

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSGRADO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**



**ACOSO ESCOLAR Y SU RELACION CON LA OBESIDAD EN PACIENTES
DE 8-12 AÑOS DEL HOSPITAL BENJAMIN BLOOM DURANTE JULIO-
OCTUBRE DEL 2022.**

Presentado por:

Dra. Orquídea Geraldina Domínguez Martínez

Para Optar al Título de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA
PEDIATRICA

Asesor temático:

Dra. Xenia Margarita Durán Avendaño

Asesor metodológico:

Dra. Ileana María Hernández

Ciudad Universitaria "Dr. Fabio Castillo Figueroa", El Salvador, Marzo de 2023

GLOSARIO DE SIGLAS

FSH: Hormona folículo estimulante

GH: Hormona de crecimiento

HTA: Hipertensión arterial

HNNBB: Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

IMC: Índice de masa corporal

ISSS: Instituto Salvadoreño del Seguro Social

IMAO: Inhibidores de monoamino oxidada

IOM: Instute of medicine

LEPINA: Ley de protección integral de la niñez y adolescencia

OMS: Organización mundial de la salud

ONU: Organización de las naciones unidas

PMA: Programa mundial de alimentos

CONTENIDO

RESUMEN...	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCION...	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
JUSTIFICACIÓN...	7
OBJETIVOS	9
FUNDAMENTO TEÓRICO.....	10
DISEÑO METODOLÓGICO	28
PRESENTACION DE RESULTADOS.....	32
DISCUSIÓN	43
CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES.....	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
ANEXO 1 OPERATIVIZACION DE VARIABLES	49
ANEXO 2 CRONOGRAMA	52
ANEXO3 CONSIDERACIONES ETICAS	53
ANEXO 4 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	54
ANEXO 5 ASENTIMIENTO INFORMADO.....	58
ANEXO 6 PRESUPUESTO...	63

RESUMEN

La obesidad es una enfermedad multifactorial, crónica, de alta prevalencia y difícil tratamiento. La obesidad infantil tiene consecuencias médicas y psicológicas, uno de los principales problemas del niño obeso, es la repercusión psicosocial el simple hecho de lucir diferente puede ser motivo de acoso escolar. Un estudio realizado por el Instituto de Salud Infantil en Inglaterra, encontró que la obesidad era un predictor de acoso tanto en niños como en niñas, pero que en el caso de los niños obesos, éstos también eran propensos a ser agresores, ya que tienen una ventaja física sobre otros niños de su misma edad. Por lo que el objetivo del presente estudio fue determinar el acoso escolar y su relación con la obesidad en pacientes de 8-12 años del Hospital de Niños Benjamín Bloom. **Material y métodos:** se realizó un estudio descriptivo, transversal y prospectivo. Los datos fueron obtenidos a través de una entrevista realizada a 138 pacientes, previa autorización de un consentimiento y asentimiento informado y que cumplían con los criterios de inclusión, en el momento que asistieron a su cita programada durante Julio y Octubre del 2022; en la entrevista se hizo uso de un cuestionario administrado por el investigador, con ayuda de la plataforma de Google Forms. Posteriormente los datos recolectados fueron procesados en el programa de Microsoft Excel 365. **Resultados:** Se identificó que el sexo predominante fue masculino con una razón 1.3:1 con mayor prevalencia a los 10 años. La ansiedad es el principal síntoma psicopatológico como consecuencia del acoso escolar, el principal tipo de acoso es el verbal y según el perfil psicológico y la conducta social de estos pacientes el 58% son víctimas mientras el 42% son agresores. **Conclusiones:** Se evidenció que la población pediátrica con Obesidad que sufre de acoso escolar presentan psicopatologías, por lo que es importante invertir en un equipo multidisciplinario que pueda brindar atención oportuna a este grupo.

ABSTRACT

Obesity is a multifactorial, chronic, highly prevalent disease that is difficult to treat.. Childhood obesity has medical and psychological consequences, one of the main problems of obese children, is the psychosocial repercussion, the simple fact of looking different can be a reason for bullying. A study carried out by the Institute of Child Health in England, found that the Obesity was a predictor of bullying in both boys and girls, but in the case of obese boys, they were also likely to be bullies, since they have a physical advantage over other children of the same age.PTherefore, the objective of this study was to determine bullying and its relationship with obesity in patients aged 8-12 years at the Benjamín Bloom National Children's Hospital. Material and methods: a descriptive, cross-sectional and prospective study was carried out. The data was obtained through an interview conducted with 138 patients, prior authorization of informed consent and assent and who met the inclusion criteria, at the time they attended their scheduled appointment during July and October 2022; In the interview, a questionnaire administered by the researcher was used, with the help of the Google Forms platform. Subsequently, the collected data were processed in the Microsoft Excel 365 program. A descriptive analysis was carried out for its interpretation. Results: It was identified that the predominant sex was male with a 1.3:1 ratio with a higher prevalence at 10 years. Anxiety is the main psychopathological symptom as a consequence of bullying. The main type of bullying is verbal followed by physical bullying and according to the psychological profile and social behavior of these patients, 58% are victims while 42% are aggressors. Conclusions: It was evidenced that the pediatric population with obesity who suffers from bullying present psychopathologies, so it is important to invest in a multidisciplinary team that can provide timely care to this group.

INTRODUCCION

La obesidad actualmente es conocida como la gran epidemia del siglo XXI, afecta indistintamente a mujeres y hombres, adultos, adolescentes y niños. Se trata de una enfermedad compleja y multifactorial que puede iniciarse en la infancia, y se caracteriza por un exceso de grasa corporal que coloca al individuo en una situación de riesgo para la salud. En general, los factores determinantes más estudiados de la obesidad están relacionados con el estilo de vida, especialmente el binomio alimentación y actividad física¹

En cuanto a su definición, se considera a la obesidad como un exceso de tejido adiposo en el cuerpo, tanto en niños como en adultos; se caracteriza por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto de energía; se considera una enfermedad crónica con un componente genético importante y representa, en la actualidad, un problema mundial de salud pública ²

El estigma social de la obesidad tiene un efecto negativo sobre el auto concepto de sujeto. Las consecuencias psicosociales de la obesidad derivan de la marginación, rechazo y prejuicio de la sociedad. Este desprecio que desde la infancia comienza a padecer la persona obesa, le produce un daño irreparable en la valoración de su imagen corporal y autoestima. Los niños con obesidad sufren el rechazo y discriminación por parte de sus pares, por lo cual, desarrollan baja autoestima y tienden a aislarse socialmente. Se convierten así, en niños menos activos y terminan refugiándose en la comida, agravando y perpetuando su enfermedad. ³

La investigación de acoso escolar y obesidad es escasa, en los pocos estudios publicados se ha identificado que el antecedente de maltrato infantil puede aumentar o exacerbar riesgos psicosociales relacionados con el desarrollo y mantenimiento de la obesidad. Una teoría propone que los alimentos sirven como

mecanismo compensador en niños que han vivido una experiencia traumática o que viven en condiciones hostiles y que tienen deficiencias afectivas.

El acoso escolar por lo general se compone de los siguientes elementos, suele incluir conductas negativas diversas como, burlas, amenazas, intimidaciones, agresiones físicas, aislamiento sistemático, insultos etc. Supone un abuso de poder sobre la víctima, el matón generalmente se encuentra apoyado por un grupo, contra una víctima que se encuentra indefensa, y que no puede salir de la situación por ella misma.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La obesidad y sobrepeso constituyen actualmente un problema mundial tanto en niños como en adultos, y su prevalencia va en aumento tanto en países industrializados como en países en desarrollo¹. Presenta un origen multifactorial y complejo que se desarrolla por la interacción del genotipo y del medio ambiente, que tiene su raíz en factores sociales, culturales de comportamiento, fisiológicos, metabólicos y genéticos. Los niños que presentan obesidad entre los seis meses y siete años de edad, tienen una probabilidad del 40% de seguir siendo obesos en la edad adulta, mientras que para los que comenzaron entre los diez y trece años es del 70% ; esto , debido a que los adipocitos se multiplican en esta etapa de la vida.²

Según datos de la Encuesta Mundial de Salud Escolar, en El Salvador 2014, se observó el sobrepeso en el 28.9% de los escolares y obesidad en el 9.9% de los adolescentes.³

Otra encuesta nacional hecha por el Programa Mundial de Alimentos (PMA) en 2017 los niños de primer grado de siete a ocho años la mayoría, el 30 % pesa más de lo que debería, 17 % con sobrepeso y un 13 % por obesidad. La obesidad infantil tiene varias consecuencias a corto plazo para el bienestar de los niños, ya que predice la aparición de síntomas depresivos, baja autoestima, estigmatización, e intimidación por los pares.

La intimidación o bullying se caracteriza por una agresión repetida en la que una persona tiene la intención de dañar o perturbar a otra persona y puede adoptar diversas formas, tales como golpes, insultos, chismes, y exclusión social. El bullying en la escuela es un fenómeno generalizado con un impacto negativo en la salud mental de los niños y en el funcionamiento escolar.

Además, el ser víctima también puede afectar el estilo de vida de los niños y conducir a conductas obesogénicas, como evitar las actividades sociales y los deportes y darse atracones en respuesta al estrés. Varios estudios han demostrado que niños y adolescentes en edad escolar con sobrepeso a menudo son víctimas de bullying relacionado con el peso, y también de otras formas de intimidación. Utilizando datos de una cohorte de base poblacional del Reino Unido, Griffiths y colaboradores informaron que las niñas y niños obesos eran ~ 1,5 veces más tendientes a ser intimidados que sus contrapartes de peso normal. Las investigaciones previas se centraron principalmente en la victimización, pero también evaluaron la perpetración del bullying y hallaron que los niños con un peso corporal elevado eran tendientes a ser agresores. Esto podría reflejar la fuerza física y el dominio de los muchachos corpulentos, pero la intimidación también pueden ser una expresión de agresión reactiva en respuesta a ser victimizado. Los científicos normalmente se refieren a los niños que son a la vez víctima y agresor como víctimas provocadoras. Estas personas llamadas víctimas provocadoras tienen un riesgo muy alto de problemas psicosociales tardíos. Por lo que se ha considerado la necesidad de realizar este estudio en nuestra población para examinar los diferentes roles de la participación del bullying entre los niños con obesidad.

JUSTIFICACIÓN

En El Salvador, el “Bullying”, “acoso escolar” o “matoneo escolar” como también es conocido, en América Latina, es un tipo de maltrato intencional realizado entre escolares. Este patrón de comportamiento agresivo implica acciones no deseadas, negativas, repetidas y constantes en el tiempo, con un evidente desequilibrio de poder y fuerza, del cual los agresores y víctimas son los mismos niños, niñas y adolescentes. Siendo sus características principales la intencionalidad de la agresión física, verbal o virtual, el desequilibrio de poder entre el acosado o acosada y el acosador o acosadora, que puede ser de orden físico, psicológico o social y la repetición de la agresión a lo largo del tiempo.

Según el Foro-Taller denominado “El Bullying en El Salvador: identificarlo para prevenirlo y erradicarlo”, organizado por PLAN El Salvador con apoyo de ONU, el 34.1% de estudiantes de tercer ciclo y bachillerato manifestaron haber sido víctimas de bullying.¹

En el niño que tiene obesidad, estas consecuencias se imprimen aún más profundamente en la formación de su personalidad, debido a que no son víctimas únicamente en el ámbito escolar, sino que lo son en todos los ámbitos de la sociedad actual.²

Los preadolescentes obesos son más propensos a ser víctimas de acoso escolar porque se apartan de los ideales de apariencia. Otros niños obesos tienden a ser matones, presumiblemente a causa de su dominio físico en el grupo de pares.³

En el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, siendo un nosocomio de subespecialidades pediátricas, en la consulta de endocrinología se observa un aumento en el porcentaje de pacientes con obesidad, En el área de nutrición del Bloom y el ISSS consultan más niños obesos que desnutridos. Seis de cada 100 niños menores de cinco años tienen ya sobrepeso en El Salvador. Los expertos

coinciden en que la actividad física infantil ha disminuido y que el azúcar y los carbohidratos predominan¹. Muchos de estos pacientes presentan alteraciones conductuales, depresión, ansiedad ya que son víctimas de acoso y son referidos a consulta externa de psiquiatría donde se continua con el manejo multidisciplinario. Existen muy pocas investigaciones respecto al tema, por lo que se considera importante conocer relación entre acoso escolar y obesidad para proponer una alternativa terapéutica que englobe aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Identificar la relación que existe entre el acoso escolar y obesidad en los pacientes de 8 a 12 años en la consulta externa de endocrinología del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante Julio-Octubre de 2022.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Describir la caracterización sociodemográfica de los pacientes con obesidad que sufren acoso escolar.
2. Reconocer síntomas psicopatológicos relacionados con acoso escolar dentro de la población antes descrita.
3. Definir cual tipo de acoso escolar : físico , verbal y social es más frecuente.

MARCO TEÓRICO

La obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. El problema es mundial y está afectando progresivamente a muchos países de bajos y medianos ingresos sobre todo en el medio urbano. la prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante.¹

Índice de masa corporal

La obesidad o el aumento de adiposidad se define mediante el índice de masa corporal (IMC), que es una excelente aproximación de la determinación más directa de la grasa corporal. $IMC = \text{peso en kilogramos} / (\text{talla en metros})^2$. Los adultos con un $IMC \geq 30$ cumplen el criterio de obesidad, y aquellos con un IMC 25-30 se encuentran en el intervalo de sobrepeso. Durante la infancia, los niveles de grasa corporal varían, comenzando por una elevada adiposidad durante la lactancia. Los niveles de grasa corporal disminuyen durante aproximadamente 5,5 años hasta el período llamado rebote depositario, cuando la grasa corporal se encuentra típicamente a un nivel mínimo. Por tanto, la obesidad y el sobrepeso se definen utilizando los percentiles del IMC; los niños >2 años de edad con un $IMC \geq 95^{\circ}$ percentil cumple el criterio de obesidad, y aquellos con un IMC entre el 85° y el 95° se encuentran en el rango de sobrepeso.²

Patogenia

Tiene un origen complejo multifactorial, en el cual están involucrados factores genéticos, ambientales, neuroendocrinos y metabólicos. La regulación del apetito y el gasto energético dependen de distintos factores, los cuales se describen a continuación.

Factores genéticos

Los determinantes genéticos tienen también importancia en la susceptibilidad individual a la obesidad. Existen enfermedades genéticas asociadas a obesidad, como el síndrome de Prader-Willis, que se debe a la ausencia de genes con impronta paterna en la región 15q11.2- q13. El síndrome de Prader-Willis se caracteriza por un apetito insaciable y una búsqueda constante de comida. La modificación ambiental epigenética de los genes puede tener una función en el desarrollo de obesidad, especialmente durante el período fetal y los primeros años de la vida.

Factores ambientales, sociales y culturales

Los aspectos culturales regulan las condiciones de alimentación en determinadas zonas. La nutrición es el conjunto de procesos para poder obtener energía para distintas actividades. La alimentación es voluntaria, cultural. El estilo de vida impuesto por Occidente, con un aumento cada vez mayor del sedentarismo y el consumo de dietas hipercalóricas, constituye un factor fundamental en la génesis de la obesidad.

Factores metabólicos y endocrinos

El metabolismo de los alimentos está regulado por distintas hormonas:

- Insulina.
- Hormonas antiinsulínicas: GH, catecolaminas, tiroideas, glucocorticoides.

La alteración de alguna de estas hormonas puede dar lugar a la obesidad. Se deben descartar las causas siguientes:

- Incremento de la producción de insulina para evitar las hipoglucemias frecuentes, lo que puede conducir a la obesidad.

- H. tiroideas: el hipotiroidismo se puede acompañar de obesidad leve, pero no es habitual en la obesidad mórbida.

Factores psicológicos

Puede existir una relación entre la situación psíquica y la ingesta de alimentos: estrés, depresión (mayor en el tipo estacional), algunos procesos psicóticos y el uso de fármacos antipsicóticos pueden asociarse a obesidad (los antidepresivos IMAO inhiben el apetito; los tricíclicos lo incrementan). En cambio, la bulimia y la sobreingesta compulsiva cursan con obesidad.¹

Clasificación

1. Según la distribución de la grasa corporal:

a) Distribución homogénea o generalizada.

b) Distribución abdominal o androide cuando se acumula la grasa en la región abdominal (forma de manzana). Se asocia a más complicaciones metabólicas: hiperlipidemia (hipertrigliceridemia), hiperinsulinemia, resistencia insulínica, intolerancia a la glucosa y enfermedad vascular asociada (HTA y enfermedad coronaria).

c) Distribución glúteo-femoral o ginecoide cuando se acumula la grasa en la cadera y la región glúteo-femoral.

2. Tipo celular:

a) Hiperplásica: existe un aumento en el número de adipocitos, aunque estos son de tamaño normal. Aparece en épocas de crecimiento. Se consideran responsables de la obesidad infantil y del adolescente, que posteriormente se correlaciona con la obesidad del adulto.

b) Hipertrófica: los adipocitos son normales en número, pero están cargados de grasa y son de mayor tamaño. Tiene mejor pronóstico que la obesidad hiperplásica.

3. Edad de inicio:

a) Infantil: 50 % de obesos en la edad adulta.

b) Adulto.

4. Según la causa:

a) Obesidad exógena: está ligada a la ingesta de dietas hipercalóricas y/o a la escasa actividad física, y quizás a una predisposición genética para conservar y almacenar energía (95 %).

b) Obesidad no exógena: ligada a enfermedades genéticas o endocrinas (5 %).

Diagnóstico

Es necesario realizar una valoración individual de las características de la historia clínica, la exploración física y los datos de laboratorio.

Historia clínica (anamnesis):

- Afecciones que pueden provocar obesidad secundaria: Cushing exógeno o endógeno, enfermedades hereditarias, hipotiroidismo, hipogonadismo, ovarios poliquísticos, hipoglucemia, masa intracraneal.
- Consumo de fármacos: corticoides, antipsicóticos, antidepresivos tricíclicos, fenotiazinas.
- Características de la obesidad: grado, distribución de la grasa, valoración de la dieta mediante encuestas dietéticas, distribución horaria de las comidas, relación con la ansiedad, tiempo dedicado a comer, repite

comidas, si vomita, si come por la noche, toma diuréticos o laxantes, bulimia nerviosa.

- Edad de comienzo y evolución del peso (infancia, pubertad).
- Actividad física.
- Problemas psiquiátricos: depresión, ansiedad, bulimia, sobreingesta compulsiva.

Examen físico:

Peso, altura, presión arterial, distribución corporal de grasa, estrías cutáneas, hirsutismo, intertrigo, várices, flebitis, dolor y deformidad articular, bocio.

Exámenes de laboratorio:

- Hemograma, glicemia ,lipidograma , creatinina

Otros exámenes:

- Hormonas tiroideas. Prueba de tolerancia a la glucosa.FSH, LH y testosterona: la obesidad puede estar asociada a hipogonadismo.ECO abdominal: para analizar la afectación del hígado y de las vías biliares.

-

Consecuencias

- Alteraciones del desarrollo puberal: pubertad adelantada, pseudohipogonadismo, ginecomastia.
- Trastornos ortopédicos: genuvalgum y la epifisiólisis de la cabeza femoral, pie plano, escoliosis, coxa vara y enfermedad de Perthes.
- Problemas dermatológicos: estrías, infecciones por hongos en las zonas de pliegues.

La persistencia de la obesidad infantil hasta la edad adulta aumenta significativamente el riesgo de padecer el síndrome metabólico.

- HTA (PA > 160/90 mmHg).
- Dislipidemia (T.G> 1,7 mmol/L y/o HDL < 0,9 mmol/L en H y < 1 en M).
- Obesidad (IMC 30 kg/m²) y/o ICC > 0,90 en H, > 0,85 en M.

La obesidad se asocia, en los adolescentes, con tensión arterial elevada, concentraciones de lípidos y lipoproteínas anormales y elevación de la insulina plasmática. También se trata de una población con riesgo elevado de presentar enfermedades cardiovasculares en la vida adulta. En relación con los factores de riesgo cardiovascular, la distribución de la grasa corporal parece más importante que la cantidad de grasa total. Por ello es importante también la medida de la circunferencia de la cintura, como se ha indicado en el apartado Diagnóstico. Desde este punto de vista, la obesidad de tipo abdominal, central o androide, es más perjudicial que la obesidad de caderas, periférica o ginoide. Los niños con obesidad nutricional pueden presentar problemas ortopédicos como epifisiolisis¹, pie plano y escoliosis. Pueden también presentar manifestaciones psicológicas derivadas de la falta de aceptación social y de la baja autoestima. La alteración de la función respiratoria es poco frecuente; sin embargo, en casos extremos puede aparecer un síndrome de Pickwick que combina hipoventilación alveolar, retención de dióxido de carbono y somnolencia.

Tratamiento preventivo

- La obesidad se debe prevenir desde la infancia, con hábitos alimentarios adecuados.
- Mantener la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.
- No forzar al niño a ingerir alimentos sólidos antes de los 6 meses.
- Es muy importante consumir los cereales solos y no en combinación con las grasas o los azúcares.
- Mantener buenos hábitos alimentarios. Respetar el horario de las comidas.

- Ejercicios físicos
- Educación nutricional y modificación de la conducta.

El Comité para la prevención de la obesidad en niños pequeños del Institute of Medicine (IOM) recomienda seguir las Dietary Guidelines for Americans en niños de 2 años de edad o mayores, y las de la American Academy of Pediatrics para niños < 2 años. El Institute of Medicine también propone que se utilicen prácticas de «alimentación reactiva», en las que los padres ofrecen alimentos saludables y los hijos controlan la cantidad que toman utilizando indicios de hambre y saciedad. Para prevenir la obesidad adicional, también recomienda reducir el tiempo ante una pantalla hasta < 2 h al día en niños de 2-5 años, aconseja una duración del sueño adecuada para la edad y propone incrementar la actividad física. En 2011, el US Department of Agriculture sustituyó la iniciativa My Pyramid por MyPlate para ilustrar mejor los tamaños de ración de cada uno de los grupos de alimentos, con sugerencias sobre cómo preparar un alimento saludable. Las Dietary Guidelines for Americans y el programa MyPlate recomiendan una dieta saludable centrada en frutas, verduras, granos integrales, leche y productos lácteos sin o pobres en grasa y carnes magras, y pobres en grasa saturada, grasa trans, colesterol, sal y azúcares añadidos.¹

VIOLENCIA ESCOLAR

La violencia en la escuela constituye un concepto que ha ido evolucionando y que actualmente continúa enriqueciéndose con miradas diferentes. Si consideramos la violencia escolar como un hecho aislado, podemos centrarnos exclusivamente en el agresor y la víctima, pero si adoptamos un criterio ecológico, la multicontextualidad de fenómeno comprenderá un análisis más global de la relación entre sociedad, familia y escuela. Las agresiones que tienen por protagonistas a alumnos, docentes, personal no docente y padres no pueden ser simplemente confundidas con otras formas de violencia o delincuencia ya que

son específicas en sus formas, en sus causas y se producen en una institución particular

Características generales de la violencia que se produce en la escuela:

- Se trata de un fenómeno complejo de naturaleza psicosocial.
- Presenta componentes subjetivos e intersubjetivos, en función de la vivencia que agresor y víctima hacen del contexto y de la acción violenta.
- Constituye un desafío educativo, al provocar un clima social desfavorable que dificulta a la escuela cumplir con sus objetivos.
- Las formas indirectas y menos percibidas de violencia, como las actitudes de “hostigamiento psicológico” y de “exclusión”, pueden resultar una experiencia más dolorosa y cruel que la del enfrentamiento físico directo.

ACOSO ESCOLAR (BULLYING)

Entendemos que una de las formas más graves de violencia en el ámbito escolar es aquella que se produce a través del daño persistente que conocemos como “acoso escolar” o bullying. Se trata de una variante de la violencia escolar caracterizada por un comportamiento de hostigamiento e intimidación reiterada, que trae consigo el aislamiento y la exclusión social de quien lo padece. Este hostigamiento que sufren algunos alumnos no es fácil de detectar por sus acciones indirectas y porque los alumnos tienden a no denunciar o lo hablan mayoritariamente con sus compañeros o amigos. Los alumnos han aprendido que este es un tema que los adultos no manejan con competencia y consideran que es mejor padecerlo o resolverlo solos.¹

La definición de bullying más citada y aceptada por la comunidad científica es la de Dan Olweus (1989), pionero en los estudios de este fenómeno. Olweus dice que “un alumno está siendo maltratado o victimizado cuando él o ella está

expuesto repetidamente y a lo largo del tiempo a acciones negativas de otro o un grupo de estudiantes” (Olweus, 1999). Independientemente de las formas de agresión que se utilicen, las características que, según Olweus, definen el bullying son tres: intencionalidad, persistencia en el tiempo y abuso de poder.

Ortega (1998) explica que existen dos leyes que mantienen el maltrato entre los estudiantes: la ley del silencio y la ley del dominio-sumisión. Según Ortega, estas dos leyes son las que posibilitan que el bullying se sostenga en el tiempo. Por un lado, las personas implicadas, directa o indirectamente, tienen a mantener en silencio lo que sucede, dificultándose la intervención; y, por otro, los implicados directos mantienen un vínculo por el cual uno aprende a dominar y otro, a ser sumiso.¹

William Voors en el 2005 clasifica al bullying en tres el acoso físico, el acoso verbal, y el acoso relacional, hoy se conoce que es la clasificación más básica, sin embargo, hay más conductas que lo definen.

El Acoso Físico

Entre las formas habituales del acoso físico figuran las patadas, empujones, los golpes con las manos, los escupitajos, los tirones de pelo, los mordiscos, y encerrara a la víctima en el salón o los baños. Y a medida que avance el curso o grado escolar estas acciones se vuelven más violentas. De todos los tipos de acoso el físico es el más fácil de detectar ya que es más fácil ver cuando alguien ha sido golpeado

El Acoso Verbal

Decirles a los niños que las palabras no hieren es mentirles este acoso se refiere a las amenazas verbales, los insultos las burlas acerca de la indumentaria, del aspecto físico, de la raza, del origen étnico, de algún defecto o anomalía visible,

o de alguna rareza del habla, o de la conducta, son siempre hirientes y forman parte del acoso verbal.

El Acoso Relacional

Se refiere a la exclusión entre jóvenes como una práctica cruel, la cual puede ser por su aspecto, por su ideología, su manera de actuar, de pensar. En esta categoría según Voors entra la discriminación ya que separa de manera directa quien pertenece a la cultura y quién no. El “rumor malicioso” es otra forma de acoso relacional se da por medio de habladurías y calumnias, la mayoría de las veces anónimas como pintas en los baños y lugares concurridos del colegio donde toda la población puede ver e identificar a las víctimas como blancos de estas situaciones con la intención de dañar. La diferencia de porque no entra este en acoso verbal refiere Voors es porque el acoso verbal se da de una manera directa mientras de los rumores generalmente son de manera anónima.

CIBERACOSO

El ciberacoso es una forma de acoso emergente que tiene lugar mediante el uso de tecnología electrónica (mensajes de texto, correos electrónicos en masa, salas de chat en internet, redes sociales, etc.). A diferencia del acoso tradicional, permite un anonimato completo al acosador y posee una capacidad de «alcance» enorme. Lo que está claro es que las consecuencias psicológicas pueden ser devastadoras para la víctima. Las víctimas de ciberacoso pueden tener un riesgo superior de cometer suicidio que las víctimas del acoso tradicional.

En esta investigación no se incluyó este tipo de acoso escolar debido a su psicopatología diferente y compleja.

PERFIL GENERAL DEL AGRESOR

Características físicas

- Se trata mayoritariamente de varones, aunque las chicas van aumentando en número.
- Se observa fortaleza física con mayor desarrollo.

Perfil psicológico

- Es irrespetuoso y desafiante. Necesita dominar y ejercer el poder.
- No controla sus sentimientos de enojo. Es impulsivo e impaciente.
- Se muestra insensible ante el sufrimiento de los demás.
- Posee gran facilidad para excusarse; minimiza sus actos y culpa a los otros. Justifica como una broma las agresiones.

Conducta social

- Se enoja si no se cumplen sus deseos. Insulta, humilla y ridiculiza en público.
- Rompe y esconde materiales. Tiene dificultad para sentir empatía por la víctima.
- En su relación con los demás necesita dominar.

PERFIL GENERAL DE LA VÍCTIMA

Características físicas

- Se trata en igual medida de chicas y chicos. Posee rasgos físicos, sociales o culturales diferenciados.
- Presenta un aspecto contrariado y triste.

Perfil psicológico

- Evidencia debilidad psicológica. Presenta alta ansiedad e inseguridad.
- Es temeroso. Tiene baja autoestima. Disimula y oculta lo que sufre.
- Es tímido y callado. Se siente poco hábil socialmente.
- No responde a las agresiones. Se siente incapaz de defenderse.
- Tiene dificultades para pedir ayuda. Siente temor de contar lo que le pasa.

Conducta social

- Es poco sociable, realiza actividades individuales y solitarias (Internet).
- Está frecuentemente aislado. Busca la cercanía de los adultos.
- No sale de su casa solo. Le faltan con frecuencia materiales.
- Muestra pocas habilidades sociales para interactuar.

La víctima no siempre es alguien que carece de habilidades sociales, con poca autoestima e introvertido. Cualquiera puede ser objeto de acoso escolar. Se puede elegir al gordito y al que lleva anteojos o aparato dental, pero también al que se incorpora una semana tarde al colegio, tiene buenas notas o es calificado de inteligente por sus docentes. Cualquier rasgo diferenciador es susceptible de ser utilizado por quien acosa para convertir a otro niño en blanco de sus burlas.

Muchos de los niños acosados intentan escapar de la situación acosando ellos también. De hecho, según la opinión de algunos expertos, aproximadamente un 50% de las víctimas “recibe y da”.

CONDUCTAS DE INTIMIDACIÓN A OBSERVAR

Tipos directos e indirectos

Físico

- Pegar, empujar, dar patadas, escupir o poner zancadillas. Impedir que vaya al baño o al patio o que pase por el pasillo.
- Evitar que juegue en un determinado sitio. Amenazar con armas.
- Robar, esconder, destruir pertenencias

Verbal

- Amenazar. Someter a burlas, sarcasmo. Humillar. Ridiculizar.
- Insultar, poner nombres despectivos, dedicar canciones. Injuriar. Calumniar.

Social

- Aislar, no dejar participar. Excluir. Manipular las relaciones de amistad.
- Desprestigiar y crear rumores.

Otros

- Extorsionar. Abusar, acosar y chantajear sexualmente.
- Acosar de modo cibernético (por medio del celular o las redes sociales).

SEÑALES DE ALERTA EN LA VÍCTIMA

Observables por los docentes

Señales físicas:

- Contusiones, heridas o roturas en la ropa que no se explican de forma accidental o natural.

En su comportamiento:

- Aspecto contrariado y triste. Cambios de humor repentinos, irritabilidad y explosiones de ira.
- Cambios bruscos de actitud y comportamiento. Exceso de rebeldía o apatía.

En su relación con los demás:

- Está frecuentemente solo y aislado. Busca la cercanía de los adultos. No responde a las agresiones.
- No pide ayuda. No cuenta lo que le pasa. Disimula. Justifica el maltrato.
- Puede, en algunos casos, incitar reacciones negativas en sus compañeros (víctima provocativa). Es objeto de burlas y risas hostiles.

En su rendimiento académico:

- Presenta alteraciones inusuales del rendimiento escolar. Falta a clase reiteradamente.
- Evita exponer oralmente sabiendo los contenidos.

Observables por los compañeros

- Reacciones de llanto y tristeza ante las agresiones. Preferencia por grupos de edad diferente.
- Confidencias directas por parte de la víctima.

Observables por la familia

- Largos períodos dentro del hogar. Cambios de humor repentinos, irritabilidad y explosiones de ira.
- Presenta un aspecto contrariado y triste. Exceso de rebeldía o apatía.
- Poca o nula relación con sus iguales. Problemas de sueño y alimentación.
- Por la mañana siente temor o recelo a ir a la escuela. Inventa enfermedades.
- Contusiones, heridas o roturas en la ropa que no se explican de forma accidental o natural.

SEÑALES DE ALERTA EN EL AGRESOR

Observables por los docentes

- Justifica como una broma sus agresiones. Se enoja si no se cumplen sus deseos. Insulta, humilla y ridiculiza en público.
- Rompe y esconde materiales. Desafía las normas y a los adultos. Implicación continúa en peleas.

Observables por los compañeros

- Se involucra frecuentemente en peleas. Busca aliados que se impliquen en sus acciones.
- Presenta conductas directas e indirectas de maltrato y violencia hacia la víctima.

Observables por la familia

- Aparece con pertenencias de otros. Recibe quejas frecuentes de otras familias o de la escuela.

- Comentarios despectivos sobre la víctima. Niega la existencia de problemas y oculta información.

¿Víctima o victimario?

Cualquier alumno puede a lo largo de su vida escolar padecer directamente situaciones de violencia esporádica o de acoso escolar. Existen, sin embargo, una serie de factores que favorecen que algunos chicos y chicas se conviertan en candidatos para sufrir las agresiones de otros compañeros o actuarlas.

REPERCUSIONES DEL ACOSO

Víctima

- Falta de concentración. Baja autoestima. Falta de asertividad. Dificultades de integración.
- Miedo a la escuela: compañeros, docentes y trabajo académico. Inestabilidad emocional.
- Mal carácter. Absentismo. Alteraciones del sueño. Enfermedades psicosomáticas por estrés.

Medio plazo:

- Ansiedad. Depresión. Agresiones a otros. Comportamiento socialmente conflictivo.

Agresor

- Comportamiento social inadecuado. Abuso de poder. Bandas agresivas.

- Conflicto afectivo. Miedo. Inseguridad. Prepotencia. Sumisión al más fuerte.
- Trastorno de personalidad. Falta de empatía. Incapacidad de percibir los sentimientos de los otros.
- Moralidad egocéntrica. Necesita ayuda para poder modificar sus conductas antisociales.

Espectador

- Insensibilidad ante los sentimientos y el dolor de los demás.
- Déficit de empatía. Déficit en desarrollo moral y emocional. Inseguridad. Miedo.
- Sentimiento de indefensión similar al de la víctima.
- Confusión sobre éxito social y maltrato. Déficit en la jerarquización de valores.
- Indiferencia. Escaso interés manifestado por los adultos. Actitud de perplejidad moral.

La violencia en las escuelas salvadoreñas.

La agresión está fuertemente ligada a la condición de ser humano. A lo largo de la historia existen datos que permiten entrever que la búsqueda de causar daño está más enraizada en nuestra mente de lo que nos atrevemos a reconocer.

La escuela es un lugar donde se dan la mayor parte de las interacciones de los seres humanos, ya sea de alumno a alumno o de profesores a alumnos. En otro orden de ideas y relacionado con la violencia que se vive en las escuelas salvadoreñas se puede decir que ésta se encuentra estrechamente vinculada al entorno de violencia que se vive en el país. La existencia de pandillas, armas de fuego y drogas en la localidad es una combinación potente que aumenta las probabilidades de que se cometan actos de violencia en la escuela y su entorno.

Se puede afirmar que el Bullying es parte de la realidad nacional de nuestros niños, niñas y adolescentes, lo difícil es afirmar el tratamiento que se le da jurídicamente a esta realidad. El artículo 1 de la Constitución de la República de El Salvador (CN) claramente reconoce que la persona humana es el origen y fin de toda la actividad del Estado; la Convención sobre los Derechos del Niño, reconoce que “el niño” no debe ser objeto de ataques ilegales a su honra y su reputación, y por tanto se vuelve obligación de los Estados generar esa protección real y jurídica, se relaciona el artículo 19 de la misma Convención, que obliga al Estado a adoptar, y debe entenderse generar, todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger al niño de perjuicio o abuso físico y mental. El derecho a la educación, de todo niño, niña o adolescente va encaminado a desarrollar la personalidad, la capacidad física y mental, dentro del mismo respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales (Art. 29 CDN). La Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (LEPINA) recoge los derechos a la integridad personal (Art. 37), Protección frente al maltrato (Art. 38), Derechos al honor, imagen, vida privada e intimidad (art. 46); catálogos de derechos que se vuelven los principales vulnerados, frente al hostigamiento, amenazas, burlas, discriminación, intimidación, agresión que pueden ser víctima un niño, niña y adolescente.

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE DISEÑO

Transversal de tipo descriptivo: En este tipo de diseño se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito esencial es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado

Prospectivo: Se inicia en el presente con el fin de analizar los resultados en un determinado tiempo en el futuro.

UNIVERSO

Todos los pacientes del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom en el periodo de 1 de Julio al 31 de octubre 2022 que estén bajo el diagnóstico de CIE10 E66.0 Obesidad debido a exceso de calorías

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes de la consulta externa de endocrinología del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom bajo el diagnóstico de CIE10 E66.0 Obesidad debido a exceso de calorías :241 pacientes.

MUESTRA

En base a la incidencia promedio anual datos del SIMMOW de pacientes que se encuentran en la consulta externa de endocrinología del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom años se identifica con diagnóstico de CIE10 E66.0: Obesidad debido a exceso de calorías en 2020: 190 consultas; 2021: 323 consultas y en 2022 hasta junio 212 consultas.

Para la realización de la selección de la muestra, se utilizó un muestreo de tipoprobabilístico ya que todos los elementos de la población tenían la misma probabilidad de ser seleccionados.

Para el cálculo del tamaño de la muestra, ya que el universo es finito (se conoce el total de la población y se desea conocer cuántos del total hay que estudiar) se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 x P x Q x N}{(N - 1) x E^2 + Z^2 x P x Q} = 138$$

Dónde:

n: tamaño de la muestra

N: tamaño de la población

Z: Valor crítico correspondiente a un coeficiente de confianza con el cual se desea hacer la investigación. Ya que el dato de población puede variarse considera un valor de confianza de 1.96 que corresponde al coeficiente de confianza de 95%

P: Proporción poblacional de la frecuencia de un evento. Al no conocerse este valor se asume la máxima variabilidad que corresponde a 50%= 0.5

Q: Proporción poblacional de la no ocurrencia del evento, equivale a (1-P) que en este caso es 0.5

E: Error muestral, se sugiere error máximo tolerable el 5% equivalente a 0.05

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Edad de 8 a 12 años
- Obesidad= IMC para la edad y el sexo con más de dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Paciente que no acepten participar en el estudio.
- Pacientes que no están escolarizados o matriculados.

MÉTODO DE RECOLECCION DE DATOS

Instrumento de recolección.

Para la investigación se elaboró una encuesta, compuesta por tres apartados que incluía: ficha de datos generales del paciente, Perfil psicopatológico - conducta social y tipos de acoso.

Consecutivamente la encuesta se digitalizó en la plataforma en línea de Google Forms para favorecerla realización, almacenamiento y procesamiento de datos.

Recolección de datos

Al ser aprobado el protocolo de investigación por el CEIC y con la previa autorización del jefe de consulta externa y del departamento de Endocrinología del HNNBB, se realizó la encuesta a 138 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, en el momento que asistían a su cita programada en el área de Endocrinología.

De lunes a viernes de 7 a 9 am se asistió a la consulta externa de Endocrinología, con un promedio de 4 pacientes diarios, a los cuales se les

solicitó asentimiento y consentimiento informado a cada paciente y responsable, respectivamente, quienes firman de acuerdo. Posteriormente por medio de una entrevista, se administró por el personal de salud la encuesta previamente descrita, la cual tuvo una duración de 10 a 15 minutos.

Se asignó un código a cada paciente para su identificación, tanto para resguardo de su privacidad y para tener una base de los pacientes que ya habían sido entrevistados.

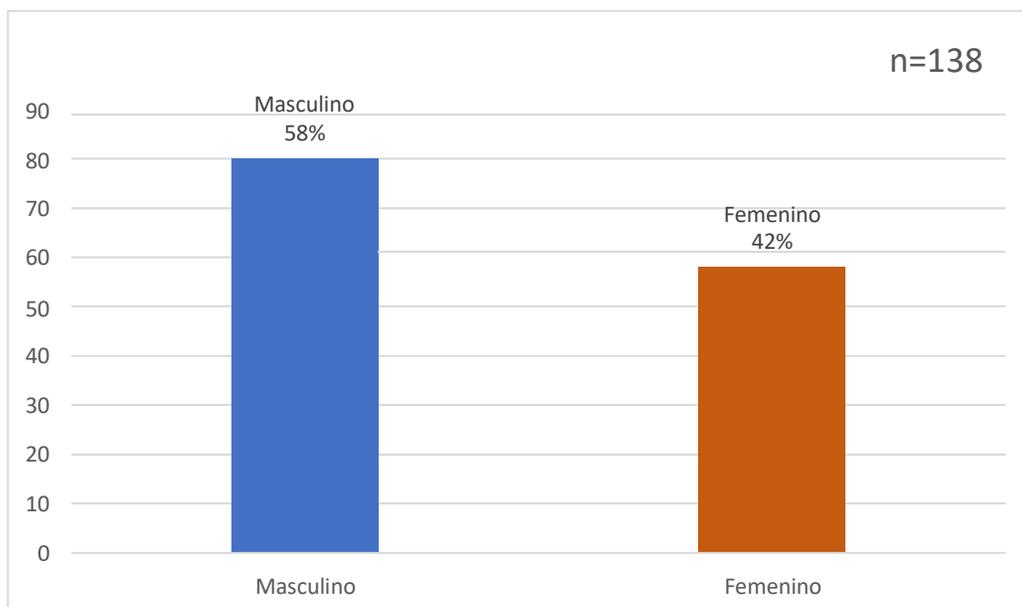
Procesamiento de datos

Los datos recolectados de las encuestas realizadas en la plataforma Google Forms, se descargaron y exportaron al programa de Microsoft Excel 365, por medio del cual se calcularon proporciones para variables categóricas y medidas de tendencia central. También se hizo uso del programa de Microsoft Word 365 para el informe final y además se realizó una presentación en el programa de Microsoft PowerPoint 365 para mostrar los resultados obtenidos.

Presentación de Resultados

CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

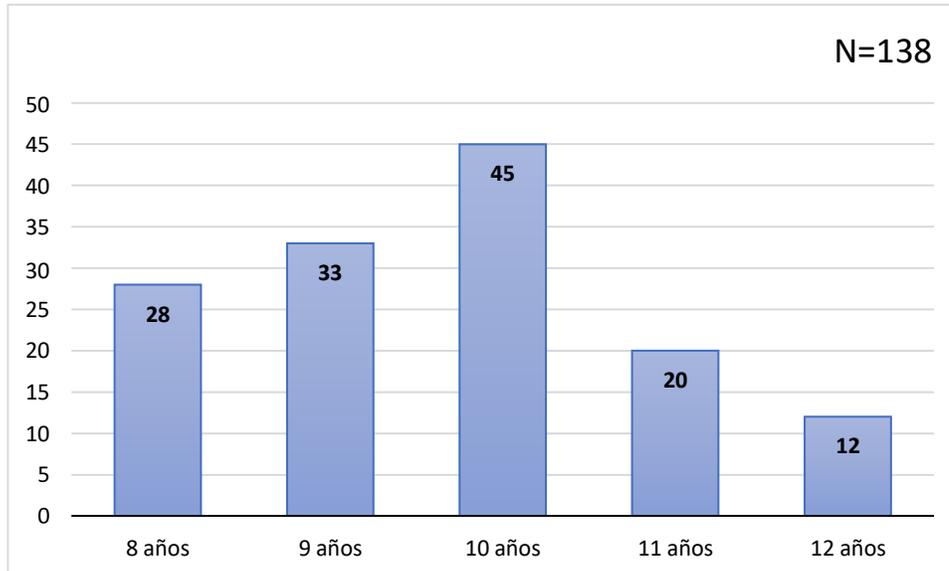
Gráfico 1. Género de los pacientes con Obesidad



Fuente: Elaboración propia, a partir de base de datos de estudio de “Acoso escolar y su relación con la obesidad en pacientes de 8-12 años del Hospital Benjamín Bloom durante Julio-Octubre del 2022.

De los 138 pacientes con Obesidad encuestados 80 fueron masculinos (58%) y 58 fueron femeninos (42%), con una razón hombre: mujer de 1.3:1 predominando el sexo masculino.

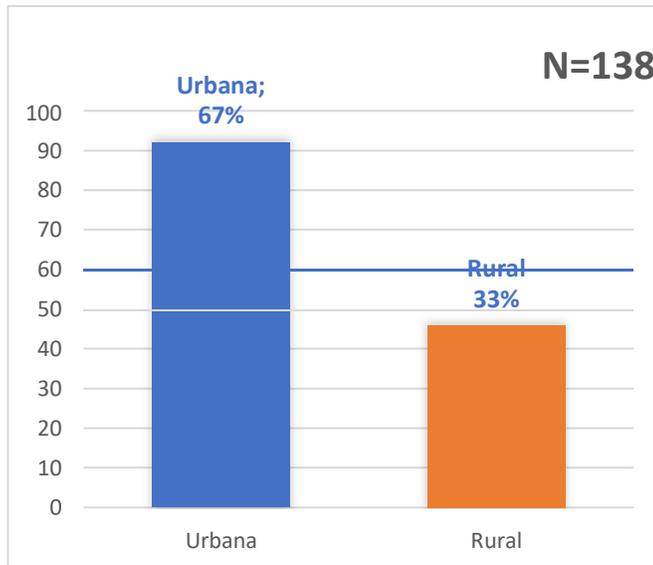
Gráfico 2. Edad de los pacientes con Obesidad



Fuente: Elaboración propia, a partir de base de datos de estudio de “Acoso escolar y su relación con la obesidad en pacientes de 8-12 años del Hospital Benjamín Bloom durante Julio- Octubre del 2022.

De los 138 pacientes con Obesidad entrevistados, la moda fue de 10 años, la mediana de 10 años, la media 9.67 y desviación estándar de 1.20, dando un rango de 8 - 10 años. Las edades mas frecuentes en orden descendente fueron: 10 años, 9 años, 8 años, 11 años y 12 años .

Gráfico 3. Área territorial a la que pertenecen los pacientes con Obesidad



Departamentos con mayor proporción de niños obesos que sufren de acoso escolar :

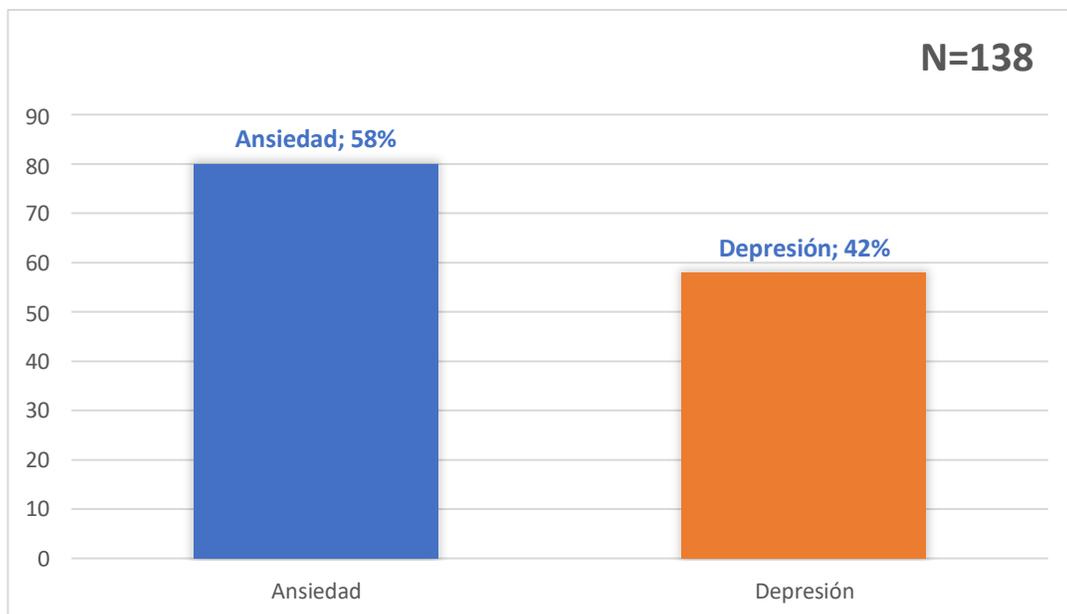
Departamento
San Salvador
La Libertad
Santa Ana
La Paz

Fuente: Elaboración propia, a partir de base de datos de estudio de “Acoso escolar y su relación con la obesidad en pacientes de 8-12 años del Hospital Benjamín Bloom durante Julio-Octubre del 2022.

De los 138 pacientes con Obesidad entrevistados, 92 pertenecen al área urbana y 46 al área rural. Los departamentos con mayor número de afectados son: San Salvador, La Libertad, Santa Ana y La Paz y el departamento con menos afectados fue Morazán.

SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS RELACIONADOS CON ACOSO ESCOLAR

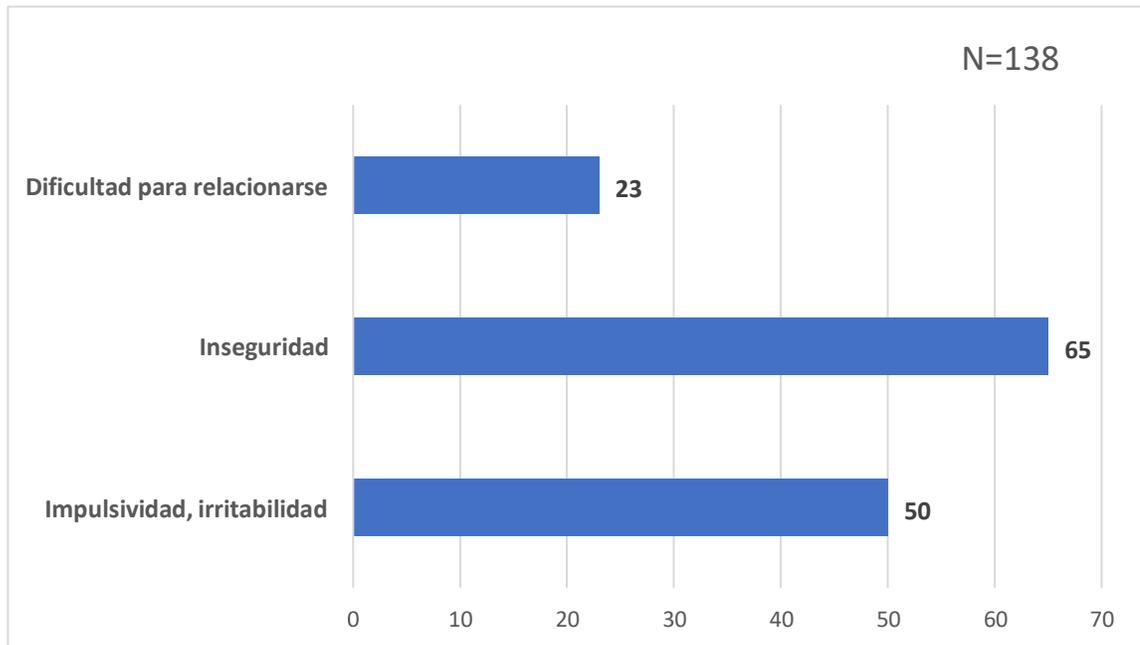
Gráfico 4. Síntomas psicopatológicos



Fuente: Elaboración propia, a partir de base de datos de estudio de “Acoso escolar y su relación con la obesidad en pacientes de 8-12 años del Hospital Benjamín Bloom durante Julio-Octubre del 2022.

Con relación a los 138 pacientes con obesidad encuestados encontramos que 80 de ellos tienen síntomas de ansiedad mientras que 58 presentan manifestaciones de depresión debido al acoso escolar que sufren.

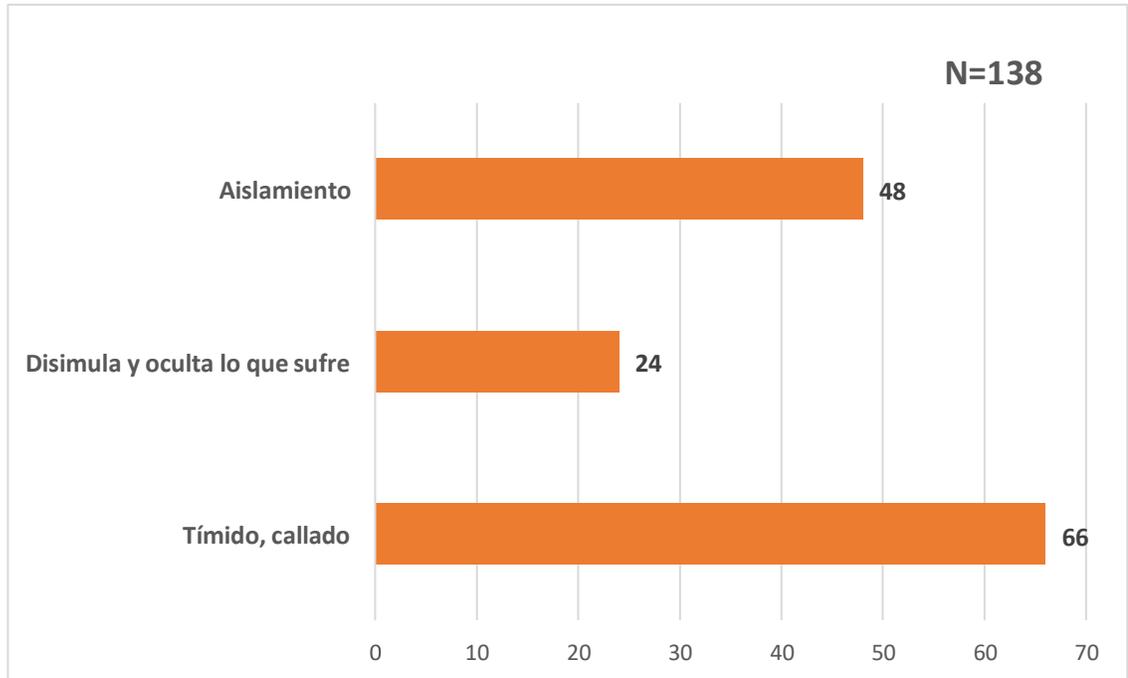
Gráfico 5. Síntomas de Ansiedad



Fuente: Elaboración propia, a partir de base de datos de estudio de "Acoso escolar y su relación con la obesidad en pacientes de 8-12 años del Hospital Benjamín Bloom durante Julio-Octubre del 2022.

Los principales síntomas de ansiedad manifestados por la población en estudio fueron: inseguridad con 47%, impulsividad cambios de humor 36%, dificultad para relacionarse con un 16%.

Gráfico 6. Síntomas de Depresión

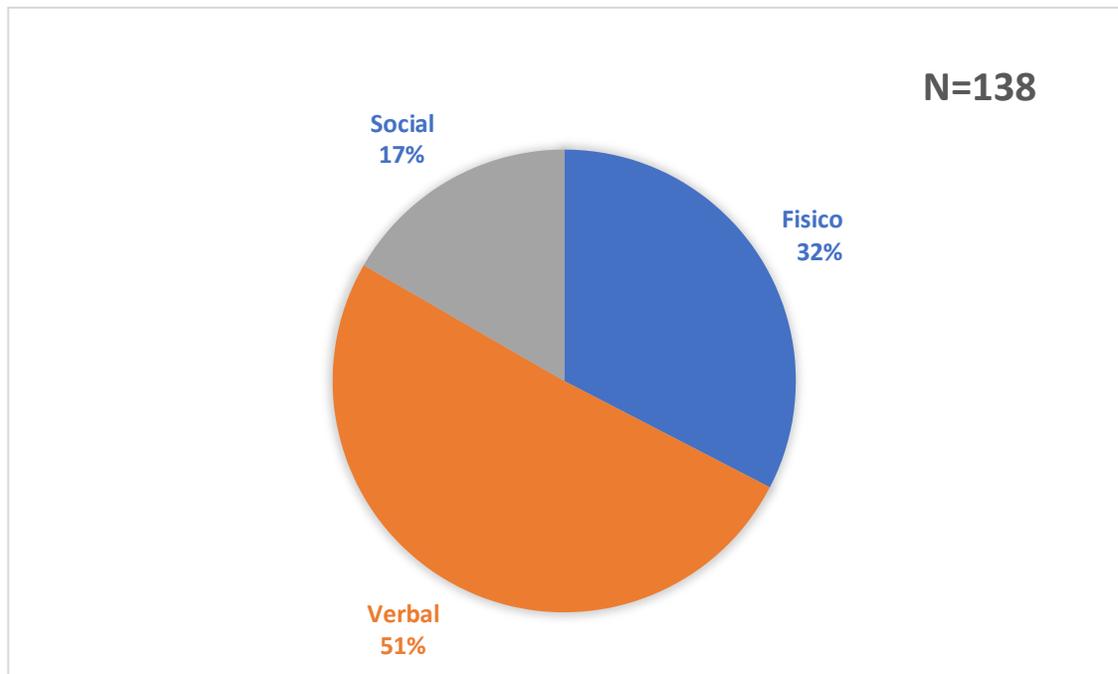


Fuente: Elaboración propia, a partir de base de datos de estudio de "Acoso escolar y su relación con la obesidad en pacientes de 8-12 años del Hospital Benjamín Bloom durante Julio-Octubre del 2022.

Dentro de los síntomas de depresión principales que manifiestan los pacientes del estudio se encuentran: timidez, tristeza en un 47%, se aíslan y prefieren realizar actividades individuales 34%, además de ocultar o disimular lo que sufren a causa del acoso escolar 17%.

TIPO DE ACOSO

Gráfico 7. Acoso escolar más frecuente

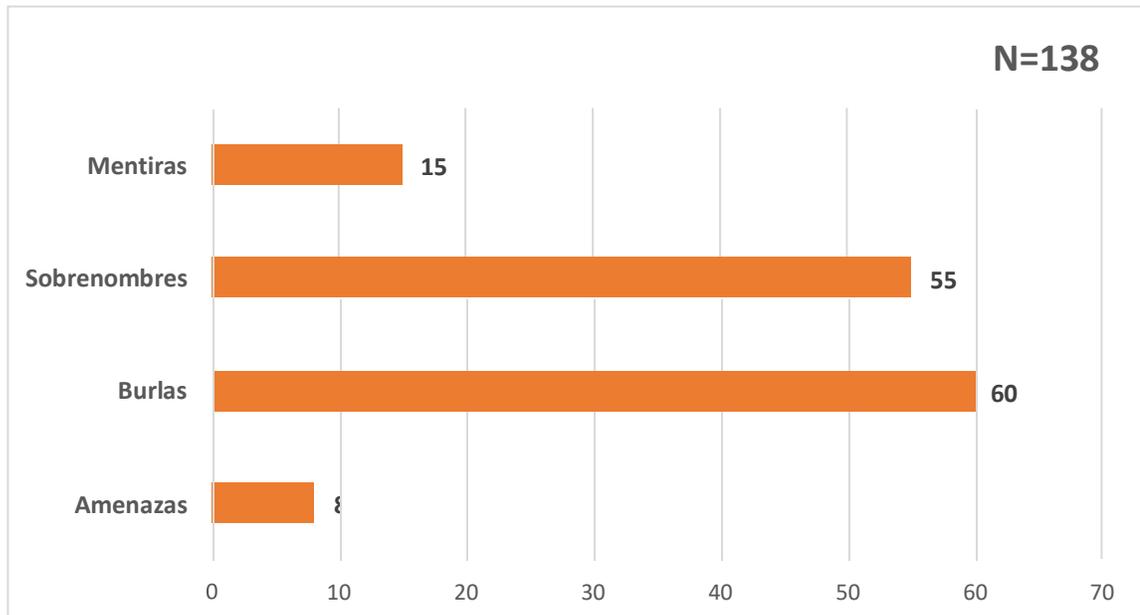


Fuente: Elaboración propia, a partir de base de datos de estudio de "Acoso escolar y su relación con la obesidad en pacientes de 8-12 años del Hospital Benjamín Bloom durante Julio-Octubre del 2022.

De los 138 pacientes con Obesidad entrevistados, se encontró que 70 de ellos han sufrido de acoso verbal, 45 de acoso físico y 23 de acoso social.

Gráfico 8. Manifestaciones predominantes del Acoso Verbal

(Se solicitó contestar solo una)

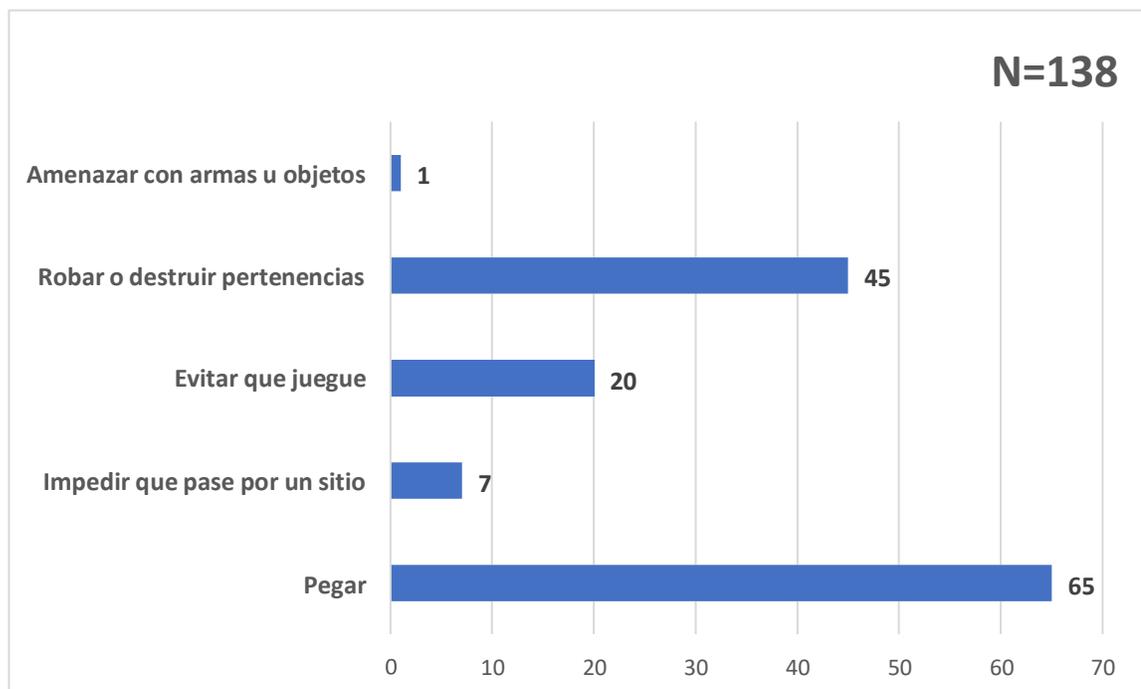


Fuente: Elaboración propia, a partir de base de datos de estudio de “Acoso escolar y su relación con la obesidad en pacientes de 8-12 años del Hospital Benjamín Bloom durante Julio-Octubre del 2022.

Se evidencia que de los 138 pacientes con obesidad encuestados y que sufren con mayor proporción de Acoso verbal las principales manifestaciones son el uso de sobrenombres e insultos, y sometimiento a burlas.

Gráfico 9. Manifestaciones predominantes del Acoso Físico

(Se solicitó contestar solo una)

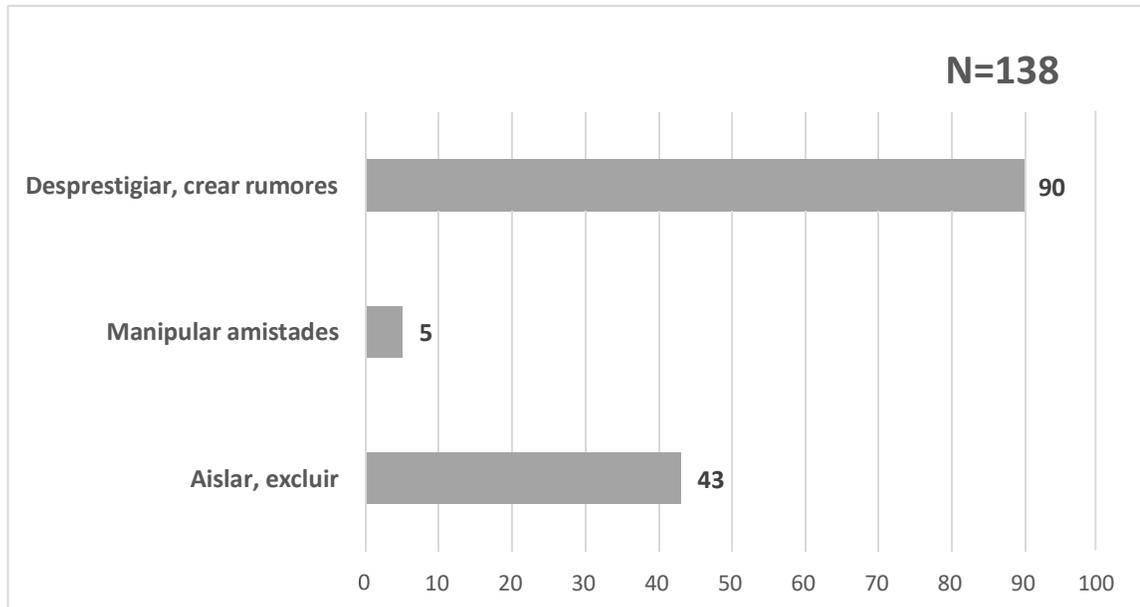


Fuente: Elaboración propia, a partir de base de datos de estudio de "Acoso escolar y su relación con la obesidad en pacientes de 8-12 años del Hospital Benjamín Bloom durante Julio-Octubre del 2022.

Dentro de las principales manifestaciones del Acoso físico se encuentra los golpes con un 47%, robar y destruir pertenencias 32%, solo un paciente manifestó ser víctima de amenazas con un objeto contundente.

Gráfico 10. Manifestaciones predominantes del Acoso Social

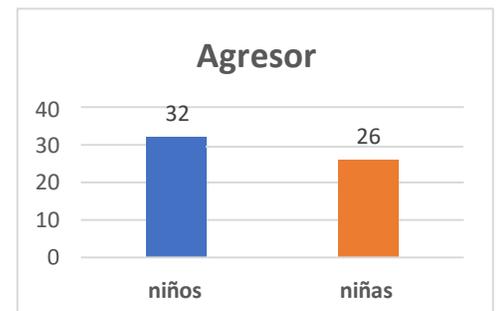
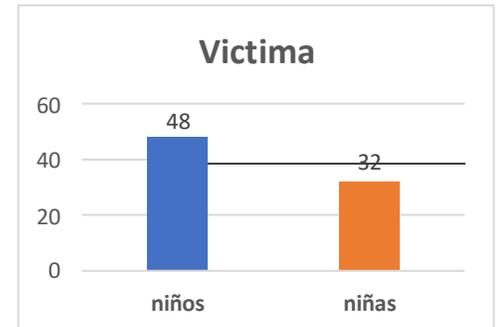
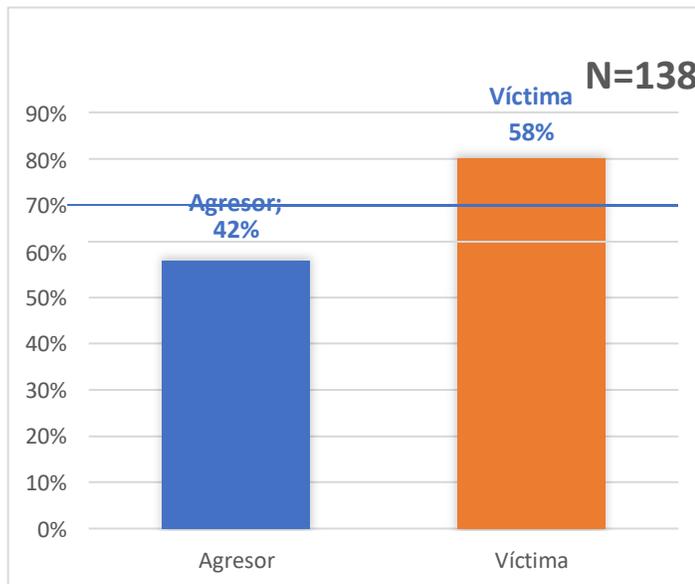
(Se solicitó contestar solo una)



Fuente: Elaboración propia, a partir de base de datos de estudio de "Acoso escolar y su relación con la obesidad en pacientes de 8-12 años del Hospital Benjamín Bloom durante Julio-Octubre del 2022.

De los 138 pacientes encuestados el 65% refiere que han desprestigiado y creados rumores sobre ellos, mientras que el 30% ha sido excluido, aislado y no le han permitido participar en diferentes actividades escolares.

PERFIL GENERAL



Fuente: Elaboración propia, a partir de base de datos de estudio de "Acoso escolar y su relación con la obesidad en pacientes de 8-12 años del Hospital Benjamín Bloom durante Julio-Octubre del 2022"

Según el perfil psicológico y la conducta social de los 138 pacientes encuestados se puede afirmar que 80 de ellos son víctimas de acoso escolar mientras que 58 son agresores y utilizan su apariencia para provocar acoso a otros compañeros dentro de la escuela.

DISCUSION

Un estudio realizado en 2010 por el departamento de Pediatría de la Universidad de Michigan con el objetivo de asociar la obesidad y el acoso escolar, dos de los problemas con mayor relevancia en estas edades, los investigadores han analizado a un total de 821 niños entre ocho y 11 años donde determinan las edades en las que existe más acoso, concretamente entre los ocho y nueve años. Comparado con nuestro estudio en el que en orden descendente se presenta principalmente en niños de 10 años, 9 años y 8 años.

El Instituto de Salud Infantil en Inglaterra 2011, encontró que la obesidad era un predictor de bullying tanto en niños como en niñas, pero que, en el caso de los niños obesos, éstos también eran propensos a ser agresores (bullies), ya que tienen una ventaja física sobre otros niños de su misma edad, en nuestro estudio se confirma que hay un porcentaje 42% de los pacientes que con su conducta y perfil psicológico son agresores.

De acuerdo con el artículo "Efectos tardíos de Bullying y trastorno de estrés traumático: una revisión crítica" realizado en la Universidad Federal de São Carlos, Brasil en 2013 una de las principales consecuencias del acoso escolar en niños obesos puede ser psiquiátrica y cambios del estado emocional entre esta depresión, trastornos de ansiedad, baja autoestima, Soledad extrema, dificultad para lidiar con sentimientos y hasta intentos de suicidio y, por supuesto, la consumación de esta. Según nuestra investigación el 58% de los niños sufre de ansiedad y un 42% de depresión, además se asocia también a trastornos de conducta alimentaria los cuales no fueron incluidos, pero si están presentes.

Un trabajo del Instituto de la Juventud (INJUVE) México 2015, afirma que el 16% de los niños y jóvenes encuestados reconoce que ha participado en exclusiones de compañeros o en agresiones psicológicas. De la misma manera, los niños son más proclives a realizar agresiones físicas, mientras que las niñas optan más por ataques psicológicos. En comparación con nuestro estudio, el principal tipo de acoso fue el verbal seguido de la agresión física predomina en ambos el sexo masculino.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los datos obtenidos de la investigación realizada se puede concluir lo siguiente:

- El sexo predominante en los pacientes con obesidad que sufren de acoso escolar es el masculino con una relación 1.3:1.
- La edad de mayor frecuencia es de 10 años con un 32% y la de menor frecuencia 12 años con un 8%. La mediana de 10 años, la media 9.67 y desviación estándar de 1.20.
- El área de procedencia con mayores casos de acoso escolar es la urbana con 67%, Los departamentos con mayor población son: San Salvador, La Libertad, Santa Ana y La Paz y el departamento con menos población Morazán.
- Los principales síntomas psicopatológicos que presentan los pacientes obesos son 58% ansiedad y el 42% depresión.
- El principal tipo de acoso es el verbal con 51% seguido del físico con 32% y social 17%.
- De acuerdo al perfil psicológico y la conducta social se puede establecer que 58% son víctimas de acoso mientras que el 42% son agresores.

RECOMENDACIONES

- Establecer estrategias y mecanismos que permitan lograr el acceso a la promoción de la salud y a la atención pregestacional y prenatal a fin de reducir el riesgo de obesidad infantil.
- Impulsar programas integrales que promuevan entornos escolares saludables, adecuada nutrición y actividad física que reduzca los comportamientos sedentarios en niños.
- Promover estilos de vida saludables para todos los miembros de la familia.
- Educar a la población sobre la importancia de los controles infantiles en la identificación y monitoreo del estado nutricional.
- Reforzar el conocimiento del personal de salud en todos los niveles de atención para la prevención, identificación y respectivo manejo del sobrepeso y obesidad infantil.
- Mantener una buena comunicación basada en la confianza, reforzar la autoestima y Proporcionar un vínculo afectivo seguro para el niño.
- Establecer estándares de conducta, límites y expectativas claras para los niños, dentro y fuera de la escuela.
- Fomentar una cultura de paz en los centros escolares basada en respeto y solidaridad, enfocada en medios alternativos a la solución de conflictos
- Promover un mayor involucramiento de los encargados de familia en los proyectos y acciones de prevención de violencia en los centros educativos, a fin de profundizar su impacto en el entorno escolar y a nivel comunitario.
- Fortalecer la atención psicosocial en los centros escolares, incluyendo la atención a víctimas en cuanto a las consecuencias emocionales que produce la violencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acosta Enríquez, M.E (2009) Obesidad infantil: Revisión desde la perspectiva de calidad de vida en la infancia. Revista Pediatría de México, 11, (2) 73-75.
2. Azcona San Julián C., Romero Montero A., Bastero Miñón P., Santamaría Martínez E. (2005) Obesidad Infantil. Revista Española de Obesidad, 2, (1) 26-39.
3. Calzada R. Obesidad en niños y adolescentes. México: Editores de textos mexicanos; 2003. 81-83. p.
4. Castro Santander, Alejandro. Bullying blando, bullying duro y cyberbullying: las conductas adictivas y los nuevos consumos culturales. 1a ed. - Rosario: Homo Sapiens Ediciones, 2017.
5. Censo Nacional de Talla y I Censo Nacional de Peso en Escolares de Primer Grado de El Salvador
6. Caballero, D. (2010). La Violencia en las Escuelas. Evaluación del Clima del Aula en las Escuelas Primarias Públicas del Corregimiento de San Felipe. Recuperado el miércoles de Julio de 2011.
7. Domínguez Vásquez P., Olivares S., Santos JL., (2008) Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. Archivos Latinoamericanos de Nutrición, 58, (3) 249-253
8. De CósMilas, A; Gómez Macías V; Sobrino Cabra O; Moreno Menguiano C; Ruiz de la Hermosa Gutiérrez L; Mairena de La Torre MA. (2007) Aspectos psiquiátricos de la obesidad infantil. 8º Congreso Virtual de Psiquiatría. 1-8.
9. El Bullying: realidad en El Salvador
10. Estrategia mundial sobre el régimen alimentario actividad física y salud. OMS

11. Fernández Segura M E. Manejo práctico del niño obeso y con sobrepeso en pediatría de atención primaria. Rev Foro Pediátrico. 2005;Vol 2:sup 1: 61- 9.
12. Ferreira, V. A. y Wanderley, E. N. (2009). Obesida de: Uma perspectiva plural. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro.
13. Griffiths LJ , Wolke D , Page AS , Horwood JP , ALSPAC Study Team. 2006. Archives of disease in childhood
14. Hernández Sampieri Roberto. Metodología de la investigación. 6° edición. McGraw-Hill. Editorial Esfuerzo S.A de C.V. México DF. 2014
15. Harris, S. &. (2003). Bullying: The bullies, the victims, the bystanders. Maryland, Scarrecrow: Press, Inc.
16. <http://aps.issv.gov.sv/familia/adolescencia/Obesidad>
17. Instituto Nacional de Salud. Manual de Procedimientos de Investigación en Salud San Salvador: El Salvador, 2017.
18. Intramed Sobrepeso y bullying entre escolares Relación del sobrepeso con la victimización y la perpetración del bullying entre escolares
19. Kast David , Friedman Rachel , Lucan Sean . Nutrición médica , 3 edición, Wolters Kluwer , España 2015.
20. Kliegman, Behrman, Jenson, Stanton. Nelson. Tratado de Pediatría 20 Ed Elsevier, Barcelona: 2016
21. Montañes Sánchez, M., Bartolomé Gutiérrez, R., Parra Delgado, M. & Montañes Rodríguez, J. (2010) El problema del maltrato y el acoso entre iguales en las aulas. ENSAYOS, Revista de la Facultad de Educación de Albacete, 24, 1-13.
22. Martínez Pedrosa Monje, C. (2011). Calidad de vida y obesidad. Cuadernos de Pediatría Social, 14, 14-15.
23. Mahan Kathleen, Raymond Janice L.Krause. Dietoterapia, 14.ª ed., Elsevier España, 2017

24. Obesidad Luis A. Moreno Aznar¹, Margarita Alonso Franch² 1E.U. Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza. 2Universidad de Valladolid.
25. RGBY, K. (2003). "Consequences of Bullying in schools". The Canadian Journal of Psychiatry, 48, pp. 583-590.
26. Sistema de Integración Centroamericana: Obesidad ataca a niños salvadoreños.
27. Voors, W. (2005). Bullying, en el acoso escolar. Barcelona: Onir

ANEXO 1 OPERATIVIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo	Variable	Definición Conceptual	Indicador	Valor	Tipo de variable
Describir la caracterización sociodemográfica de los pacientes con obesidad que sufren acoso escolar	Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Años exactos cumplidos , definidos por la fecha de nacimiento al momento de la investigación	Rangos de edad: 8 a 10 años	Cuantitativa
	Sexo	Conjunto de características biológicas, y anatómicas, que definen al ser humano como hombre o mujer .	Sexo más prevalente y Razón masculino/ femenino	Masculino Femenino	Cualitativa Dicotómica
	Área geográfica	Región de procedencia según ubicación de vivienda	Porcentaje de pacientes afectados que viven en área urbana o rural	Rural Urbana	Cualitativa Dicotómica

Objetivo	Variable	Definición Conceptual	Indicador	Valor	Tipo de variable
Reconocer síntomas psicopatológicos relacionados con acoso escolar	Ansiedad	Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, extrema inseguridad.	Porcentaje de pacientes que presentan ansiedad.	Presencia Ausencia	Cualitativa Dicotómica
	Depresión	Trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, baja autoestima, pérdida de interés por todo.	Porcentaje de pacientes que presentan depresión.	Presencia Ausencia	Cualitativa Dicotómica

Objetivo	Variable	Definición Conceptual	Indicador	Valor	Tipo de variable
Definir cual tipo de acoso escolar es más frecuente	Físico	Tipo de acoso en el que se produce contacto físico entre agresor y víctima.	Porcentaje de niños que presentan acoso físico	Presencia Ausencia	Cualitativa Dicotómica
	Verbal	Acciones no corporales con la finalidad de discriminar difundir rumores.	Porcentaje de niños que presentan acoso verbal	Presencia Ausencia	Cualitativa Dicotómica
	Cibernético	Acoso muy grave por la gran visibilidad y alcance que se logra con los actos de humillación.	Porcentaje de niños que presentan acoso cibernético	Presencia Ausencia	Cualitativa Dicotómica

ANEXO 2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Tiempo	2019				2020	2021				2022		
	Enero-Marzo	Abril-Junio	Julio-Septiembre	Octubre-Diciembre	Enero-Diciembre	Enero-Mayo	Junio	Julio-Agosto	Septiembre-Diciembre	Enero-Junio	Julio-Octubre	Noviembre
Planteamiento del problema												
Objetivos												
Revisión bibliográfica												
Diseño del protocolo												
Evaluación por el CEIC												
Recolección de datos												
Elaboración del reportefinal												

ANEXO 3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para el desarrollo de esta investigación se realizará una encuesta a los pacientes seleccionados según los criterios de inclusión y exclusión.

El estudio está restringido por las normas bioéticas propuestas a nivel internacional para el estudio de todos los seres humanos. Además, esta investigación se someterá a la aprobación por parte del CEIC del HNNBB.

Se solicitará a los encargados de los pacientes que firmen un consentimiento informado previo a la evaluación: se debe proporcionar información a las personas sobre el propósito de la investigación, sus procedimientos, riesgos potenciales, beneficios y alternativas, para que pueda tomar una decisión voluntaria de inscribirse y seguir participando en dicho proceso. En dicho consentimiento se explica que sus datos son confidenciales para ello se asignará un código a cada paciente para poder identificarlos, y así mantener una mayor confidencialidad de los registros de cada encuesta que no serán divulgados, que su privacidad está protegida y que existe la oportunidad de retirarse si así lo desean.

Los resultados obtenidos de la recopilación y procesamiento de la información tendrán fines únicamente académicos y no serán compartidos a terceros datos personales de los pacientes participantes del presente estudio.

ANEXO 4 MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

Consentimiento informado para padres de pacientes de 8 a 12 años que son atendidos en la Consulta Externa de Endocrinología que se les invita a participar en la investigación sobre Acoso Escolar y su relación con la Obesidad en el periodo de Julio a Octubre 2022.

Investigador principal: Dra. Orquídea Geraldina

Domínguez Organización: Hospital Nacional de
Niños Benjamín Bloom

INTRODUCCIÓN

La Dra. Orquídea Geraldina Domínguez, Residente de la especialidad de Medicina Pediátrica en el Hospital Nacional De Niños Benjamín Bloom, por este medio se desea informar que actualmente se está realizando una investigación en el cual se han incluido a los pacientes con diagnóstico de Obesidad que están en controles en la consulta externa de endocrinología, por lo que se invita a su hijo/a a participar en este estudio de investigación. A continuación, se explica más detalladamente en que consiste el estudio. Tome el tiempo necesario y cualquier duda que surja puede consultarla en cualquier momento.

PROPÓSITO

La investigación de acoso escolar y obesidad es escasa, en los pocos estudios publicados se ha identificado que el antecedente de maltrato infantil puede aumentar o exacerbar riesgos psicosociales relacionados con el desarrollo y mantenimiento de la obesidad. Se invita a su hijo/a a formar parte de esta investigación porque padece Obesidad y nos gustaría conocer si presenta algún tipo de acoso escolar.

TIPO DE INTERVENCIÓN DE INVESTIGACIÓN

Si opta por participar en este estudio, completaremos un formulario con usted presente en el que preguntaremos primero datos generales como edad, sexo y lugar de origen. Posteriormente un profesional de salud pedirá a su hijo/a que responda unas series de preguntas, lo que anticipamos tomará aproximadamente 30 minutos completarlo. La serie de preguntas se dividirá en 3 partes; la primera parte sobre el perfil psicológico; la segunda parte conducta social y finalmente tipos de acoso.

SELECCIÓN DE PARTICIPANTES

Todos los pacientes que son conocidos por el diagnóstico de Obesidad y que sean capaces de responder la entrevista han sido seleccionados para la realización de la investigación ya que es el grupo de pacientes que se desea estudiar.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

La participación en el presente estudio es voluntaria, es decir que puede elegir participar o no en ella. En caso de aceptar o no participar en este estudio se garantiza que recibirán todos los servicios que generalmente reciben.

DURACIÓN

El presente estudio se llevará a cabo desde junio hasta el mes de agosto del presente año. Durante este periodo sólo se realizará dicha entrevista en 1 ocasión a cada paciente seleccionado. La duración de la entrevista está contemplada en aproximadamente 30 minutos.

EFFECTOS SECUNDARIOS, RIESGOS Y MOLESTIAS

Consideramos que existen riesgos mínimos involucrados en la participación de este estudio. A veces cuando las personas hablan acerca de sus experiencias, les ayuda a resolver conflictos o sentimientos y superarlos con mayor facilidad.

BENEFICIOS

Con la información obtenida en este estudio esperamos una mayor comprensión de la Obesidad y su relación con acoso escolar, y de esta manera hacer más énfasis en la detección precoz de ella para un abordaje oportuno.

CONFIDENCIALIDAD Y COMPARTIR LOS RESULTADOS

Respetaremos su privacidad y la de su hijo. No se proporcionará información alguna sobre su identidad ni la de su hijo/a, a ninguna persona ni se publicará información sin su permiso, a menos que lo requiera la ley. Por ejemplo, la ley podría hacernos dar información acerca de usted/su hijo si un niño ha sido abusado, si usted/ su hijo/a o alguien más habla sobre suicidio (quitarse la vida).

PARTICIPACIÓN

Si usted y su hijo eligen participar en este estudio, tienen derecho en cualquier momento a retirarse. La atención que reciba su hijo en el Hospital de Niños Benjamín Bloom no se verá afectada de manera alguna debido a la participación en este estudio.

A QUIÉN CONTACTAR

Si tiene preguntas acerca de sus derechos como participante del estudio o lesiones durante la investigación llame al Gerente de Ética de Investigación al 2225-4114. Al firmar este formulario, acepto que:

- Usted me ha explicado sobre este estudio y ha respondido todas mis preguntas.
- Ha manifestado los posibles daños y beneficios de este estudio.
- Entiendo que tengo derecho a negarle el permiso a mi hijo para formar parte de este estudio y derecho a retirar a mi hijo en cualquier momento. Mi decisión acerca de que mi hijo forme parte del estudio no afectará la atención médica en el Hospital.
- Tengo la libertad ahora, y en el futuro, de hacer preguntas acerca del estudio.
- Entiendo que no se proporcionará información alguna sobre mi hijo/a a ninguna persona ni se publicará sin tener autorización.
- Acepto formar parte o consiento que mi hijo/a pueda formar parte de este estudio.

Nombre y firma del padre / tutor legal

fecha

Nombre y Firma/iniciales/Marca/Huella Digital del padre/ tutor legal que no lee
fecha

Nombre y firma de la persona que explicó el consentimiento
fecha

ANEXO 5 MODELO DE ASENTIMIENTO INFORMADO



ASENTIMIENTO INFORMADO

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

Asentimiento informado para pacientes de 8 a 12 años que son atendidos en la Consulta Externa de Endocrinología que se les invita a participar en la investigación sobre acoso escolar y su relación con la obesidad en el periodo de Julio a octubre 2022.

Investigador principal: Dra. Orquídea Geraldina

Domínguez Organización: Hospital Nacional de

Niños Benjamín Bloom

INTRODUCCIÓN

La Dra. Orquídea Geraldina Domínguez trabajó en el Hospital Nacional De Niños Benjamín Bloom. Estamos realizando una investigación con pacientes que padecen de Obesidad y que vienen a controles en la consulta externa de endocrinología, por lo que queremos que nos ayudes con el estudio.

OBJETIVO

En ocasiones los pacientes con Obesidad pueden presentar diferentes tipos de acoso en la escuela es por eso que nos gustaría que participaras en esta investigación, y así poder conocer cómo te sientes.

ELECCIÓN DE PARTICIPANTES

Te hemos elegido para este estudio ya que llevas controles en la consulta de endocrinología por Obesidad y además tienes la edad del grupo de pacientes que deseamos entrevistar.

LA PARTICIPACIÓN ES VOLUNTARIA

La participación es libre y voluntaria, es decir, es la decisión de tus padres y tuya si participas o no en esta investigación. También queremos que sepas qué si estabas participando y tus padres y tú no desean continuar o si no quieres responder a alguna pregunta no habrá ningún problema, igualmente seguirás recibiendo los cuidados que necesites por parte de tu médico.

PROCEDIMIENTOS

Para la investigación realizaremos una entrevista en la que se te harán una serie de preguntas y te daremos unas opciones para responder a la cual deberás elegir sólo una.

RIESGOS Y MOLESTIAS

Consideramos que existen riesgos mínimos involucrados en la participación de este estudio. A veces cuando las personas hablan acerca de sus experiencias, les ayuda a resolver conflictos o sentimientos y superarlos con mayor facilidad.

He preguntado al niño/a y entiende los riesgos y molestias

BENEFICIOS

Participar en este estudio permitirá a ti y otros niños que sufren de acoso en la escuela poder identificarlo y buscar soluciones.

He preguntado al niño/a y entiende los beneficios

CONFIDENCIALIDAD

La información que tengamos de ti será un secreto. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas/resultados de estudios solo las personas que forman parte del equipo de este estudio.

A QUIÉN CONTACTAR

Si elegiste ser parte de esta investigación, también te daré una copia de esta información para ti. Puedes pedir a tus padres que lo examinen si quieres.

“Sé que puedo elegir participar en la investigación o no hacerlo. Sé que puedo retirarme cuando quiera. He leído esta información (o se me ha leído la información) y la entiendo. Me han respondido las preguntas y sé que puedo hacer preguntas más tarde si las tengo. Acepto participar en la investigación.

Yo no deseo participar en la investigación y no he firmado el asentimiento _____ que _____ sigue”

Sólo si el niño/a asiente:

Nombre _____ del _____ niño/a:

Firma _____ del _____ niño/a:

Fecha (Día/Mes/Año): / /

Si es analfabeto:

“He leído con precisión o presenciado la lectura precisa del formulario de consentimiento al participante potencial, y ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado su consentimiento libremente.

Nombre _____ del _____ testigo:

Firma _____ del _____ testigo:

Fecha (Día/Mes/Año): - / - / - - -

He leído con precisión o presenciado la lectura precisa del formulario de consentimiento al participante potencial, y ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado su consentimiento libremente.

Nombre del investigador:

Firma del investigador:

Fecha (Día/Mes/Año): - / - / - - -

Declaración del investigador/persona que toma el consentimiento

He leído con precisión la hoja de información al participante potencial y, me aseguraré de que el niño entienda que se hará lo siguiente:

1. Se realizarán 30 preguntas en total.
2. Si en algún momento durante el desarrollo de las preguntas no desea continuar, está en su libertad de hacerlo; y no se procederá con las demás preguntas.

Confirmando que al niño se le dio la oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio, y todas las preguntas hechas por él/ella ha sido contestadas. Confirmando que no ha sido obligado a dar su consentimiento y el consentimiento ha sido dado libre y voluntariamente. Se ha proporcionado una copia de este formulario de consentimiento al participante.

Nombre del investigador/ persona que toma el consentimiento

ANEXO 6 PRESUPUESTO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

DESCRIPCIÓN		Unidades	VALOR POR UNIDAD (\$)	SUBTOTAL (\$)	
Materiales	Laptop		1	\$400.00	\$400.00
	Resma papel bond		10	\$4.00	\$40.00
	Impresiones blanco y negro por página	Avances	1080	\$0.05	\$54.00
		Consentimientos	414	\$0.05	\$20.70
		Asentimientos	552	\$0.05	\$27.60
		Cuestionarios	552	\$0.05	\$27.60
	Folders	Cartón	20	\$0.10	\$2.00
		Encuadernados	5	\$13.00	\$65.00
	Internet (mensual)		12	\$30.00	\$360.00
	Transporte (gasolina mensual)		6	\$100.00	\$600.00
TOTAL					\$1595.60

ANEXO 7 INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

UNIDAD CENTRAL

FACULTAD DE MEDICINA

POSGRADO DE ESPECIALIDADES MEDICAS



ACOSO ESCOLAR Y SU RELACION CON LA OBESIDAD EN PACIENTES DE 8 A 12 AÑOS DE LA CONSULTA EXTERNA DE ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM EN EL PERIODO DE JULIO A OCTUBRE 2022

DATOS GENERALES.

N° de expediente: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Área de procedencia: _____

Institución escolar: _____

Peso y talla: _____

IMC: _____

Comorbilidades: _____

PERFIL PSICOLÓGICO

CONDUCTA	SI	NO
Es irrespetuoso y desafiante.		
Necesita dominar y ejercer el poder.		
Es impulsivo e impaciente.		
Dificultad para relacionarse. Interpreta como ataques cualquier conducta insignificante (miradas, sonrisas o gestos).		
Justifica como una broma las agresiones		
Presenta alta ansiedad e inseguridad.		
Es temeroso.		
Es tímido y callado.		
Tiene dificultades para pedir ayuda		
Siente temor de contar lo que le pasa		
Disimula y oculta lo que sufre.		

CONDUCTA SOCIAL

CONDUCTA	SI	NO
Se enoja si no se cumplen sus deseos.		
Rompe y esconde materiales.		
En su relación con los demás necesita dominar.		
Es poco sociable, realiza actividades individuales y solitarias (Internet).		
Está frecuentemente aislado.		
Busca la cercanía de los adultos.		
Presenta cambios de humor repentinos, irritabilidad y explosiones de enojo.		

TIPO DE ACOSO

FISICO	SI	NO
Pegar, empujar, dar patadas, escupir o poner zancadillas.		
Impedir que vaya al baño o al patio o que pase por el pasillo.		
Evitar que juegue en un determinado sitio		

Robar, esconder, destruir pertenencias		
Amenazar con armas.		

TIPO DE ACOSO

VERBAL	SI	NO
Amenazar.		
Someter a burlas,		
Insultar, poner nombres despectivos, dedicar canciones.		
Decir mentiras		

TIPO DE ACOSO

SOCIAL	SI	NO
Aislar, no dejar participar. Excluir.		
Manipular las relaciones de amistad.		
Desprestigiar y crear rumores		

