender a los problemas asociados a los TCA (por ejemplo, problemas ginecológicos tales como ausencia de menstruaciones, dentales tales como erosiones del esmalte, etc.) más no por un psiquiatra o psicólogo con preparación especifica en estos trastornos. Este hecho remarca la importancia de que los médicos no especialistas en el tema posean las herramientas necesarias que les permitan sospechar el diagnóstico y actuar oportunamente para conseguir una derivación exitosa a un equipo especializado de profesionales. (6)

4. JUSTIFICACIÓN:

En la experiencia obtenida por el investigador en el ámbito de consulta externa, hospitalización e intervención escolar, se ha podido identificar que uno de los mayores factores desencadenantes de TCA en la edad escolar es el acoso escolar. Es por esto, que se plantea esta investigación, para poder determinar si hay una relación significativa en pacientes con acoso escolar y TCA. De este modo, al identificar a nivel escolar o familiar la presencia de bullying, es posible preveer una alteración en la auto precepción y por consiguiente hacer un abordaje temprano de un posible TCA, mejorando así el desenlace de la posible enfermedad. (Arreglar costos en salud y demás).

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál es la frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria, en pacientes en edad escolar, que puntúan positivo para CIE a?

6. OBJETIVOS:

A. Objetivo principal:

Determinar la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en pacientes escolares, que puntúen positivo para bullying escolar según la escala CIE-A de cuevas, por medio de la escala EAT 26, en un periodo de 6 meses.

B. Objetivos específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de los pacientes en estudio.
2. Evaluar el número de pacientes que puntúan positivo para CIE A.
3. Evaluar la presencia de síntomas o trastornos de la conducta alimentaria en la población enunciada.
4. Evaluar la prevalencia de periodo de los pacientes que puntuaron positivo para CIE A y presentan síntomas de trastornos de la conducta alimentaria en un periodo de 6 meses.

7. HIPOTESIS:

De acuerdo con la bibliografía revisada y a la experiencia clínica personal, se puede observar una relación significativa entre los trastornos de alimentación y la vivencia

de bullying escolar en algún momento de la vida. Esto gracias a que el bullying escolar, termina afectando de forma importante la autopercepción, el amor propio, la autoestima y la satisfacción corporal. Es por esto, que en este estudio, se esperaba encontrar una relación entre estos dos problemas de salud pública.

8. PROPÓSITO:

La presente investigación busca determinar la prevalencia de síntomas de trastornos de la conducta alimentaria, en pacientes en edad escolar que refieran presentar o haber presentado en algún momento de su vida bullying escolar, mediante el cuestionario EAT 26 con el propósito fundamental: Si se determina esta posible relación, proponer realización de tamizaje en la población estudiantil para identificar casos y realizar intervenciones tempranas y evitar las complicaciones de estos trastornos.

9. METODOLOGÍA

Tipo de estudio:

Estudio de corte observacional de prevalencia (Cross sectional). Que se realizó en todos pacientes menores de edad que puntúaron positivo para CIE A a nivel intrahospitalario en un periodo de seis meses, con el fin de tamizar síntomas de trastornos de la conducta alimentaria por medio de la aplicación de la escala EAT 26 los cuales se compararon con los sujetos que tienen bullying pero no TCA.

Población:

Pacientes a nivel intrahospitalario en la clínica Montserrat menores de edad, por un periodo de seis meses desde el inicio de la toma de muestras, que puntúen positivo para CIE-A es decir para bullying escolar.

Criterios de inclusión

Todos los paciente hospitalizados por psiquiatría que putuen positivos para bullying escolar.

Pacientes que se encuentren entre la edad de 8 y 17 años.

Pacientes que firmen asentimiento informado, y sus padres el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Pacientes con trastornos neurocognitivos

Lesiones neuroanatómicas

Discapacidad intelectual

Pacientes que no hayan presentado bullying escolar

Pacientes o padres de pacientes que no firmen el consentimiento informado.

Técnica de recolección

- Se explicó al paciente y a los padres o tutores del paciente, el objetivo del estudio y la metodología de este, aclarando las dudas que este pueda presentar y se firmará consentimiento y asentimiento informado si el paciente desea participar del estudio y el tutor legal lo consiente.
- El instrumento se entregó impreso al paciente en el consultorio asignado, así como bolígrafo para su diligenciamiento.
- Se aclararon las posibles dudas presentadas por el paciente antes de iniciar el diligenciamiento de este.
- El examinador se retiró del consultorio por un periodo de 30 minutos con el fin de permitir que el paciente diligencie el instrumento solo dado su carácter de auto aplicación, una vez finalizado el diligenciamiento el paciente informó al examinador quien recibirá los datos.
- Se recopilaron los datos de manera digital mediante el software Microsoft Excel en un formato diseñado para el estudio.
- Posteriormente se llevaron los datos al software elegido (SPSS versión 26) para el análisis estadístico.

Tabla de variables:

Nombre de variable	Definición de variable	Escala de medición	Resumen de medidas	Observaciones
1.Edad	Número de años cumplidos	Cuantitativa de razón	descriptiva	Años cumplidos
2.Sexo	Según lo referido en el documento de identidad.	Cualitativa nominal dicotómica	descriptiva	F. Femenino M. Masculino
3.escolaridad	Nivel de educación de los individuos	Cualitativa nominal	descriptiva	Primaria incompleta Primaria completa Bachillerato incompleto Bachillerato completo Universitario incompleto Analfabeto
4.Hay presencia de bullying escolar	Según la escala CIE-A	Cualitativa nominal dicotómica	descriptiva	Si No
5.Existe una alteración de la imagen corporal	hay angustia la idea de estar demasiado gordo/a.	Cualitativa nominal	Medidas de dispersión y de tendencia central	Siempre Muy a menudo A veces Rara vez nunca

Socialización de los resultados:

El presente estudio se llevará a cabo con fines académicos, será presentado a facultad de medicina, en la subespecialidad de psiquiatría infantil y del adolescente y se espera publicar en la revista Colombiana de Psiquiatría.

10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El Presente estudio se realizará cumpliendo los requisitos y normas de las Normas Éticas Internacionales para Investigaciones Biomédicas de la Organización Mundial de la Salud de 1996 y el artículo 11 de la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social.

El presente estudio se clasifica como una investigación de riesgo mínimo, ya que la intervención realizada consiste en un cuestionario auto aplicado que registra los datos aportados por el paciente sobre síntomas clínicos relevantes para el estudio.

Los participantes del estudio en informados del objetivo de este, y firmarán asentimiento informado por escrito en caso de desear hacer parte del estudio, y los padres firmarán el consentimiento informado en el momento de definirse la hospitalización en La Clínica Montserrat.

Se garantizará la confidencialidad de los datos personales de los pacientes. Y previa autorización mediante consentimiento y asentimiento informado los resultados serán utilizados únicamente con fines académicos.

El estudio iniciara previa revisión y aprobación del comité de ética del C. E. I. Campo Abierto LTDA, el cual se encuentra aprobado por el Invima.

11. CRONOGRAMA:

Meses	Septiempre	octubre	noviembre	diciembre	enero	febrero	marzo	abril	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre
Definir tema y pregunta de investigación	X																							
Búsqueda del estado del arte y revisión de la literatura		X	X	X	X																			
Elaboración de anteproyecto						X	X	X	X	X														
Correcciones y aprobación de anteproyecto											X	X												
Aprobación de comité de investigación clínica Montserrat													X											
Aprobación de comité de ética en investigación														X										
Aplicación de instrumento (EAT40)															X	X	X	X	X	X				
Análisis de resultados																					X	X	X	X
Elaboración y Presentación de informe final																								

12. PRESUPUESTO:

Concepto	Cantidad	Valor Unidad	Valor total
Resma de Papel tamaño carta	2	8.000	16.000
Encuadernación	2	5.000	10.000
Tinta impresora	2	50.000	100.000
Remuneración investigadores	2	5.000.000	10.000.000
Transporte	30	15.000	450.000
Total	10.486.000		

13. RESULTADOS:

Los trastornos de alimentación como el bullying escolar, son dos problemas de salud pública según la OMS, teniendo una edad de aparición cada vez más temprana en la población infanto-juvenil. Estos dos problemas que cogen cada vez más fuerza en la salud mental de nuestros niños y adolescentes terminan alterando la funcionalidad de los pacientes y de sus familiares, conllevando así graves repercusiones en sus vidas familiares, escolares y sociales.(19) Por lo anterior el presente estudio busca evidenciar si en la población hospitalaria infanto-juvenil, de la clínica Montserrat,

existe o no una relación entre el bullying escolar y los trastornos de la conducta alimentaria.

Mediante los datos obtenidos, se caracterizó una población sociodemográfica entre los 12 y 17 años, con un total de 51 pacientes, a los cuales se les aplicó el EAT 26 y la CIE-A de cuevas. Los datos obtenidos, se recopilaron en un periodo de 6 meses, desde octubre 2021, hasta abril 2022. Durante el estudio se realizó una subdivisión del sexo y edad de los pacientes, donde se pudo evidenciar, que el 76% (39 pacientes) fueron mujeres, mientras que el 24% (12 pacientes) fueron hombres. Por otro lado, pudimos observar que la mayoría de la población que participó en este estudio tenía 16 años, ya que representaba el 25% de los pacientes (13 pacientes), siguiéndole así los 12 años con 23% (12 pacientes), 15 años con 19% (10 pacientes), 13 años con 15% (8 pacientes), 17 años con 15% (7 pacientes) y 12 años con 1,9% (1 paciente).

Por otro lado, según la muestra que recogimos, se pudo ver que, de los 51 pacientes, el 17,6% (9 pacientes) representan población clínica para trastorno de la conducta alimentaria, mientras que el 21,5% (11 pacientes) tienen riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria, según el EAT 26, con 41% de los pacientes que puntuaron dentro de los rangos normales. Por otro lado, el 35% (18 pacientes) de los pacientes encuestados, presentó bullying escolar según la CIE-A de cuevas abreviada.

De acuerdo con los resultados obtenidos, pudimos observar que de los 18 pacientes que dieron positivo para la CIE-a de cuevas, el 50% dieron positivos para el EAT 26, encontrando una posible relación en estos 8 pacientes. De los 9 pacientes con sintomatología clínica para TCA, sólo 3 presentaron bullying escolar, donde se obtuvo un intervalo de confianza de 4,505 +-, obteniendo así una prevalencia del 21,42%. Para la población en riesgo de padecer un TCA, de los 11 pacientes que puntuaron positivos, 5 pacientes sufrían de bullying escolar, donde se obtuvo un intervalo de confianza de 1,7975 +-, obteniendo así una prevalencia de 34,37%.

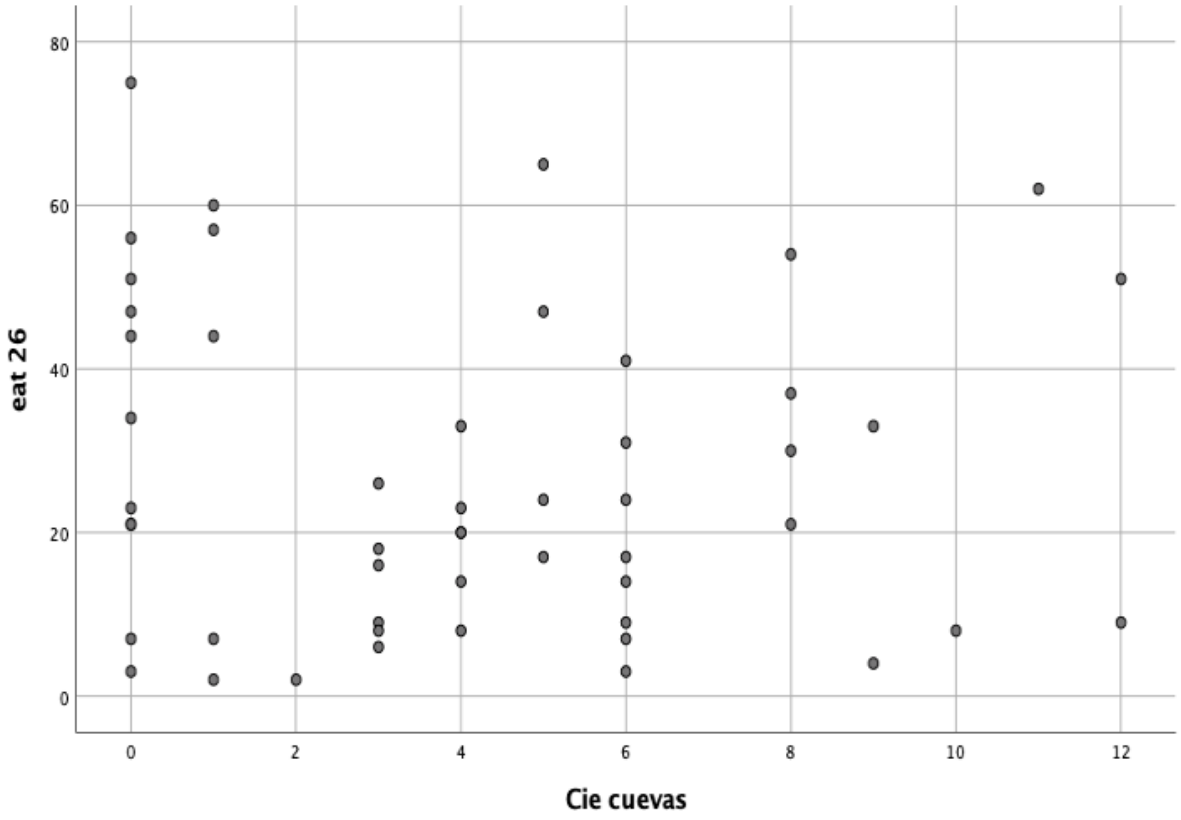

Grafico 1. Medida de dispersión

De acuerdo con el gráfico 1, se puede observar, una dispersión entre los puntos, es decir que no hay una correlación entre el EAT 26 y el CIE- a de cuevas, en la muestra estudiada.

Tabla cruzada PRESENCIA DE BULLIYING*EAT26 CLASIFICACION					
			EAT26 CLASIFICACION		
			ausencia de trastorno de alimentacion	presencia de trastorno alimenticio	Total
PRESENCIA DE BULLIYING	ausencia	Recuento	27	6	33
		% dentro de PRESENCIA DE BULLIYING	81,8%	18,2%	100,0%
		% del total	52,9%	11,8%	64,7%
	presencia	Recuento	15	3	18
		% dentro de PRESENCIA DE BULLIYING	83,3%	16,7%	100,0%
		% del total	29,4%	5,9%	35,3%
Total		Recuento	42	9	51
		% dentro de PRESENCIA DE BULLIYING	82,4%	17,6%	100,0%
		% del total	82,4%	17,6%	100,0%

Tabla 1. Tabla cruzada bullying escolar y EAT 26

En la tabla 2 de 2X2, se evidencia que de 51 pacientes se identificaron 18 con presencia de bullying según la prueba CIE-a De cuevas abreviada, de los cuales el 18.2% presentaron un trastorno de la conducta alimentaria (n=3), por otra parte; 35 pacientes no tuvieron bullying según la escala de CIE-a de cuevas abreviada, y solo el 17.6% (n=6) presentó trastorno de alimentación. Se procedió a realizar la prueba chi^2 de Pearson con el fin de establecer si hay dependencia entre las dos variables según los valores absolutos estudiados anteriormente, en los cuales se encontró con un valor p estadísticamente significativo p=0,002 por tanto se acepta que hay una asociación entre variables, es decir hay una dependencia.

Estimación de riesgo			
		Intervalo de confianza de 95 %	
	Valor	Inferior	Superior
Razón de ventajas para PRESENCIA DE BULLIYING (ausencia / presencia)	0,900	0,196	4,127
Para cohorte EAT26 CLASIFICACION = ausencia de trastorno de alimentacion	0,982	0,756	1,276
Para cohorte EAT26 CLASIFICACION = presencia de trastorno alimenticio	1,091	0,309	3,851
N de casos válidos	51		

Tabla 2. Estimación de riesgo

El OR para presencia de bullying como factor de riesgo en el TCA es de 1,091, con un IC del 95% (0,196- 4,127). Lo que implica que la presencia de bullying escolar no es un factor de riesgo para trastorno de la conducta alimentaria, ya que el IC supera el 1.

14. DISCUSIÓN:

Este estudio tenía como finalidad, evaluar la frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria en pacientes que puntuaran positivo para la escala de bullying escolar de CIE-a de cuevas abreviada, en un periodo de 6 meses, en pacientes menores de edad hospitalizados en la clínica Montserrat. Se tomó una muestra de 51 pacientes, en una población que fue mayormente femenina, ya que era la mayoría de los pacientes

hospitalizados que cumplieron los criterios de inclusión, entre los 12 y los 17 años. Los pacientes que participaron en la muestra eran pacientes hospitalizados por múltiples enfermedades mentales, más no por un diagnóstico de trastorno alimenticio.

Los instrumentos utilizados evaluaban por un lado la relación con la comida y con la autoimagen corporal, y por otro lado la percepción de ser victima de bullying escolar. La escala de CIE-a de cuevas abreviada, no está estandarizada para su evaluación, por lo que se determinó la positividad de esta de acuerdo con el cuartil (25%) que daba una puntuación de 6. Es decir que los pacientes que obtuvieran 6 o más preguntas positivas, puntuaban positivo para bullying escolar. Pudiendo así, ser una de las dificultades del estudio, ya que no está estandarizado la forma de evaluación de la escala y era difícil discernir quienes puntuaban positivo y quienes negativo.

El principal motivo que impulsó esta investigación fue ver cómo en la literatura internacional e inclusive en la experiencia clínica personal, era evidente una relación entre bullying escolar y el desarrollo a largo plazo de trastornos de la conducta alimentaria. Sin embargo, a pesar de la experiencia clínica, los resultados estadísticos del estudio demuestran lo contrario para la población utilizada en el estudio. No se encontró una relación directa ni significativa entre los mismos. En la revisión bibliográficas se pudieron ver que la mayoría de los estudios eran llevados a cabo en países desarrollados, en su mayoría en el continente europeo o Asiático, pudiendo tener también una repercusión en los resultados. Es importante recalcar, que la percepción respecto a la “mujer ideal” y la belleza femenina en estos países, es muy diferente a los países latinoamericanos, posiblemente siendo esta una razón para

tener mayor interés en estudiar las patologías asociadas a la alimentación y la autoimagen. Adicionalmente, estos estudios se llevaron a cabo en población ambulatoria, que habían presentado tanto bullying escolar como TCA. En unos de los estudios utilizados en esta investigación, se pudieron encontrar similitudes en los resultados obtenidos, ya que la población utilizada tenía similitudes. Entre las principales similitudes, se pudo encontrar la población hospitalizada y el hecho de que el estudio fue llevado a cabo en Sur América, más específicamente, en Argentina.

Otro factor que pudo llegar a influir en los resultados poco favorecedores del estudio puede también deberse, a que la muestra fue obtenida exclusivamente de la población hospitalizada, por otras causas no relacionadas con los trastornos de alimentación, si no por patológicas mentales de corte afectivo, ya que los pacientes con alteraciones en el pensamiento eran excluidos de la muestra. A pesar, de que las pacientes con trastornos alimentarios tengan altas tasas de suicidio, por lo general no llegan con frecuencia a un hospital psiquiátrico, dadas las complicaciones orgánicas que llegan a presentar y de la poca consciencia de enfermedad que presentan las pacientes y sus familiares, razón por la que no tienden a buscar ayuda por su patología alimenticia, si no por otras causas, como la ausencia de periodo menstrual, el estancamiento en el crecimiento, y los múltiples problemas endocrinológicas que vienen con el trastorno. Para los profesionales de la salud, tampoco es frecuente indagar sobre estas patologías, por lo que muchas veces pasa desapercibida, a pesar de llegar a sus consultas por las complicaciones de estas enfermedades. Además, es importante resaltar que los estudiantes, por lo general, no suelen buscar ayuda psiquiátrica por la presencia de bullying escolar, a pesar de la presencia de síntomas psiquiátricos y descompensaciones mentales que pueden presentar por el acoso

escolar. Es decir que a pesar de que en la literatura extranjera y en la clínica se puede observar una relación, en este estudio no se evidencia dicha relación, que puede ser explicada por múltiples factores como las características de la población hospitalaria y el contexto cultural.

15. CONCLUSIONES:

Se pudo determinar que la población hospitalizada en la clínica Montserrat, que fue utilizada para el estudio y que cumplía con los criterios de inclusión, correspondiente a los pacientes menores de edad, es en su mayoría población femenina, entre los 12 y 17 años.

No se encontró una asociación significativa en la frecuencia de los trastornos de la conducta alimentaria en pacientes en edad escolar, que puntuaran positivo para el CIE-a de cuevas abreviada, a pesar de que la literatura internacional y la experiencia clínica nos muestre lo contrario. Esto teniendo en cuenta que la escala de Cie de cuevas abreviada, no tiene una forma estandarizada de calificarla, pudiendo afectar de alguna forma los resultaos que se obtuvieron en el estudio. Se superó esta dificultad, al sacar el cuartil de la escala, para establecer a partir de qué puntuación se consideró positiva la escala.

Se considera que los trastornos de la conducta alimentaria son patologías que pueden pasar desapercibidas por los profesionales de la salud, ya que el 39,2% de los pacientes evaluados puntuaron como población clínica o población en riesgo de un trastorno de alimentación, sin ser necesariamente detectado o tratado durante la

estancia hospitalaria. Que, a pesar de no ser una cifra significativamente alta, no deja de ser preocupante.

Para poder determinar una relación entre bullying escolar y trastorno de la conducta alimentaria, hace falta más estudios clínicos, que sean más amplios, donde se pueda determinar la relación estadística y clínica entre estos dos problemas de salud publica. Pues este estudio, tuvo muchas limitaciones desde la aplicación de las escalas, donde muchos pacientes por no tener acceso a sus padres se quedaron por fuera del estudio, además de solo contar con la población hospitalizada en la clínica Montserrat.

16. Bibliografía.

1. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes : Parte I. Epidemiología, clasificación y evaluación inicial | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cited 2021 Aug 7]. Available from: https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864012703516?token=57B90A5C4411D5DDED62FA248388BDC1ABE90AB35397449D9CBB77DE9B6F82145D001DB0388040F4E8A85B196DA2BB69&originRegion=us-east-1&originCreation=20210808174304

2. Farchaus Stein K, Corte C. Identity impairment and the eating disorders: Content and organization of the self-concept in women with anorexia nervosa and bulimia nervosa. European Eating Disorders Review. 2007 Jan;15(1):58–69.

3. Frieling H, Rómer KD, Scholz S, Mittelbach F, Wilhelm J, de Zwaan M, et al. Epigenetic dysregulation of dopaminergic genes in eating disorders. International Journal of Eating Disorders. 2010 Nov 1;43(7):577–83.

4. Klump KL, Miller " K B, Keel PK, M M, G, Iacono WG. Genetic and environmental influences on anorexia nervosa syndromes in a population-based twin sample. Psychological Medicine. 2001.

5. Brigham KS, Manzo LD, Eddy KT, Thomas JJ. Evaluation and Treatment of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) in Adolescents. Current Pediatrics Reports. 2018 Jun;6(2):107–13.

6. Bulik CM, Brownley KA, Shapiro JR. Diagnosis and management of binge eating disorder DIAGNOSIS OF BED: CONTROVERSIES AND EVOLVING ASSESSMENT STRATEGIES.

7. Duarte C, Pinto-Gouveia J, Stubbs RJ. The prospective associations between bullying experiences, body image shame and disordered eating in a sample of adolescent girls. Personality and Individual Differences. 2017 Oct 1;116:319–25.

8. Díaz-Marsá_2000.

9. Vázquez Arévalo R, López Aguilar X, Ocampo Tellez-Girón MT, Mancilla-Diaz JM, Vázquez Arévalo R, López Aguilar X, et al. El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. Revista mexicana de trastornos alimentarios [Internet]. 2015 Jul 1 [cited 2021 Aug 3];6(2):108–20. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232015000200108&lng=es&nrm=iso&tlng=es

10. Díaz-Marsá M, Carrasco JL, Basurte E, Sáiz J, López-Ibor JJ, Hollander E. Enhanced cortisol suppression in eating disorders with impulsive personality features. Psychiatry Research. 2008 Feb 28;158(1):93–7.

11. Cassiani-Miranda CA, Gómez-Alhach J, Cubides-Munévar AM, Hernández-Carrillo M. Bullying and its related factors amongst high school students From a school in Cali, Colombia. Rev salud pública [Internet]. 2014 [cited 2021 Aug 7];16(1):14–26. Available from: http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v16n1.43490

12. Godart NT, Perdereau F, Jeammet P, Flament MF. Comorbidité et chronologie d'apparition des troubles anxieux dans les troubles du comportement alimentaire. Annales Medico-Psychologiques. 2003 Sep 1;161(7):498–503.

13. Yue L, Wang Y, Kaye WH, Kang Q, Huang J bin, Cheung EFC, et al. Structural alterations in the caudate nucleus and precuneus in un-medicated anorexia nervosa patients. Psychiatry Research - Neuroimaging. 2018 Nov 30;281:12–8.

14. FAJARDO E, MÉNDEZ C, JAUREGUI A. PREVALENCIA DEL RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN UNA POBLACIÓN DE ESTUDIANTES DE SECUNDARIA, BOGOTÁ-COLOMBIA. Revista Med [Internet]. 2017 Jun 25 [cited 2021 Sep 6];25(1):46–57. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562017000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=es

15. Semenova N, Vásquez M, Cárdenas Zuluaga N, Yajaira D, Fernández B. Artículo de investigación Validación de un cuestionario breve para detectar intimidación escolar Validation of a Short Questionnaire to detect School Bullying. 2012;2:70–8.

16. Irala J de, Cano-Prous A, Lahortiga-Ramos F, Gual-García P, Martínez-González MA, Cervera-Enguix S. Validación del cuestionario Eating Attitudes Test (EAT) como prueba de cribado de trastornos de la conducta alimentaria en la población general. Medicina Clínica [Internet]. 2008 Apr 12 [cited 2021 Aug 8];130(13):487–91. Available from: https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-validacion-del-cuestionario-eating-attitudes-13119489

17. Gouveia V, Pronk L, de S, V RS, N JP. Sociedad Interamericana de Psicología Organismo Internacional. Interamerican Journal of Psychology [Internet]. 2010 [cited 2021 Aug 7];44(1):28–36. Available from: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28420640004

18. DM G, MP O, Y B, PE G. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. Psychol Med [Internet]. 1982 [cited 2021 Aug 7];12(4):871–8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6961471/

19. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biological Psychiatry. 2007 Feb 1;61(3):348–58.

17. Anexo 1. Instrumento de recolección de información.

TABLA 2

***Eating attitudes test* (EAT-26)**

		Siempre	Muy a menudo	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
1	Me da mucho miedo pesar demasiado						
2	Procura no comer aunque no tenga hambre						
3	Me preocupo mucho por la comida						
4	A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer						
5	Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6	Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
7	Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.)						
8	Noto que los demás preferirían que yo comiese más						
9	Vomito después de haber comido						
10	Me siento muy culpable después de comer						
11	Me preocupa el deseo de estar más delgado/a						
12	Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
13	Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a						
14	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
15	Tardo en comer más que las otras personas						
16	Procuro no comer alimentos con azúcar						
17	Como alimentos de régimen						
18	Siento que los alimentos controlan mi vida						
19	Me controlo en las comidas						
20	Noto que los demás me presionan para que coma						
21	Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
22	Me siento incómodo/a después de comer dulces						
23	Me comprometo a hacer régimen						
24	Me gusta sentir el estómago vacío						
25	Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
26	Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

Anexo1. Escala abreviada del Cuestionario de intimidación Escolar CIE-A

Situaciones de victimización por intimidación
No me dejan participar, me excluyen
Me obligan a hacer cosas peligrosas para mí
Rompen mis cosas a propósito
Me esconden las cosas
Dicen a otros que no estén conmigo o que no me hablen
Me insultan
Me pegan coscorrones, puñetazos, patadas
Me chiflan o gritan
Me desprecian
Me llaman por apodos
Me amenazan para que haga cosas que no quiero
Me obligan a hacer cosas que están mal
Síntomas de ansiedad, depresión, estrés post traumático y efectos sobre autoestima
Si volviera a nacer pediría ser diferente a como soy
Creo que nadie me aprecia
Tengo sueños y pesadillas horribles
Me suelen sudar las manos sin saber por qué
A veces tengo una sensación de peligro o miedo sin saber por qué
Al venir al colegio siento miedo o angustia
A veces me encuentro sin esperanza
A veces creo que no tengo remedio
Algunas veces tengo ganas de morirme
Algunas veces me odio a mí mismo
A veces me viene recuerdos horribles mientras estoy despierto
Me vienen nervios, ansiedad o angustia sin saber por qué
Intimidación por parte de respondientes
No dejo participar, excluyo
Obligo a hacer cosas peligrosas para él o ella
Obligo a darme sus cosas
Rompo sus cosas a propósito
Robo sus cosas
Envío mensajes para amenazarle
Zarandeo o empujo para intimidar
Me burlo de él o ella
Riego chismes falsos sobre él o ella
Mando mensajes o dibujos ofensivos por internet y/o celular
Trato de hacer que otros les desprecien
Digo nombres ofensivos, comentarios o gestos con contenido sexual

18. Anexo 2 Formulario de consentimiento informado.

1. INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE PARA REALIZACIÓN DE ENCUESTA FRECUENCIA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN PACIENTES EN EDAD ESCOLAR QUE PUNTUAN POSITIVO PARA BULLYING SEGÚN LA ESCALA CIE-A DE CUEVAS.

Título de la investigación: **Frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria en pacientes en edad escolar que puntúan positivo para bullying según la escala cie-a de cuevas.**

Se invita a su hijo, actual paciente de la clínica Montserrat, a participar en un estudio sobre bullying escolar y trastorno de la conducta alimentaria. Con el objetivo de establecer una relación entre ambos.

Investigadores principales: María Camila Rivera. Médico Psiquiatra, residente de Psiquiatría infantil y del adolescente.

Asesor temático: Dr. Roberto Chaskel, Psiquiatra infantil y del adolescente, Dra. Magdalena Fernandez, Psiquiatra infantil

Descripción del estudio: Este es un estudio observacional, lo que implica que no se realizará ninguna intervención activa por parte de los investigadores, solo una observación mediante una encuesta auto aplicada.

Objetivo del estudio: Determinar la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en pacientes escolares, que refieren presentar o haber presentado bullying escolar, por medio de la escala eat 26, en un periodo de 6 meses. Esto con el fin de evaluar el número de pacientes que pueden tener un trastorno alimentario y evaluar la relación y el impacto del bullying escolar en esta patología.

Como parte de la información recolectada se tomarán datos adicionales como sexo, edad y escolaridad.

Participación: Se invita a su hijo a participar consiste en contestar una encuesta escrita en una única ocasión. Es de carácter anónimo y su realización demora alrededor de 5 minutos.

Se realizará durante el periodo de hospitalización, sin afectar las actividades o el tratamiento previamente establecido.

La participación del paciente es completamente libre y voluntaria.

No se le pagará por la participación en este estudio. No tendrá ningún costo para el paciente ni sus familias.

Puede formular todas las preguntas que desee en cualquier momento hasta que queden satisfechas sus dudas. Para esto se cita la información de contacto de los investigadores al final del documento.

La no participación no influirá en la atención ni en la estancia hospitalaria.

Podrá retirar su consentimiento a participar en cualquier momento de la investigación.

Confidencialidad: La encuesta es anónimas. No se utilizarán los nombres de los pacientes. Serán codificadas con un número de participante.

La información obtenida es de absoluta confidencialidad y no se utilizará para ningún propósito diferente al de la investigación. Toda la información del estudio será guardada en forma confidencial y anónima y será manejada únicamente por el grupo de investigadores. Sólo el personal a cargo del estudio y el Comité de Ética en

Investigación que lo supervisa podrá tener acceso a esta información. Sin embargo, en caso de usted solicitarlo podrá acceder de manera individual a los mismos.

Riesgos y beneficios del estudio: La realización de la encuesta se considera como "procedimientos comunes" de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 (normas científicas técnicas y administrativas para la investigación en salud) y se ejecutara con las medidas de cuidado técnicas pertinentes.

La aplicación de la encuesta se realizará en un único momento, siendo esta actividad supervisada por personal entrenado en la técnica.

Aunque no se han reportado riesgos inherentes a la realización de la encuesta, se tratan aspectos sensibles de la conducta del individuo, razón por la cual se considera una investigación con riesgo mínimo, siguiendo los lineamientos de la Resolución 8430 de 1993.

El beneficio que traerá el participar en este estudio es tener información respecto a la patología. Adicionalmente usted podrá solicitar información sobre los resultados de la investigación, una vez se haya realizado el análisis de la información al finalizar el estudio.

De requerir alguna información referente al estudio puede comunicarse con los investigadores principales del mismo María Camila rivera, residentes de Psiquiatría infantil y del adolescente Universidad El Bosque- Clínica Montserrat (Teléfono: 2596000 Ext 6111, macariga@hotmail.com, dirección: Calle 134 no 17-71).

En caso de tener inquietudes frente al marco ético del presente estudio, puede comunicarse con el Comité de Ética en Investigación CEI CAMPO ABIERTO LTDA, Dr. Eduardo Angarita, eticaeninvestigacion@hotmail.com.

2. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PACIENTE

Mediante la firma de este documento, ratifico que:

1. He leído atentamente y comprendido la información contenida en el documento de consentimiento.

2. En calidad participante, acepto mi participación voluntaria en el estudio.

3. Comprendo que puedo retirar la participación en el estudio en el momento que lo considere.

4. Comprendo que se mantendrá la confidencialidad y la información obtenida será utilizada solo para fines del estudio.

6. Me han informado los riesgos que pueden derivarse del estudio.

7. Me han informado los beneficios que pueden obtenerse.

8. Puedo formular preguntas en cualquier momento y puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando haya concluido.

9. Sé que se me entregará una copia de este formulario de consentimiento informado.

Nombre de los padres:

_____

N.º de cédula: _____

Fecha (Día/Mes/año): _____/_____/_____

Nombre del participantes:

_____

Nombre del Investigador que aplica el consentimiento informado:

_____

N.º de cédula: _____

Fecha (Día/Mes/año): _____/_____/_____

Firma: _____

Testigo 1	**Testigo 2**
Nombre:_	Nombre:

_____ N.º de cédula: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Relación: _____ Firma: _____	_____ _ N.º de cédula: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Relación: _____ Firma: _____

Anexo 3: Formulario de asentimiento informado.

Fecha: __/__/____

Yo_____ identificado con tarjeta de identidad no. _____ acepto de forma voluntaria, participar en el estudio " frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria en pacientes en edad escolar que puntúan positivo para bullying según la escala cie-a de cuevas." por medio de la realización de encuesta que aplicaré en mi, realizada por investigadora Maria Camila Rivera, identificada con c.c 1088290872. Entiendo que no se me pagará por la participación en este estudio. Puedo formular todas las preguntas que quiera, en cualquier momento hasta que queden resueltas todas mis dudas. La no participación no influirá en la atención, ni en mi estancia hospitalaria.

Fecha de nacimiento

__/__/____

Edad:

_____

Sexo:

_____

Firma

_____

Número identificación: