

ACOSO ESCOLAR Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE DROGAS Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS: COMPARACIÓN ENTRE ADOLESCENTES DE CHILE Y ESPAÑA

José A. Carmona-Torres¹, Adolfo J. Cangas¹, Álvaro I. Langer^{2,3},
José M. Aguilar-Parra¹ y José Gallego¹

¹Universidad de Almería (España); ²Pontificia Universidad Católica de Chile;

³Universidad del Desarrollo (Chile)

Resumen

El objetivo de este trabajo fue analizar la asociación entre acoso escolar, trastornos alimentarios y consumo de drogas en adolescentes de España y Chile. Participaron estudiantes de Educación Secundaria y Bachillerato procedentes de Chile ($n= 666$) y España ($n= 294$). Los resultados muestran que los estudiantes de ambos países que actúan como acosadores presentan un consumo de drogas significativamente mayor que los no acosadores. Por su parte, las víctimas muestran un mayor riesgo de trastornos alimentarios. Siendo la fuerza de dichas asociaciones grandes y medias con base en el estimador del tamaño de efecto. Por el contrario, ser acosador no se ha asociado con trastornos alimentarios, ni ser víctima con consumo de drogas, salvo para el consumo de tabaco. Por su parte, mientras que los valores medios de acoso escolar son similares en ambas submuestras, los estudiantes españoles presentan un consumo mayor de sustancias y mayor riesgo de trastornos alimentarios. En conclusión, este estudio evidencia la vinculación entre ser acosador con consumo de drogas y ser víctima de acoso escolar con trastornos alimentarios.

PALABRAS CLAVE: *Acoso escolar, trastornos alimentarios, drogas, comorbilidad, comparación transcultural.*

Abstract

The objective of this study was to analyze the association of bullying, eating disorders and drug use in adolescents from Chile and Spain. A secondary and high school sample of students ($N= 960$) from Chile ($n= 666$) and Spain ($n= 294$) participated in the study. Results indicate that students from both countries who act as bullies show a significant higher drug use than non-bullies. On the other hand, victims show a higher risk of eating disorders. Based on the effect size

Este estudio contó, por un lado, con la financiación de CONICYT, PAI/Concurso nacional apoyo al retorno de investigadores/as desde el extranjero, Nº 82130055 y el apoyo del Fondo de Innovación para la Competitividad (FIC) del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo del Gobierno de Chile, a través de la Iniciativa Científica Milenio, Proyecto IS130005; y por otra parte con el apoyo del Ministerio de Ciencia e Innovación de España, mediante una ayuda otorgada al proyecto de investigación Ref. EDU/2010-15186.

Correspondencia: José A. Carmona-Torres, Dpto. de Psicología, Universidad de Almería, La Cañada de San Urbano, s/n 04120 Almería (España). E-mail: jacarmona@ual.es

values, the strength of these associations are large and medium. On the contrary, to be a bully was not associated with eating disorders and to be a victim was not associated with drug consumption, except for tobacco use. On the other hand, while the prevalence of bullying is similar in both sub-samples, Spanish students show a higher use of substances and a higher risk of eating disorders. In conclusion, this study shows the connection between being a bully and drug use and between being a victim of bullying and eating disorders.

KEY WORDS: *bullying, eating disorders, drugs, comorbidity, transcultural comparison.*

Introducción

La implicación en situaciones de acoso escolar es un tipo de problemática que afecta a un número muy significativo de jóvenes, pudiendo ser un caldo de cultivo que facilita la aparición de otros problemas psicológicos asociados (Wolke, Woods, Bloomfield y Karstadt, 2001). De hecho, los jóvenes involucrados en situaciones de acoso escolar informan presentar mayores niveles de sintomatología psicopatológica si los comparamos con los no involucrados (Felipe-Castaño, León-del-Barco y Fajardo, 2013). En este contexto, parece que existen diferencias de sexo (Garaigordobil y Aliri, 2013), en donde los chicos presentarían una mayor implicación como agresores y víctimas si lo comparamos con la menor implicación de las chicas (Cerezo y Ato, 2010). A su vez, ya sea como víctima, acosador o acosador-víctima (esto es, jóvenes implicados tanto desde el rol de víctima como de acosador), el hecho de estar implicado en acoso escolar ha sido relacionado con tener un mayor riesgo de presentar diversos trastornos mentales (Reijntjes, Kamphuis, Prinzie y Telch, 2010). No obstante, son las víctimas y los acosadores-víctimas quienes principalmente muestran mayores problemas como consecuencia de la victimización producida por el acoso al que son sometidos (Kumpulainen *et al.*, 1998).

En particular, las pruebas indican que la implicación en acoso escolar es un factor de riesgo potencial que facilitaría la aparición de problemas psicopatológicos no sólo durante la infancia y la adolescencia (Arseneault, Bowes y Shakoor, 2010), sino también durante la edad adulta (Copeland, Wolke, Angold y Costello, 2013). Si atendemos a la comorbilidad con otros trastornos, la implicación en acoso escolar ha sido asociada con la presencia de trastornos psicósomáticos (Gini y Pozzoli, 2009, 2013), un mayor riesgo de presentar experiencias psicóticas (van Dam *et al.* 2012; Varese *et al.*, 2012), trastorno de estrés postraumático (Idsoe, Dyregrov y Cosmovicildsoe, 2012; McKenney, Pepler, Craig y Connolly, 2005; Mynard, Joseph y Alexander, 2000; Rivers, 2004), consumo de drogas (Tharp-Taylor, Haviland y D'Amico, 2009), trastorno de la personalidad antisocial (Sourander *et al.*, 2007) e incluso un mayor riesgo de ideación e intentos de suicidio (Kim y Leventhal, 2008; Klomek *et al.*, 2009, Klomek, Sourander y Gould, 2010). Además, la victimización fruto del acoso escolar se ha asociado con el desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión (García-López, Iruirtia, Caballo y Díaz-Castela, 2011; Hawker y Boulton, 2000; Reijntjes *et al.*, 2010).

Tratándose de un fenómeno complejo, son muchos los factores asociados al acoso escolar; no obstante, investigaciones previas han mostrado la especial importancia que el consumo de drogas y los trastornos alimentarios tiene entre los jóvenes, precisamente, por ser dos de las problemáticas que más graves consecuencias pueden tener con respecto a su impacto en la morbilidad adulta (Jasik, 2014; Spohn y Kaplan, 2000). Así, los comportamientos problemáticos relacionados con la alimentación y el consumo de drogas son dos factores de riesgo para el desarrollo de psicopatología grave y problemas de salud en la adultez que suelen aparecer asociados en la literatura (Eichen, Conner, Daly y Fauber, 2012). De aquí la importancia de estudiar estos factores de riesgo entre los más jóvenes, dado que su aparición suele darse durante la adolescencia, por la vinculación que existe entre ellos y las graves consecuencias que pueden llegar a tener.

Con respecto a los trastornos alimentarios, un cuerpo importante de estudios sugiere que el ambiente social en donde se produce el acoso entre iguales, así como los insultos sobre el peso corporal específicamente, contribuyen al desarrollo de la insatisfacción con el propio cuerpo, comportamientos alimentarios desorganizados, así como también trastornos alimentarios propiamente dichos (Eisenberg y Neumark-Sztainer, 2008); lo cual ha sido frecuentemente considerado como un factor etiológico para el desarrollo de trastornos alimentarios (Sweetingham y Waller, 2008). Así, las investigaciones apuntan a la existencia de una relación longitudinal en donde los insultos sobre cuestiones relacionadas con la imagen corporal serían el precedente previo a la aparición de patologías alimentarias (Haines, Neumark-Sztainer, Eisenberg y Hannan, 2006). En concreto, estudios retrospectivos y transversales han encontrado una fuerte asociación entre ser insultado con respecto al peso corporal y el posterior desarrollo de trastornos alimentarios (Thompson, Covert, Richards, Johnson y Cattarin, 1995; Grilo, Wilfley, Brownell y Rodin, 1994). A este respecto, los investigadores sugieren que factores de tipo sociocultural provenientes de la familia, amigos y medios de comunicación -como son la importancia dada a delgadez y las críticas dirigidas a la imagen y el peso corporal-, jugarían un papel decisivo en el posterior desarrollo de problemas relacionados con la alimentación (Levine, Smolak y Hayden, 1994). Se estima que la probabilidad de presentar comportamientos no saludables relacionados con el control del peso y los atracones de comida -tanto en chicos como en chicas- es dos veces mayor entre aquellos jóvenes que en el pasado sufrieron de manera frecuente insultos sobre su peso comparado con aquellos que no fueron víctimas de manera habitual (Neumark-Sztainer *et al.*, 2002).

A su vez, si atendemos a los estudios prospectivos que han investigado esta misma problemática, los hallazgos muestran resultados mixtos. Dos estudios con chicas adolescentes no encontraron relación entre ser insultado con respecto al peso corporal y la posterior aparición de comportamientos bulímicos, restrictivos o de purga (Field, Camargo, Taylor, Berkey y Colditz, 1999; Cattarin y Thompson, 1994). Por el contrario, otros estudios longitudinales sí han encontrado la existencia de dicha relación. En concreto, el estudio de Gardner, Stark, Friedman y Jackson (2000) halló en jóvenes de entre 6 y 14 años que las víctimas de insultos sobre el peso y la imagen corporal mostraron puntuaciones más altas en trastornos

alimentarios, aunque este resultado sólo fue observado en hombres y no en mujeres. Por su parte, en otro estudio los insultos sí predijeron un incremento en la aparición de comportamientos de tipo bulímico entre las mujeres, pero no entre los hombres (Wertheim, Koerner y Paxton, 2001). Con vistas a aclarar estas posibles divergencias en cuanto al sexo y la dirección de la relación, Haines *et al.* (2006) evaluaron el posible efecto diferencial que los insultos relacionados con la imagen corporal tienen en el desarrollo de comportamientos alimentarios desorganizados en hombres y mujeres tras cinco años de seguimiento. Los resultados fueron discrepantes según el sexo. Los chicos que fueron insultados con respecto a su peso fueron más propensos a presentar falta de autocontrol, atracones de comida y dietas no saludables, mientras que las chicas insultadas tendieron a llevar a cabo dietas no saludables de manera habitual.

Por su parte, en cuanto a los comportamientos de consumo de drogas, existe suficiente consenso con respecto a la comorbilidad entre consumo de drogas y acoso escolar, ya sea a raíz del consumo de sustancias o como consecuencia de abusos durante la infancia y la adolescencia (Kaltiala-Heino, Rimpelä, Marttunen, Rimpelä y Rantanen, 1999; Kilpatrick, Acierno, Resnick, Saunders y Best, 1997; Martino, Collins y Ellickson, 2004). No obstante, si bien la mayoría de las investigaciones han revelado que los implicados en acoso escolar -ya sea como víctima, acosador o acosador-víctima- consumen significativamente más drogas que aquellos que no están implicados (Radliff, Wheaton, Robinson y Morris, 2012), el papel o la dirección específica de dicha relación aún no está clara y varía en función del estudio revisado. En este punto cabe preguntarse, ¿los jóvenes acosadores crecen en contextos de consumo de drogas o los comportamientos de acoso se incrementan después de que el consumo de drogas se haya iniciado? A este respecto, Fite, Colder, Lochman y Wells (2007) analizaron en una muestra de adolescentes si el tipo de agresión llevado a cabo por los acosadores influía en el posterior desarrollo del consumo de drogas. Los resultados mostraron que las conductas agresivas son un precedente que aparece antes que el consumo de drogas; pudiendo ser entre los acosadores, por tanto, un predictor de su posterior aparición. En otro estudio (Tharp-Taylor *et al.*, 2009), se obtuvieron resultados que apuntan en la misma dirección, pero esta vez utilizando una muestra de jóvenes adolescentes víctimas de acoso escolar. En concreto, las víctimas fueron más propensas al consumo de drogas que los jóvenes que no sufrían acoso. Estos autores, tras controlar el uso de drogas previo a la experiencia de acoso, concluyeron que la implicación en acoso escolar -como víctima- situaría a los adolescentes en un mayor riesgo de consumo de drogas.

Sin embargo, también existe un cuerpo de estudios que ha obtenido resultados dispares en población adulta con respecto a la dirección de la relación entre violencia escolar y consumo de drogas; e incluso resultados contradictorios dependiendo del estudio. En el caso de las víctimas de acoso y la asociación con consumo de drogas, ¿cuál es la dirección de dicha relación?, ¿tienden las víctimas a medicarse a sí mismas para paliar el malestar emocional producto de la victimización? o ¿son los consumidores de drogas más vulnerables a ser objetivos de los acosadores? A este respecto se ha hallado que tanto el consumo de drogas aumenta el riesgo de ser objeto de agresiones violentas en el futuro, como

también que las agresiones aumentan el riesgo de un subsecuente consumo de drogas (Kilpatrick *et al.*, 1997). En un estudio los investigadores hallaron que el consumo de marihuana y otras drogas -pero no el consumo de alcohol aisladamente- son predictores prospectivos de ser agredido violenta o sexualmente (Martino *et al.*, 2004). Pues bien, a pesar de la disparidad de resultados, parece existir cierto consenso entre los autores aquí citados en coincidir en que el consumo de drogas habitualmente ocurre en contextos en donde hay personas propensas a la agresividad y a implicarse en situaciones de riesgo; lo cual se asocia con mayores niveles de victimización (Kilpatrick *et al.*, 1997; Martino *et al.*, 2004). Algunos autores han sugerido la existencia de una fuerte relación entre la presencia de problemas emocionales, tales como depresión o ansiedad -los cuales son consecuencias habituales de la victimización fruto del acoso- y el subsecuente consumo de drogas para paliar dichas consecuencias negativas (Lansford *et al.*, 2008). No obstante, y debido a la disparidad de resultados, se precisan nuevos estudios que examinen longitudinalmente el papel que el acoso escolar y el consumo de drogas juegan en dicha asociación (Durand *et al.*, 2013).

En definitiva, existen suficientes pruebas con respecto a la comorbilidad del acoso escolar con diversas problemáticas, siendo especialmente preocupante su vinculación con el consumo de drogas y los problemas de la conducta alimentaria -que la literatura ha mostrado estar estrechamente asociados- por las importantes repercusiones que puede llegar a tener en la edad adulta (Eisenberg y Neumark-Sztainer, 2008; Kaltiala-Heino, Rimpelä, Rantanen y Rimpelä, 2000). Pues bien, siendo el acoso escolar un fenómeno transversal presente en todos aquellos países en donde ha sido estudiado (Smith *et al.*, 1999), recabar información multicultural puede ser de vital importancia. En particular, desde una perspectiva teórica, la investigación transcultural permite evaluar la posibilidad de generalizar los hallazgos obtenidos de un país o cultura concreta a otro. A su vez, desde una perspectiva práctica, este tipo de investigación puede ser un indicador de la potencial utilidad de los métodos vigentes de prevención o intervención temprana (Lunner *et al.*, 2000). En este contexto, de cara a realizar una comparación precisa entre diferentes países es fundamental la utilización de los mismos instrumentos de medida (Cangas, Gázquez, Padilla, Fuentes y Mira, 2007; Crothers y Levinson, 2004). Estudios previos han estudiado la problemática del acoso escolar en Chile y España por separado, pero ninguno de ellos ha utilizado los mismos instrumentos de medida. Este ha sido precisamente uno de los objetivos del presente estudio: evaluar, con base en las puntuaciones medias observadas, la presencia del acoso escolar y sus implicaciones -en concreto, su comorbilidad con trastornos alimentarios y consumo de drogas- en dos países culturalmente diferentes como son Chile y España utilizando los mismos instrumentos de medida. Estudios previos sugieren que cabría esperar que existan niveles mayores de acoso escolar en Chile que en España, tanto con respecto a la presencia de un mayor número de acosadores como de víctimas (Adimark, 2009; Defensor del Pueblo, 2007; Serrano e Iborra, 2005). Por su parte, en cuanto al consumo de drogas se espera obtener valores similares en ambos países, salvo para el consumo de alcohol y tabaco, ya que en España parece existir un mayor consumo que en Chile de estas sustancias (Observatorio Chileno de Drogas, 2013; Observatorio Español sobre Drogas,

2010). En cuanto a la presencia de trastornos alimentarios, se esperaría obtener puntuaciones similares en las submuestras de Chile y España (Peláez, Raich y Labrador, 2010; Urzúa, Castro, Lillo y Leal, 2011). Por otra parte, un segundo objetivo de este estudio fue analizar la asociación entre ser acosador o víctima de acoso escolar, y su posible vinculación con consumo de sustancias y trastornos alimentarios. Si bien la naturaleza transversal de este estudio no nos permite hacer afirmaciones sobre la dirección de las posibles asociaciones, con base en la literatura revisada antes mencionada, se espera que los estudiantes implicados en acoso escolar -en cualquiera de sus roles- presenten un consumo de drogas significativamente mayor que los no implicados. Por su parte, se espera hallar una asociación entre ser víctima de acoso escolar y un mayor riesgo de presentar trastornos alimentarios, pero no entre ser acosador y trastornos alimentarios.

Método

Participantes

Para el presente estudio se contó con un total de 960 participantes procedentes de dos submuestras de estudiantes de Chile ($n= 666$) y España ($n= 294$) que cursaban estudios de Educación Secundaria y Bachillerato², los cuales fueron seleccionados mediante muestreo no probabilístico de conveniencia. Del total, 547 eran mujeres y 413 eran hombres. La edad de los participantes estaba entre 12 y 21 años ($M= 15,98$; $DT= 1,51$). La submuestra de Chile estaba formada por 390 mujeres y 276 hombres, cuyas edades estaban entre los 12 y los 20 años ($M= 15,74$; $DT= 1,22$). Todos procedían de cuatro centros de Educación Básica y Media de la región metropolitana de Santiago de Chile, de los cuales tres centros eran públicos y uno privado. Por su parte, la submuestra de España estaba formada por 157 mujeres y 137 hombres, cuyas edades oscilaban entre los 12 y los 21 años ($M= 16,52$; $DT= 1,92$). Estos estudiantes procedían de tres centros públicos de la provincia de Almería. Una descripción más detallada por edad aparece en la tabla 1.

Instrumentos

- a) "Cuestionario de consumo de drogas" (*School Survey on Drug Abuse, SSDA*; United Nations Office on Drugs and Crime, 2003), versión en español (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2003). Compuesto por un total de 20 ítems, es un cuestionario de cribado (*screening*) dirigido a evaluar el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, marihuana, cocaína, anfetaminas, crack, ansiolíticos y neurolépticos, opiáceos, MDMA, LSD, otros alucinógenos, drogas inyectables y disolventes inhalables. La evaluación del consumo se evalúa mediante una escala gradual que oscila entre un consumo de 0 ocasiones hasta más de 40 ocasiones (0 veces; 1-2 veces; 3-5 veces; 6-9 veces; 10-19 veces; 20-39 veces; 40 o más veces. En el presente estudio, dichos

² Educación básica y media según el marco de referencia de Chile.

valores se tabularon de 1 a 7 (en donde 1= 0 veces -no consumo- y 7= 40 o más veces). Este cuestionario ha sido elaborado por las Naciones Unidas en el marco del Programa Mundial de Evaluación del Uso Indebido de Drogas (GAP), con la finalidad de ayudar a los países a obtener información comparable a nivel multinacional, regional y mundial sobre el uso de drogas. Si bien sus propiedades psicométricas no han sido analizadas, este cuestionario ha sido ampliamente utilizado como encuesta de referencia en estudios de comparación de Europa y Estados Unidos para la evaluación de las prevalencias del consumo de sustancias y otras cuestiones afines (p. ej., Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2014).

Tabla 1

Distribución de los estudiantes por país y en total, según la edad

| Edad (años) | Chile (n= 666) | | España (n= 294) | | Total (N= 960) | |
|-------------|----------------|------|-----------------|------|----------------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| 12 | 2 | 0,3 | 10 | 3,4 | 12 | 3,7 |
| 13 | 2 | 0,3 | 10 | 3,4 | 12 | 3,7 |
| 14 | 97 | 14,7 | 13 | 4,4 | 110 | 19,1 |
| 15 | 208 | 31,6 | 47 | 16,0 | 255 | 47,6 |
| 16 | 161 | 24,5 | 48 | 16,3 | 209 | 40,8 |
| 17 | 138 | 21,0 | 66 | 22,4 | 204 | 43,4 |
| 18 | 43 | 6,5 | 75 | 25,5 | 118 | 32 |
| 19 | 6 | 0,9 | 20 | 6,8 | 26 | 7,7 |
| 20 | 1 | 0,2 | 4 | 1,4 | 5 | 1,6 |
| 21 | 0 | 0 | 1 | 0,3 | 1 | 0,3 |
| Total | 658 | 100 | 294 | 100 | 952 | 100 |

- b) "Cuestionario sobre violencia escolar" (CVE; Serrano e Iborra, 2005). Desarrollado en el Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia para evaluar la violencia escolar desde tres perspectivas o subtipos de implicación en acoso escolar, a saber: agresor, testigo y víctima de acoso escolar. Dichas categorías se obtienen en base a respuestas de tipo categorial dicotómico (Sí/No) en las que el participante indica si se percibe a sí mismo como agresor de otros compañeros, testigo o víctima de agresión. Además, el cuestionario evalúa cinco subtipos de agresión y cinco subtipos de victimización: maltrato físico, emocional, sexual, económico y vandálico. Con respecto al sistema de codificación de respuestas el cuestionario, compuesto por un total de 32 ítems, presenta en su mayoría un formato de respuestas de elección múltiple, así como también de tipo categorial dicotómicas con respuestas Sí/No. En el presente estudio, los valores se codificaron según una escala con valores continuos que oscilaron entre 0 (no implicado en acoso escolar) y 1 (implicado en acoso escolar, bien como víctima, agresor o testigo de agresiones). Si bien no existen estudios que hayan evaluado las propiedades psicométricas del CVE, este cuestionario ha sido usado en España dentro del marco de una campaña epidemiológica estatal dirigida a la evaluación de la prevalencia e

incidencia del acoso escolar en este país (Serrano e Iborra, 2005). En concreto, se han obtenido resultados convergentes a los obtenidos por otras encuestas estatales dirigidas a la evaluación en adolescentes de la presencia de violencia escolar en contextos escolares (p. ej., Defensor del Pueblo, 2007).

- c) "Test de actitudes alimentarias" (*Eating Attitudes Test*, EAT-26; Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982). Se trata de la versión reducida del cuestionario EAT-40 (Garner y Garfinkel, 1979). Se utiliza para detectar en la población general (no clínica) a personas en riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria. En concreto, el cuestionario se dirige a evaluar un amplio rango de actitudes, síntomas y comportamientos relacionados con los trastornos alimentarios. El EAT-26 utiliza una escala Likert con seis categorías: siempre, casi siempre, a menudo, a veces, rara vez, nunca. A mayor puntuación, mayor riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria -anorexia o bulimia nerviosa-. Con relación a los puntos de corte del cuestionario, el EAT-26 presenta una baja sensibilidad pero buena especificidad, si se toma el punto de corte ≥ 20 . Sin embargo, con un punto de corte ≥ 11 se mejora la precisión diagnóstica y se reducen los falsos positivos (Constaín, Ricardo, Rodríguez-Gázquez, Álvarez, Marín y Agudelo, 2014). El cuestionario se divide en tres subescalas: 1) Factor dieta -conductas de evitación y preocupación por la delgadez-, 2) Bulimia -conductas de preocupación por la comida- y 3) Control oral -autocontrol de la ingesta-. Las propiedades psicométricas del EAT-26 han sido evaluadas en una muestra española no clínica de mujeres, obteniéndose una estructura factorial unidimensional sobre trastornos de la conducta alimentaria, que daba cuenta del 36,77% de la varianza explicada. El coeficiente α de Cronbach para el total del instrumento fue de 0,904, por tanto demostrando tener una alta consistencia interna. Además, el EAT-26 demostró una buena especificidad y moderada sensibilidad para diferenciar en una muestra clínica entre personas con o sin un trastorno alimentario (Rivas, Bersabé, Jiménez y Berrocal, 2010). La versión chilena del instrumento también mostró buenas propiedades (Behar, 1998); los indicadores estadísticos de sensibilidad (93%), especificidad (62,4%), valores predictivos (35,9%) y negativos (97,5%) fueron adecuados para detectar la presencia de trastornos alimentarios. Además, la versión Chilena del EAT-26 mostró un adecuado indicador de validez convergente ($r=0,55$) con el Inventario de trastornos alimentarios (Garner, Olmstead y Polivy, 1983).

Procedimiento

Para la selección de los participantes se utilizó un muestreo de conveniencia, siendo dos los criterios de elección de los participantes, por un lado, la accesibilidad y facilidades dada por los centros de enseñanza en cuanto a la posibilidad de poder aplicar los cuestionarios en estudiantes de Educación Secundaria y Bachillerato y, por otro, la disponibilidad de los participantes que participaron en este estudio en base a su agrupación según cursos escolares de manera natural. Previo a la administración de los cuestionarios, se obtuvo el

consentimiento informado tanto de los centros como de los padres y alumnos que participaron en este estudio. Los participantes respondieron a los cuestionarios en las salas de informática de sus respectivos centros de enseñanza, en grupos de 10 a 25 estudiantes por aula. En todo momento se informó a los alumnos acerca del anonimato, confidencialidad y voluntariedad de sus respuestas. Los participantes no recibieron ningún tipo de compensación económica por su colaboración en el estudio.

Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo de frecuencias para valorar la distribución de la muestra según la variable "edad", mostrando el número y porcentaje de participantes de cada submuestra -de España y Chile- y de la muestra total. Asimismo, se realizó una prueba *t* de Student para muestras independientes para verificar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos con respecto a su consumo de drogas, riesgo de trastornos alimentarios e implicación en acoso escolar. Para estimar la magnitud de la diferencia se utilizó la *d* de Cohen (1988) como indicador del tamaño del efecto. Posteriormente, se realizó una prueba *t* de Student para hallar las posibles diferencias en el consumo de drogas y riesgo de trastornos alimentarios entre víctimas y no víctimas de acoso escolar, por una parte, y entre acosadores y no acosadores, por otra parte. En ambos casos, y para calcular el tamaño del efecto se decidió utilizar el estimador *d* de Cohen. La interpretación de los valores del tamaño del efecto con base en las puntuaciones *d* fue 0,20 efecto pequeño, 0,50 efecto medio y 0,8 efecto grande.

Todos los análisis se realizaron con el programa IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM, 2012).

Resultados

Análisis descriptivos

Como se muestra en la tabla 2, según las respuestas obtenidas mediante el Cuestionario de consumo de drogas, existe un consumo significativamente mayor de tabaco, alcohol, marihuana, MDMA (éxtasis) y cocaína en la submuestra española si lo comparamos con el menor consumo referido por los estudiantes de Chile, siendo la magnitud de la diferencias observadas entre ambos grupos medias y grandes según el estimador *d* utilizado para su cálculo.

En lo que respecta al riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria, parece que es mayor entre los estudiantes españoles que entre los chilenos, tanto si nos basamos en la puntuación global obtenida en el EAT-26, como en los factores dieta, bulimia y control oral de este mismo cuestionario (tabla 2). Si atendemos al estimador del tamaño del efecto, las diferencias observadas entre ambos grupos serían medias, siendo pequeña para el factor control oral.

Tabla 2

Diferencias en consumo de drogas, riesgo de trastornos alimentarios y acoso escolar entre estudiantes de Chile y España

| Variables | | País | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DT</i> | <i>t</i> | <i>gl</i> | <i>p</i> | <i>d</i> | |
|-----------------------------|---------------------------------|-------------------------|----------|----------|-----------|----------|--------------|---------------|---------------|---------------|
| Consumo de drogas | Tabaco | Chile | 666 | 1,36 | 1,96 | -9,49 | 460 | 0,000 | -0,696 | |
| | | España | 294 | 2,92 | 2,49 | | | | | |
| | Alcohol | Chile | 666 | 1,61 | 1,97 | -19,27 | 540 | 0,000 | -1,357 | |
| | | España | 294 | 4,34 | 2,05 | | | | | |
| | Marihuana | Chile | 666 | 1,04 | 1,54 | -6,20 | 531 | 0,000 | -0,441 | |
| | | España | 294 | 1,74 | 1,63 | | | | | |
| | MDMA (éxtasis) | Chile | 666 | 0,58 | 0,60 | -13,93 | 755 | 0,000 | -0,919 | |
| | | España | 294 | 1,06 | 0,43 | | | | | |
| | Cocaína | Chile | 666 | 0,58 | 0,59 | -15,33 | 901 | 0,000 | -0,983 | |
| | | España | 294 | 1,05 | 0,33 | | | | | |
| | Riesgo de trastorno alimentario | Puntuación total EAT-26 | Chile | 665 | 5,81 | 9,38 | -6,23 | 946 | 0,000 | -0,445 |
| | | | España | 283 | 9,93 | 9,10 | | | | |
| Factor Dieta | | Chile | 665 | 3,29 | 5,96 | -5,80 | 498 | 0,000 | -0,418 | |
| | | España | 283 | 5,88 | 6,42 | | | | | |
| Factor Bulimia | | Chile | 665 | 0,95 | 1,93 | -5,21 | 946 | 0,000 | -0,380 | |
| | | España | 283 | 1,66 | 1,80 | | | | | |
| Factor Control oral | | Chile | 665 | 1,56 | 2,86 | -4,03 | 946 | 0,000 | -0,285 | |
| | | España | 283 | 2,38 | 2,89 | | | | | |
| Acoso escolar | Ser víctima de acoso | Chile | 665 | 0,16 | 0,36 | -1,23 | 522 | 0,217 | -0,079 | |
| | | España | 293 | 0,19 | 0,39 | | | | | |
| | Ser acosador | Chile | 666 | 0,09 | 0,29 | 0,43 | 957 | 0,667 | 0,035 | |
| | | España | 293 | 0,08 | 0,28 | | | | | |
| | Víctima de maltrato físico | Chile | 666 | 0,31 | 0,70 | -2,07 | 528 | 0,038 | -0,151 | |
| | | España | 294 | 0,42 | 0,75 | | | | | |
| | Víctima de maltrato emocional | Chile | 666 | 0,38 | 0,84 | -1,95 | 534 | 0,050 | -0,138 | |
| | | España | 294 | 0,50 | 0,89 | | | | | |
| | Víctima de abuso sexual | Chile | 666 | 0,19 | 0,42 | -3,18 | 459 | 0,002 | -0,248 | |
| | | España | 294 | 0,31 | 0,54 | | | | | |
| | Víctima de maltrato económico | Chile | 666 | 0,20 | 0,46 | -3,12 | 460 | 0,002 | -0,229 | |
| | | España | 294 | 0,32 | 0,58 | | | | | |
| | Víctima de vandalismo | Chile | 666 | 0,28 | 0,64 | -1,87 | 563 | 0,061 | -0,125 | |
| | | España | 294 | 0,36 | 0,63 | | | | | |
| | Acosador por maltrato físico | Chile | 666 | 0,18 | 0,56 | -3,93 | 495 | 0,000 | -0,282 | |
| | | España | 294 | 0,35 | 0,64 | | | | | |
| | Acosador maltrato emocional | Chile | 666 | 0,18 | 0,57 | -3,92 | 501 | 0,000 | -0,280 | |
| | | España | 294 | 0,35 | 0,64 | | | | | |
| | Acosador por abuso sexual | Chile | 666 | 0,11 | 0,34 | -5,18 | 452 | 0,000 | -0,381 | |
| | | España | 294 | 0,26 | 0,44 | | | | | |
| Acosador maltrato económico | Chile | 666 | 0,10 | 0,31 | -5,48 | 410 | 0,000 | -0,420 | | |
| | España | 294 | 0,27 | 0,48 | | | | | | |
| Acosador por vandalismo | Chile | 666 | 0,12 | 0,41 | -4,93 | 444 | 0,000 | -0,371 | | |
| | España | 294 | 0,30 | 0,55 | | | | | | |

Notas: Los valores estadísticamente significativos $p < 0,05$ y los correspondientes tamaños del efecto se encuentran resaltados en negrita. MDMA= 3,4-metilenedioximetanfetamina; EAT-26= Test de actitudes alimentarias.

Con respecto a la evaluación del acoso escolar, se observan valores medios similares de víctimas y/o acosadores en ambas submuestras, pero cuando nos fijamos en los subtipos de acoso escolar se observan diferencias estadísticamente significativas; siendo mayores los valores medios obtenidos en la muestra de España tanto de víctimas de maltrato físico, económico y sexual específicamente, como de acosadores que utilizan maltratos de tipo físico, emocional, sexual, económico y vandálico contra sus compañeros (tabla 2). Aquí, las diferencias entre las medias obtenidas entre las submuestras de Chile y España presentan un tamaño del efecto medio y pequeño.

Relación entre ser acosador, consumir sustancias y los trastornos alimentarios

Si comparamos en primer lugar a los estudiantes que actúan como acosadores de otros compañeros con aquellos que no lo son, el grupo de acosadores presenta significativamente un mayor consumo de drogas comparado con los estudiantes no acosadores (tabla 3). Estos resultados se han mostrado especialmente consistentes con respecto al consumo de alcohol, tabaco y cannabis, en donde según el estimador del tamaño del efecto, las diferencias observadas entre las medias de consumo entre ambos grupos -acosadores y no acosadores- serían grandes en la muestra española, y medias en la chilena. Si atendemos específicamente al consumo de MDMA (éxtasis) y cocaína en la muestra chilena, estas diferencias de consumo entre acosadores y no acosadores no sería tan importante, con tamaños del efecto pequeños, y sin significación estadística en la muestra española.

Por su parte, siguiendo con los acosadores, tanto en la muestra de estudiantes chilena como española no se han obtenido valores estadísticamente significativos que vinculen ser acosador con trastornos alimentarios (tabla 3).

Diferencias en cuanto al consumo de sustancias y trastornos alimentarios según si es (o no) víctima de acoso escolar

El índice global de riesgo de trastornos alimentarios del cuestionario EAT-26 mostró diferencias estadísticamente significativas, tanto en la muestra chilena como española, entre el grupo de víctimas de acoso escolar y el grupo de no víctimas, en donde las víctimas muestran significativamente más riesgo de presentar un trastorno alimentario (tabla 4). Así, la magnitud de las diferencias encontradas sería considerada como media según el índice *d* relativo al tamaño del efecto de las diferencias observadas. Además, sólo la submuestra chilena de víctimas de acoso escolar también presenta un mayor riesgo de problemas alimentarios relacionados con los factores dieta, control oral y bulimia (del cuestionario EAT-26), con tamaños del efecto medios y pequeños, respectivamente. Estos hallazgos no se han mostrado significativos en la submuestra de estudiantes españoles.

Tabla 3
Diferencias en consumo de drogas y riesgo de trastornos alimentarios entre acosadores y no acosadores

| Problemas psicológicos evaluados | Ser acosador | Chile | | | | España | | | | | |
|----------------------------------|--------------|-------|-------|-------|--------------|---------------|-----|-------|-------|--------------|---------------|
| | | n | M | DT | p | d | n | M | DT | p | d |
| Consumo de sustancias | No | 601 | 2,23 | 1,95 | | | 267 | 2,76 | 2,416 | | |
| | Sí | 65 | 3,23 | 2,42 | 0,002 | -0,455 | 26 | 4,62 | 2,699 | 0,000 | -0,728 |
| Alcohol | No | 601 | 2,70 | 1,69 | | | 267 | 4,25 | 2,046 | | |
| | Sí | 65 | 3,63 | 1,98 | 0,001 | -0,505 | 26 | 5,38 | 1,899 | 0,007 | -0,574 |
| Marihuana | No | 601 | 1,65 | 1,43 | | | 267 | 1,61 | 1,451 | | |
| | Sí | 65 | 2,54 | 2,12 | 0,002 | -0,492 | 26 | 3,15 | 2,572 | 0,006 | -0,738 |
| MDMA (éxtasis) | No | 601 | 1,03 | 0,36 | | | 267 | 1,06 | 0,434 | | |
| | Sí | 65 | 1,18 | 0,90 | 0,009 | -0,218 | 26 | 1,15 | 0,464 | 0,277 | -0,202 |
| Cocaína | No | 601 | 1,05 | 0,43 | | | 267 | 1,05 | 0,354 | | |
| | Sí | 65 | 1,18 | 0,90 | 0,040 | -0,183 | 26 | 1,00 | 0,000 | 0,451 | 0,202 |
| Riesgo de trastorno alimentario | | | | | | | | | | | |
| Factor Dieta | No | 600 | 5,99 | 7,05 | | | 257 | 9,76 | 9,151 | | |
| | Sí | 65 | 6,72 | 6,68 | 0,389 | -0,106 | 25 | 11,88 | 8,729 | 0,268 | -0,237 |
| Factor Bulimia | No | 600 | 1,66 | 2,33 | | | 257 | 5,77 | 6,384 | | |
| | Sí | 65 | 1,97 | 2,75 | 0,320 | -0,121 | 25 | 7,04 | 6,955 | 0,349 | -0,190 |
| Factor Control oral | No | 600 | 2,69 | 3,34 | | | 257 | 1,63 | 1,824 | | |
| | Sí | 65 | 2,80 | 3,18 | 0,812 | -0,033 | 25 | 2,08 | 1,552 | 0,509 | -0,268 |
| Total EAT-26 | No | 600 | 10,29 | 10,68 | | | 257 | 2,36 | 2,907 | | |
| | Sí | 65 | 11,49 | 10,22 | 0,387 | -0,114 | 25 | 2,76 | 2,847 | 0,319 | -0,139 |

Notas: Los valores estadísticamente significativos ($p < 0,05$) y los correspondientes tamaños del efecto se encuentran resaltados en negrita. MDMA= 3,4-metilendioximetamfetamina; EAT-26= Test de actitudes alimentarias.

Tabla 4
Diferencias en consumo de drogas y riesgo de trastornos alimentarios entre víctimas y no víctimas de acoso escolar

| Problemas psicológicos evaluados | Ser víctima de acoso | Chile | | | | España | | | | | |
|----------------------------------|----------------------|-------|-------|-------|--------------|---------------|-----|-------|------|--------------|---------------|
| | | n | M | DT | p | d | n | M | DT | p | d |
| Riesgo de trastorno alimentario | No | 557 | 5,56 | 6,55 | | | 225 | 9,54 | 8,93 | | |
| Factor Dieta | Sí | 108 | 8,31 | 8,69 | 0,002 | -0,357 | 57 | 11,54 | 9,72 | 0,139 | -0,214 |
| Factor Bulimia | No | 557 | 1,59 | 2,30 | | | 225 | 5,73 | 6,28 | | |
| Factor Control oral | Sí | 108 | 2,18 | 2,71 | 0,036 | -0,234 | 57 | 6,51 | 7,02 | 0,415 | -0,117 |
| Puntuación global EAT-26 | No | 557 | 2,50 | 3,05 | 0,005 | -0,334 | 225 | 1,63 | 1,77 | 0,512 | -0,097 |
| | Sí | 108 | 9,66 | 9,78 | 0,001 | -0,385 | 225 | 2,18 | 2,75 | 0,030 | -0,346 |
| Consumo de sustancias | | 108 | 14,25 | 13,70 | | | 57 | 3,23 | 3,29 | | |
| Tabaco | No | 557 | 2,29 | 1,99 | | | 236 | 3,07 | 2,52 | | |
| Alcohol | Sí | 108 | 2,54 | 2,19 | 0,255 | -0,119 | 57 | 2,33 | 2,28 | 0,036 | 0,308 |
| Marihuana | No | 557 | 2,79 | 1,72 | 0,857 | -0,016 | 236 | 4,47 | 1,97 | 0,074 | 0,282 |
| MDMA (éxtasis) | Sí | 108 | 2,82 | 1,84 | 0,469 | 0,080 | 57 | 3,86 | 2,33 | 0,227 | 0,184 |
| Cocaína | No | 557 | 1,76 | 1,55 | | | 236 | 1,80 | 1,67 | | |
| | Sí | 108 | 1,64 | 1,42 | | | 57 | 1,51 | 1,46 | | |
| | No | 557 | 1,04 | 0,41 | 0,645 | -0,039 | 236 | 1,08 | 0,48 | 0,213 | 0,232 |
| | Sí | 108 | 1,06 | 0,58 | 0,805 | -0,018 | 57 | 1,00 | 0,00 | 0,235 | 0,225 |
| | No | 557 | 1,06 | 0,48 | | | 236 | 1,06 | 0,37 | | |
| | Sí | 108 | 1,07 | 0,59 | | | 57 | 1,00 | 0,00 | | |

Notas: Los valores estadísticamente significativos ($p < 0,05$) y los correspondientes tamaños del efecto se encuentran resaltados en negrita. MDMA= 3,4-metilenedioximetanfetamina; EAT-26= Test de actitudes alimentarias.

Siguiendo con las víctimas de acoso escolar y su vinculación con el consumo de drogas, sólo se observan diferencias estadísticamente significativas en cuanto al consumo de tabaco entre quienes son víctimas de los que no son víctimas en la submuestra española -siendo medias las diferencias entre ambos grupos según el estimador del tamaño del efecto-. Sin embargo, en la submuestra chilena no existen diferencias de consumo de tabaco entre las víctimas y los que no son víctimas. A su vez, con respecto al resto de drogas evaluadas, tanto en la muestra de estudiantes chilenos como españoles no se han encontrado diferencias significativas entre el grupo de víctimas y de no víctimas con respecto al consumo de alcohol, marihuana, MDMA (éxtasis) y cocaína (tabla 4).

Discusión

La finalidad del estudio que se ha presentado ha sido analizar de manera exploratoria la posible vinculación entre estar implicado en acoso escolar -ya sea como víctima o acosador- con la presencia de trastornos alimentarios y consumo de drogas en una muestra de jóvenes culturalmente diferentes. Para ello, participaron estudiantes de Educación Secundaria y Bachillerato procedentes de Chile y España. Además, se obtuvieron los valores medios de consumo de drogas, acoso escolar y de riesgo de trastornos alimentarios de ambas submuestras.

En primer lugar, si atendemos a la vinculación entre acoso escolar con consumo de drogas y trastornos alimentarios, tal y como se esperaba en nuestro estudio se ha obtenido, por un lado, que los estudiantes acosadores presentan un consumo de drogas significativamente mayor que los no acosadores. Por su parte, como esperábamos en base a la literatura revisada, las víctimas de acoso escolar mostraron un mayor riesgo de presentar trastornos alimentarios. Resultados que son coincidentes en ambas submuestras de Chile y España. En base a los tamaños del efecto obtenidos, la fuerza de las diferencias son grandes y medias, lo cual da consistencia y fundamento a las relaciones encontradas. Por su parte, ser acosador no se han asociado significativamente con trastornos alimentarios, a la vez que ser víctima de acoso escolar tampoco se ha asociado con consumo de drogas; con la excepción del consumo de tabaco específicamente, ya que entre las víctimas de la submuestra española sí existió un mayor consumo de tabaco si lo comparamos con quienes no son víctima de acoso.

Existe consenso con respecto a la comorbilidad entre consumo de drogas y acoso escolar, ya sea a raíz del consumo de drogas o como consecuencia de abusos durante la infancia y la adolescencia (Kaltiala-Heino, *et al.*, 1999; Kilpatrick, *et al.*, 1997; Martino *et al.*, 2004). Por lo que aquí respecta, los resultados obtenidos coinciden con aquellos estudios que han encontrado que es más común entre los acosadores que exista un consumo mayor de alcohol y otras drogas si los comparamos con el menor consumo que presentan tanto las víctimas como los no acosados (Kaltiala-Heino *et al.*, 2000). En este contexto, acosadores y víctimas difieren con los no acosados con respecto al consumo excesivo de bebidas alcohólicas y otras drogas. El grado de consumo entre los acosadores parece ser mayor que el del resto de actores implicados en acoso escolar, seguidos de los acosadores-víctimas. A su vez, un resultado interesante realizado en un estudio

con adolescentes internados por problemas mentales y que coincide con los hallazgos del presente trabajo indica que el grado de consumo de cualquier droga (tabaco, alcohol, cocaína, etc.) es generalmente más común entre los acosadores que entre las víctimas y los acosadores-víctimas (Luukkonen, Riala, Hakko y Räsänen, 2010). Si nos centramos en las víctimas específicamente, la experiencia de victimización como consecuencia del acoso escolar sufrido parece jugar un papel importante en el consumo de sustancias. En concreto, Tharp-Taylor *et al.* (2009) estudiaron el consumo de alcohol, marihuana, tabaco e inhalantes en víctimas de acoso escolar. Observaron que las víctimas eran más propensas al consumo de dichas sustancias comparado con aquellos jóvenes que no sufrieron victimización. En definitiva, los resultados del presente estudio coinciden con aquellos que muestran a la violencia escolar y el consumo de drogas como dos fenómenos que suelen estar asociados. No obstante, la naturaleza transversal de este estudio no nos permite ir más allá en estas conclusiones. A este respecto, sería conveniente diseñar nuevos estudios que ayuden a clarificar el papel que juegan el consumo de sustancias y el acoso escolar en dicha relación de comorbilidad.

Por su parte, la implicación en acoso escolar -de manera general- se ha mostrado a su vez como uno de los factores clave que pueden contribuir en el desarrollo de trastornos alimentarios en particular, y de trastornos mentales en general (Caballo, Arias, Calderero, Salazar e Irurtia, 2011; Gonsalves, Hawk y Goodenow, 2014). En el estudio aquí presentado, sólo las víctimas de acoso escolar -y no los agresores- mostraron un mayor riesgo de presentar trastornos alimentarios. A este respecto, la mayoría de las investigaciones en este campo se han focalizado precisamente en las víctimas; sin embargo, esto no quiere decir que sea un problema que sólo afecte a éstas, pudiéndose dar también esta problemática entre los acosadores y acosadores-víctimas (Kaltiala-Heino *et al.*, 2000). Pues bien, trauma y psicopatología alimentaria aparecen reiteradamente asociados en la literatura (Sweetingham y Waller, 2008), por lo que no extraña que la victimización fruto del acoso escolar se haya mostrado como un factor fuertemente asociado al desarrollo de trastornos alimentarios (Midei y Matthews, 2011). A este respecto, y coincidiendo con nuestros resultados, las víctimas de acoso escolar serían un colectivo especialmente vulnerable para el desarrollo de trastornos alimentarios u otras psicopatologías (Robinson, 2006). En concreto, los insultos sobre el peso corporal provenientes de los compañeros -e incluso del entorno familiar- tendrían un peso particular en el desarrollo de trastornos alimentarios tanto en población clínica como en estudiantes sin diagnóstico psiquiátrico/psicológico. Siendo esto transversal a diferentes grupos raciales y étnicos (Eisenberg y Neumark-Sztainer, 2008). Un colectivo que parece ser especialmente vulnerable ante los insultos de tipo verbal son las chicas adolescentes, debido al papel mediador que parecen desempeñar en ellas las experiencias o síntomas emocionales en el desarrollo de insatisfacción con el propio cuerpo (Farrow y Lox, 2011). En cualquier caso, las intervenciones en el ámbito de los trastornos alimentarios en jóvenes a edades escolares deberían tener en cuenta las peculiaridades diferenciadoras de los distintos grupos de afectados de cara a la realización de intervenciones ajustadas a las características de cada uno de los colectivos implicados; así como también son relevantes las vinculaciones

o asociaciones que los distintos trastornos presentan entre sí, de cara a la realización de abordajes más integrales que tengan en cuenta las implicaciones que pueden llegar a presentar las distintas problemáticas estudiadas.

En segundo lugar, si nos focalizamos en los resultados concernientes al consumo de drogas de los participantes, no ha sido sorprendente que se haya encontrado un consumo significativamente mayor de tabaco y alcohol entre los estudiantes españoles, dado que se estima que el consumo de estas sustancias en España es muy superior comparado con el existente en Chile (Observatorio Chileno de Drogas, 2013; Observatorio Español sobre Drogas, 2010; Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2006). Además, los tamaños del efecto obtenidos nos indican que las diferencias encontradas serían grandes o muy grandes. Por el contrario, no era esperado que existiese un consumo significativamente mayor de marihuana, cocaína y MDMA (éxtasis) en la submuestra española, pues, si de nuevo tomamos como referencia las encuestas estatales realizadas en ambos países, cabría esperar consumos similares, e incluso ligeramente superiores en Chile que en España.

Con respecto al acoso escolar se han obtenido puntuaciones medias similares de acosadores y víctimas en ambas submuestras. Por el contrario, sí se han obtenido diferencias estadísticamente significativas con respecto a los diferentes subtipos de acoso estudiados (p. ej., maltrato de tipo económico, emocional, sexual, etc.), existiendo en la submuestra española puntuaciones medias más altas en los diferentes subtipos de acoso escolar. No obstante es importante destacar que, según los tamaños del efecto obtenidos, las diferencias encontradas entre ambas submuestras serían principalmente pequeñas, lo que apunta a que no existirían diferencias importantes -*sustancialmente* significativas- entre ambas submuestras con respecto a los diferentes subtipos de acoso. Con base en la literatura cabría esperar que existan niveles mayores de acoso escolar en Chile que en España. Así, aunque se han obtenido valores medios similares de víctimas y acosadores en ambas submuestras, los estudios en este campo apuntan a que los estudiantes chilenos de Educación Secundaria perciben mayores niveles de violencia escolar que sus homólogos españoles (Guerra *et al.*, 2011). Dada la escasez de estudios comparativos que utilicen una metodología similar, no es fácil poder comparar y llegar a conocer con mayor profundidad las posibles diferencias que pudieran existir entre los estudiantes de Chile y España. En el presente estudio, la selección no aleatorizada de la muestra no nos permite generalizar estos resultados al resto de la población de estudiantes de Chile y España. Y, por tanto, afirmar que estas diferencias encontradas sean representativas del conjunto de los estudiantes de ambos países. A este respecto, sería interesante poder abordar el estudio e implicaciones del acoso escolar utilizando muestreos de tipo probabilístico de cara a poder generalizar los resultados obtenidos; así como también alcanzar una mayor comprensión de la importancia que las variables culturales presentan en esta problemática. A su vez, las muestras de ambos países no contaron con un número similar de participantes, siendo más numerosa la submuestra de estudiantes de Chile si la comparamos con la de España. No obstante, la media de edad y sexo de los participantes de ambos países si arrojaron resultados similares. Por último con respecto a la muestra, cabe destacar que no se

han controlado variables socioeconómicas que pudieran estar afectando a los resultados. A este respecto, es importante que futuros estudios utilicen muestras más numerosas, homogéneas y representativas del conjunto de la población de estudiantes de ambos países, que permita comparar con mayor validez ambos contextos culturales. Lo cual podría ayudar a arrojar más luz sobre las posibles diferencias que pudieran existir.

En cuanto a los valores medios de los trastornos alimentarios, de nuevo se observó en la submuestra española puntuaciones medias de riesgo de trastornos alimentarios significativamente más altas que las mostradas por los estudiantes de la submuestra chilena. Es importante destacar que, según los tamaños del efecto obtenidos, las diferencias encontradas entre ambas submuestras serían principalmente medias, lo cual es un indicativo de la importancia o sustancialidad de las diferencias existentes entre estos dos grupos estudiados. De nuevo, es difícil comparar los resultados aquí obtenidos con estudios previos debido a la falta de estudios comparativos entre ambos países que hayan evaluado y analizado esta problemática utilizando una metodología similar. Cabe señalar que en este estudio no se tuvieron en cuenta las diferencias por sexo que pudieran existir en la muestra estudiada (Fairburn y Harrison, 2003). Esta consideración será tenida en cuenta y tratará de ser abordada en futuras investigaciones.

A modo de conclusión, los resultados apoyan la evidencia que vincula ser acosador de otros compañeros con un mayor consumo de sustancias, así como ser víctima de acoso escolar con presentar un mayor riesgo de trastornos alimentarios. Así, la exposición a experiencias traumáticas, como es el caso de la violencia a la que son sometidos de manera continuada algunos jóvenes en contextos escolares, aparece vinculada reiteradamente en la literatura con psicopatologías alimentarias (Sweetingham y Waller, 2008). Por su parte, el ser agresor de otros compañeros en contextos escolares parece estar vinculado con un mayor consumo de drogas, comparado con el menor consumo existente entre aquellos alumnos que no abusan de sus iguales (Kaltiala-Heino *et al.*, 2000). Por último, con respecto a la comparación transcultural realizada en nuestro estudio, la vinculación entre ser agresor de otros compañeros o víctima de acoso, con consumo de drogas y trastornos alimentarios, respectivamente, ha sido observada tanto en la muestra chilena como española, con mínimas diferencias entre ambas. Cabe enfatizar que las principales diferencias entre las submuestras de Chile y España se han encontrado principalmente en los valores medios de consumo de drogas, en donde los estudiantes de España presentan un mayor consumo que sus homólogos chilenos.

Referencias

- Adimark, G. F. K. (2009). *Tercera encuesta nacional de violencia en el ámbito escolar*. Santiago: Ministerio del Interior, Gobierno de Chile.
- Arseneault, L., Bowes, L. y Shakoor, S. (2010). Bullying victimization in youths and mental health problems: "much ado about nothing"? *Psychological Medicine*, 40, 717-729.
- Behar, R. (1998). Eating disorders in adolescents: clinical and epidemiological aspects. *Revista Médica de Chile*, 126, 1085-1092.

- Caballo, V. E., Arias, B., Calderero, M., Salazar, I. C. e Irurtia, M. J. (2011). Acoso escolar y ansiedad social en niños (l): análisis de su relación y desarrollo de nuevos instrumentos de evaluación. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 19, 591-609.
- Cangas, A. J., Gázquez, J. J., Padilla, D., Fuentes, M. C. y Miras, F. (2007). Evaluación de la violencia escolar y su repercusión personal en una muestra de estudiantes europeos. *Psicothema*, 19, 114-119.
- Cattarin, J. A. y Thompson, J. K. (1994). A three year longitudinal study of body image and eating disturbance in adolescent females. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 2, 114-125.
- Cerezo, F. y Ato, M. (2010). Social status, gender, classroom climate and bullying among adolescents pupils. *Anales de Psicología*, 26, 137-144.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Hillsdale, MI: Lawrence Erlbaum Associates.
- Constaín, G. A., Ricardo, C., Rodríguez-Gázquez, M. A., Álvarez, M., Marín, C. y Agudelo, C. (2014). Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. *Atención Primaria*, 46, 283-289.
- Copeland, W. E., Wolke, D., Angold, A. y Costello, E. J. (2013). Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 70, 419-426.
- Crothers, L. M. y Levinson, E. M. (2004). Assessment of bullying: a review of methods and instruments. *Journal of Counseling and Development*, 82, 496-503.
- Defensor del Pueblo (2007). *Violencia escolar: el maltrato entre iguales en la educación secundaria obligatoria 1999-2006*. Madrid, España: Defensor del Pueblo.
- Durand, V., Hennessey, J., Wells, D. S., Crothers, L. M., Kolbert, J. B., Lipinski, J. y Hughes, T. L. (2013). Bullying and substance use in children and adolescents. *Journal of Addiction Research and Therapy*, 4, 1-6.
- Eichen, D. M., Conner, B. T., Daly, B. P. y Fauber, R. L. (2012). Weight perception, substance use, and disordered eating behaviors: comparing normal weight and overweight high-school students. *Journal of Youth and Adolescence*, 41, 1-13.
- Eisenberg, M. y Neumark-Sztainer, D. (2008). Peer harassment and disordered eating. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 20, 155-164.
- Fairburn, C. G. y Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361, 407-416.
- Farrow, C. V. y Fox, C. L. (2011). Gender differences in the relationships between bullying at school and unhealthy eating and shape-related attitudes and behaviours. *British Journal of Educational Psychology*, 81, 409-420.
- Felipe-Castaño, E., León-del-Barco, B. y Fajardo, F. (2013). Perfiles psicopatológicos de los participantes en situaciones de acoso escolar en educación secundaria. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 21, 475-490.
- Field, A. E., Camargo, C. A., Taylor, C. B., Berkey, C. S. y Colditz, G. A. (1999). Relation of peer and media influences to the development of purging behaviors among preadolescent and adolescent girls. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 153, 1184-1189.
- Garaigordobil, M. y Aliri, J. (2013). Ciberacoso ("cyberbullying") en el País Vasco: diferencias de sexo en víctimas, agresores y observadores. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 21, 461-474.
- García-López, L. J., Irurtia, M. J., Caballo, V. E. y Díaz-Castela, M. M. (2011). Ansiedad social y abuso psicológico. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 19, 223-236.
- Gardner, R. M., Stark, K., Friedman, B. N. y Jackson, N. A. (2000). Predictors of eating disorder scores in children ages 6 through 14. A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 199-205.

- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 9, 273-279.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, I. y Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878
- Garner, D. M., Olmstead, M. P. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Gini, G. y Pozzoli, T. (2009). Association between bullying and psychosomatic problems: a meta-analysis. *Pediatrics*, 123, 1059-1065.
- Gini, G. y Pozzoli, T. (2013). Bullied children and psychosomatic problems: a meta-analysis. *Pediatrics*, 132, 720-729.
- Gonsalves, D., Hawk, H. y Goodenow, C. (2014). Unhealthy weight control behaviors and related risk factors in Massachusetts middle and high school students. *Maternal and Child Health Journal*, 18, 1803-1813.
- Grilo, C. M., Wilfley, D. E., Brownell, K. D. y Rodin, J. Teasing, body image, and self-esteem in a clinical sample of obese women. *Addictive Behaviors*, 19, 443-450.
- Guerra, C., Álvarez-García, D., Dobarro, A., Núñez, J. C., Castro, L. y Vargas, J. (2011). Violencia escolar en estudiantes de educación secundaria de Valparaíso (Chile): comparación con una muestra española. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 2, 75-98.
- Haines, J., Neumark-Sztainer, D., Eisenberg, M. E. y Hannan, P. J. (2006). Weight teasing and disordered eating behaviors in adolescents: longitudinal findings from project EAT (Eating Among Teens). *Pediatrics*, 117, e209-e215.
- Hawker, D. S. J. y Boulton, M. J. (2000). Twenty years' research on peer victimization and psychosocial maladjustment: a meta-analytic review of cross-sectional studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41, 441-455.
- IBM (2012). IBM SPSS Statistics 21.0 [software]. Chicago, IL: Autor.
- Idsoe, T., Dyregrov, A. y Cosmovici Idsoe, E. (2012). Bullying and PTSD symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 40, 901-911.
- Jasik, C. B. (2014). Body image and health: eating disorders and obesity. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 41, 519-537.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Marttunen, M., Rimpelä, A. y Rantanen, P. (1999). Bullying, depression, and suicidal ideation in Finish adolescents: school survey. *British Medical Journal*, 319, 348-351.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Rantanen, P. y Rimpelä, A. (2000). Bullying at school: an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *Journal of Adolescence*, 23, 661-674.
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Resnick, H. S., Saunders, B. E. y Best, C. L. (1997). A 2-year longitudinal analysis of the relationships between violent assault and substance use in women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 834-847.
- Kim, Y. S. y Leventhal, B. (2008). Bullying and suicide. a review. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 20, 133-154.
- Klomek, B., Sourander, A. y Gould, M. (2010). The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: a review of cross-sectional and longitudinal research findings. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 282-288.
- Klomek, A. B., Sourander, A., Niemela, S., Kumpulainen, K., Piha, K., Tamminen, T., Almqvist, F. y Gould, M. S. (2009). Childhood bullying behaviors as risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 254-261.

- Kumpulainen, K., Räsänen, E., Henttonen, I., Almqvist, F., Kresanov, K., Linna, S., Moilanen, I., Piha, J., Puura, K. y Tamminen, T. (1998). Bullying and psychiatric symptoms among elementary school-age children. *Child Abuse & Neglect*, *22*, 705-717.
- Lansford, J. E., Erath, S. Yu, T., Pettit, G. S., Dodge, K. A. y Bates, J. E. (2008). The developmental course of illicit substance use from age 12 to 22: links with depressive, anxiety, and behavior disorders at age 18. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*, 877-885.
- Levine, M. P., Smolak, L. y Hayden, H. (1994). The relation of socio-cultural factors to eating attitudes and behaviors among middle school girls. *The Journal of Early Adolescence*, *14*, 471-490.
- Lunner, K., Werthem, E. H., Thompson, J. K., Paxton, S. J., McDonald, F. y Halvaarson, K. S. (2000). A cross-cultural examination of weight-related teasing, body image, and eating disturbance in Swedish and Australian samples. *International Journal of Eating Disorders*, *28*, 430-435.
- Luukkonen, A. H., Riala, K., Hakko, H. y Räsänen, P. (2010). Bullying behavior and substance abuse among underage psychiatric inpatient adolescents. *European Psychiatry*, *25*, 382-389.
- Martino, S. C., Collins, R. L. y Ellickson, P. L. (2004). Substance use and vulnerability to sexual and physical aggression: a longitudinal study of young adults. *Violence and Victims*, *19*, 521-540.
- McKenney, K. S., Pepler, D. J., Craig, W. M. y Connolly, J. A. (2005). Psychosocial consequences of peer victimization in elementary and high school: an examination of posttraumatic stress disorder symptomatology. En K. A. Kendall-Tackett y S. M. Giacomo (dirs.), *Child victimization: maltreatment; bullying and dating violence; prevention and intervention* (pp. 15.1-15.17). Kingston: Civic Research Institute.
- Midei, A. J. y Matthews, K. A. (2011). Interpersonal violence in childhood as a risk factor for obesity: a systematic review of the literature and proposed pathways. *Obesity Reviews*, *12*, e159-e172.
- Mynard, H., Joseph, S. y Alexander, J. (2000). Peer-victimisation and posttraumatic stress in adolescents. *Personality and Individual Differences*, *29*, 815-821.
- Neumark-Sztainer, D., Falkner, N., Story, M., Perry, C., Hannan, P. J. y Mulert, S. Wight-teasing among adolescents: correlations with weight status and disordered eating behaviors. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, *26*, 123-131.
- Observatorio Chileno de Drogas (2013). *Décimo estudio nacional de drogas en población escolar*. Santiago: Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA).
- Observatorio Español sobre Drogas (2008). *Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES)*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2014). *Informe europeo sobre drogas. Tendencias y novedades*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2003). *Encuestas escolares sobre el uso indebido de drogas*. Viena: Naciones Unidas.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2006). *Primer estudio comparativo sobre uso de drogas en población escolar secundaria*. Lima: Naciones Unidas.
- Peláez Fernández, M. A., Raich Escursell, R. M. y Labrador Encinas, F. J. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión de estudios epidemiológicos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, *1*, 62-75.

- Radliff, K. M., Wheaton, J. E., Robinson, K. y Morris, J. (2012). Illuminating the relationship between bullying and substance use among middle and high school youth. *Addictive Behaviors*, *37*, 569-572.
- Reijntjes, A., Kamphuis, J. H., Prinzie, P. y Telch, M. J. (2010). Peer victimization and internalizing problems in children: a meta-analysis of longitudinal studies. *Child Abuse & Neglect*, *34*, 244-252.
- Rivas, T., Bersabé, R., Jiménez, M. y Berrocal, C. (2010). The Eating Attitudes Test (EAT-26): reliability and validity in Spanish female samples. *The Spanish Journal of Psychology*, *13*, 1044-1056.
- Rivers, I. (2004). Recollections of bullying at school and their long-term implications for lesbians, gay men, and bisexuals. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* *25*, 169-175.
- Robinson, S. (2006). Victimization of obese adolescents. *The Journal of School Nursing*, *22*, 201-206.
- Serrano, A. e Iborra, I. (2005). *Informe Violencia entre compañeros en la escuela*. Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Smith, P. K., Morita, Y., Junger-Tas, J., Olweus, D., Catalano, R. F. y Slee, P. (dirs.) (1999). *The nature of school bullying: a cross-national perspective*. Londres: Routledge.
- Sourander, A., Jensen, P., Rönning, J. A., Niemelä, S., Helenius, H., Sillanmäki, L. et al. (2007). What is the early adulthood outcome of boys who bully or are bullied in childhood? The Finnish "from a boy to man" study. *Pediatrics*, *120*, 397-404.
- Spohn, R. E. y Kaplan, H. B. (2000). Adolescent substance use and adult health status: a critical analysis of a problematic relationship. *Emergent Issues in the field of drug abuse*, *7*, 45-65.
- Sweetingham, R. y Waller, G. (2008). Childhood experiences of being bullied and teased in the eating disorders. *European Eating Disorders Review*, *16*, 401-407.
- Tharp-Taylor, S., Haviland, A. y D'Amico, E. J. (2009). Victimization from mental and physical bullying and substance use in early adolescence. *Addictive Behaviors*, *34*, 561-567.
- Thompson, J. K., Coovert, M. D., Richards, K. J., Johnson, S. y Cattarin, J. (1995). Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in female adolescents: covariance structure modeling and longitudinal investigations. *International Journal of Eating Disorders*, *18*, 221-236.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2003). *School Survey on Drug Abuse*. Vienna: United Nations.
- Urzúa, A., Castro, S., Lillo, A. y Leal, C. (2011). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados del norte de Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, *38*, 128-135.
- Van Dam, D. S., van der Ven, E., Velthorst, E., Selten, J. P., Morgan, C. y de Haan, L. (2012). Childhood bullying and the association with psychosis in non-clinical and clinical samples: a review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, *42*, 2463-2474.
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J. y Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, *38*, 661-671.
- Wertheim, E. H., Koerner, J. y Paxton, S. J. (2001). Longitudinal predictors of restrictive eating and bulimic tendencies in three different age groups of adolescent girls. *Journal of Youth and Adolescence*, *30*, 69-81.
- Wolke, D., Woods, S., Bloomfield, L. y Karstadt, L. (2001). Bullying involvement in primary school and common health problems. *Archives of Disease in Childhood*, *85*, 197-201.

RECIBIDO: 16 de febrero de 2015

ACEPTADO: 28 de junio de 2015