



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO
DE MÉXICO**

**CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**AUTOESTIMA Y RESILIENCIA ANTE LOS
PROBLEMAS ALIMENTARIOS EN
ESCOLARES DE 9 A 12 AÑOS**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
BRISSIA STEPHANIE FUENTES CARMEN**

**ASESOR DE TESIS:
DRA. ANA OLIVIA RUÍZ MARTÍNEZ**

Este estudio se realizó con el apoyo de la UAEM Secretaría de Investigación y Estudios Avanzados, bajo el proyecto denominado “Jóvenes frente al espejo: Prevención de trastornos alimentarios basada en factores de riesgo y protección”, con clave 4379/2017/CI, bajo la responsabilidad de la Dra. Ruíz- Martínez y revisión de la Dra. González- Arratia y el Dr. González-Escobar, como parte de los trabajos del Cuerpo académico: Cultura y Personalidad (UAEM-FACICO) y con el Apoyo de la Beca institucional Adolfo López Mateos, folio 351484.

Dedicatoria

Este proyecto va dedicado con amor y cariño a mis pilares que desde pequeña forjaron mi camino. Quienes me enseñaron a luchar y no darme por vencida, por su apoyo incondicional y desinteresado por sus sacrificios y esfuerzos constantes. A ustedes que contribuyeron a que esta etapa haya sido más fácil, por creer en mí.

Dedicado a esa persona que salía a trabajar cada mañana sin importar que estuviera cansado o haya enfermado, me enseñaste a trabajar para conseguir lo que se quiere con honestidad y responsabilidad. Por aquellos viajes que con mucho esfuerzo solo tú me diste, por la oportunidad de conocer otros horizontes por mostrarme que allá afuera me aguarda un mundo lleno de aventuras y experiencias nuevas. Seguramente algún día recordare con regocijo cada una de las calles recorridas, paisajes vistos y ese olor a café con leche cuando ya no estés, pero te aseguro que atesorare en mi corazón cada uno de los detalles que tuviste conmigo.

A ti, por enseñarme a ser una mujer independiente y ordenada por recibirme con un plato de sopa caliente y esa rica agua de limón. A ti, que me enseñaste hacer las cosas bien hechas, a esforzarme cada día por una vida mejor, por cuidar de mí, por regañarme cuando fue necesario, por escucharme y llorar junto conmigo cuando me rompían el corazón, por hacerme una mujer valiosa y más fuerte. Porque tu trabajo merece remuneración, esta es la manera en la que te agradezco infinitamente tu trabajo realizado.

Dedicado a los peores padres del mundo ***Enrique Fuentes y Juanita Carmen.***

Agradecimientos

1. Agradezco, sincera y especialmente a la Dra. Ana Olivia Ruíz Martínez por la confianza, guía y conocimientos aportados. Por su paciencia, comprensión y dedicación para que se pudiera realizar con éxito este estudio. Lo que hoy es una lección de vida para mí.
2. Agradezco a mis Padres que con su firmeza lograron guiarme y me enseñaron a mirar más allá de lo que mis ojos podían ver. Gracias por forjarme un futuro prometedor el cual sabré aprovechar cada día de mi vida.
3. A mi hermana por ser tan diferente y especial, siempre contigo.
4. A mis abuelos por ser tan extraordinarios, gracias por acompañarme en cada momento de mi corta vida, por sus abrazos, risas y pláticas. Gracias por enseñarme que nunca es tarde para comenzar de nuevo. Paino y Mamá mari.
5. A la maestra más especial del mundo, Roxana González Sotomayor. Por su comprensión y apoyo, gracias por rescatarme cuando más lo necesitaba, por seguir en mi vida y ser un ejemplo a seguir.
6. Agradezco a la UAEM por darme la oportunidad de pertenecer a la comunidad universitaria, por abrirme las puertas para realizar un sueño y por todos los beneficios obtenidos durante mi estancia. Con orgullo portare mis raíces ¡Orgullosamente verde y oro!
7. A Dios por iluminar mi camino y porque cumplí mi promesa.
8. Finalmente, a la vida que a mi corta edad me ha enseñado mucho, por los momentos maravillosos que me brindo y también los malos que me hicieron más fuerte. Gracias por cada una de las lecciones aprendidas y por las que aún me esperan...

Índice

Índice de tablas	2
Índice de figuras	3
Resumen	4
Introducción	5
Justificación	9
Objetivo general	10
Objetivos específicos	10
Pregunta de investigación	10
Hipótesis	10
Capítulo I. Trastornos del comportamiento alimentario	12
1.1 Definición	13
1.2 Clasificación	17
1.3 Epidemiología de los trastornos alimentarios.....	30
1.4 Conductas alimentarias de riesgo	31
1.5 Factores asociados a los trastornos alimentarios	33
1.5.1 Factores de riesgo para trastornos alimentarios.....	33
1.5.1 Factores protectores para trastornos alimentarios.....	35
1.6 Psicología positiva	37
Capítulo II. Autoestima	39
2.1 Definición	39
2.2 Dimensiones de la autoestima	41
2.3 Niveles de la autoestima	44
2.4 Evaluación de la autoestima	46
2.5 Autoestima en preadolescentes y adolescentes	49
2.5 Autoestima y alimentación	50
Capítulo III. Resiliencia	54
3.1 Definición	54
3.2 Problemas en la preadolescencia y adolescencia.....	56

3.3 Componentes de la resiliencia	57
3.4 Medición de la resiliencia	60
3.5 Resiliencia en preadolescentes y adolescentes.....	63
3.4 Resiliencia y alimentación	65
Metodología	67
Contexto.....	67
Enfoque cuantitativo.....	67
Estudio Correlacional	68
Participantes	68
Técnicas o instrumentos	69
Procedimiento	71
Análisis de datos	71
Resultados	72
Discusión	91
Conclusiones	97
Referencias	99
Apéndice	110

Índice de tablas

Tabla 1. Comparación de las principales calcificaciones internacionales	17
Tabla 2. Criterio diagnóstico de la anorexia nerviosa	20
Tabla 3. Tipos de anorexia nerviosa	23
Tabla 4. Especificaciones de la anorexia nerviosa	24
Tabla 5. Criterio diagnóstico de la bulimia nerviosa	26
Tabla 6. Especificaciones de la bulimia nerviosa	28
Tabla 7. Diferencias de la autoestima alta y una autoestima baja.....	44
Tabla 8. Descriptivos de las conductas alimentarias de riesgo en preadolescentes de ambos sexos	72
Tabla 9. Descriptivos de los reactivos del cuestionario de conductas alimentarias de riesgo en preadolescentes	73
Tabla 10. Descriptivo del cuestionario de autoestima total y por factor en preadolescentes	76
Tabla 11. Descriptivos del cuestionario de resiliencia total y por factor en preadolescentes	81
Tabla 12. Problemas difíciles de los preadolescentes.....	84
Tabla 13. Descripción de los preadolescentes ante el problema	85
Tabla 14. Factores resilientes frente la adversidad	86
Tabla 15. Correlación de Pearson.....	86
Tabla 16. Correlación de Pearson entre autoestima y resiliencia.....	87
Tabla 17. Ficha de identificación de casos.....	87
Tabla 18. Cuestionario de conductas alimentarias de riesgo	88
Tabla 19. Cuestionario de autoestima (IGA-2000)	89
Tabla 20. Cuestionario de resiliencia	90

Índice de figuras

Figura 1. Conductas alimentarias de riesgo en ambos sexos	73
Figura 2. Conductas alimentarias de riesgo mayor a menor	74
Figura 3. Autoestima total.....	76
Figura 4. Factor Yo.....	77
Figura 5. Factor familia.....	77
Figura 6. Factor fracaso	78
Factor 7. Factor trabajo intelectual	78
Figura 8. Factor éxito	79
Figura 9. Factor Afectivo emocional	79
Figura 10. Resiliencia total	81
Figura 11. Factor protector interno	82
Figura 12. Factor protector externo	82
Figura 13. Empatía.....	83
Figura 14. Situación difícil	83
Figura 15. M1 CAR mayor a menor.....	88
Figura 16. M2 CAR mayor a menor.....	89

Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria representan un problema de salud importante debido a las impresionantes consecuencias que perjudican el bienestar físico y mental de quien las padece, comprometiendo su desarrollo integral y calidad de vida. Por ello, el objetivo de este estudio fue analizar la relación de la autoestima y resiliencia en las conductas alimentarias de riesgo en escolares del Estado de México. En el cual, se realizó un estudio correlacional, donde participaron 100 preadolescentes del municipio de Zumpango, de 9 a 12 años. Se aplicaron tres instrumentos de auto reporte para conductas alimentarias de riesgo (CAR), autoestima (cuestionario de autoestima IGA- 2000) y resiliencia (cuestionario de resiliencia) a 49 mujeres y 51 hombres con una edad promedio 10 años. En los resultados obtenidos del cuestionario de conductas alimentarias de riesgo se encontró que el promedio aritmético de la población fue de 4.40 y una desviación estándar de 3.52, lo que corresponde a una puntuación total de la población de escolares sin riesgo. A su vez se detectaron dos casos significativos en toda la muestra del sexo femenino con riesgo en la práctica de conductas alimentarias. En el caso de la autoestima, arrojó un media total del instrumento de 2.51 y una desviación estándar de 0.22 lo que corresponde a que las poblaciones totales de preadolescentes encuestados se encuentran con un nivel de autoestima alto. En cuanto a la resiliencia arrojó una media total de 133.09 y una desviación estándar de 18.80 lo que significa que cuentan con un alto nivel de resiliencia. Finalmente, al utilizar el coeficiente de Pearson para conocer la significancia en relación con las conductas alimentarias de riesgo y la resiliencia fue de $r = -0.38$. En cuanto a la autoestima y las conductas alimentarias de riesgo fue de $r = -0.046$. Lo que indica que no muestran una asociación significativa, ni las tendencias esperadas.

Palabras clave: Conductas alimentarias de riesgo, autoestima, resiliencia, preadolescencia

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) define a la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce entre los 10 y 19 años. Siendo una de las etapas de transición más representativas en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios. Después de todo, la adolescencia ha sido sinónimo de desarrollo excepcional y gran potencial. Sin embargo, es también una etapa de impresionantes riesgos donde el contexto social puede tener una gran influencia, debido a la sucesión de importantes cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que experimenta el ser humano (González, Rojas, Hernández & Olaiz, 2005).

Al igual que en el resto del ciclo vital, la adolescencia es una etapa que requiere equilibrio biopsicosocial para un óptimo desarrollo. El adolescente presenta un crecimiento acelerado, maduración sexual, desarrollo cognoscitivo, integración con el grupo de pares, entre otras características (Aláez, Madrid & Antona, 2003). En este, marco de referencia la alimentación adquiere relevancia y múltiples significados que van mucho más allá de la ingestión de alimentos. Por ello, las conductas alimentarias son definidas como un conjunto de acciones que practica un individuo en respuesta a circunstancias biológicas, psicológicas y socioculturales vinculadas con los alimentos (Sámano et al., 2012, p.146).

Para la mayoría de los adolescentes la aceptación social es una prioridad significativa debido a la gran carga cultural en la que desde el inicio de los tiempos han sido sometidos, trascendiendo elocuentemente en las decisiones de los jóvenes, que no siempre son las más adecuadas. Actualmente la sociedad se desenvuelve en un ambiente donde un cuerpo perfecto es símbolo de delgadez, trascendiendo negativamente en la construcción de la identidad y una imagen corporal negativa.

Autores como Rolland, Farnill, & Griffiths (1997), mencionan que existe cierto consenso en que la preocupación por la imagen corporal ha ido descendiendo en edades más tempranas como la preadolescencia, cuyo intervalo de edad se sitúa

entre los 8 a los 9 años y de los 12 a los 13. Edades en las cuales ya existe cierta preocupación por la imagen corporal, y tienen conductas y actitudes alimentarias problemáticas.

Es así como los preadolescentes y adolescentes comienzan a manifestar preferencias hacia determinadas estéticas impuestas por la sociedad, haciendo que los más jóvenes presenten una preocupación excesiva por su cuerpo y lleven a cabo modificaciones en su alimentación (Urzúa, Avendaño, Díaz & Checuro, 2010). Esta preocupación por la apariencia y modificación en la conducta alimentaria puede acentuarse a tal grado que lleguen a generar problemas clínicos, como los trastornos alimentarios.

Si bien, como se ha revisado en la literatura los trastornos alimentarios son considerados exclusivamente de la población adolescente, existen pocas investigaciones que detecten estas problemáticas en edades menores, por ello en la presente investigación se abordarán a preadolescentes de 9 a 12 años.

En la práctica clínica, tanto pública como privada, los profesionales de la salud han podido constatar que los trastornos de alimentación han llegado a formar un problema de creciente importancia en poblaciones jóvenes, debido a las altas consecuencias que perjudican la salud física y mental de quien las padece, comprometiendo su desarrollo integral y calidad de vida.

Sin embargo, estimar los datos estadísticos de estos trastornos puede resultar complicado dado que comúnmente se encubren y niegan durante periodos largos. Entre los principales trastornos alimentarios se encuentran la anorexia y la bulimia nerviosas; en lo referente, la anorexia nerviosa se presenta principalmente en mujeres adolescentes (14-18 años), con una prevalencia entre 0.2% y 1% (APA, 1994; Mancilla et al., 2007), aunque se advierte que con los cambios en los criterios de DSM V puede existir mayor visibilidad del trastorno (Vázquez, López, Ocampo & Mancilla, 2015). Por otra parte, la bulimia nerviosa afecta principalmente a mujeres adolescentes y jóvenes su presencia oscila entre 0.14 al 3.2% (Hoek & van Hoeken, 2003, Mancilla et al., 2007). En cuanto al trastorno por atracón suele presentarse

en mujeres y hombres jóvenes, con 3.2% de prevalencia, aunque se requiere de mayores estudios al respecto (Morales, et al., 2015).

Ahora bien, estas problemáticas alimentarias tienen un inicio insidioso, al principio pueden presentarse solamente preocupaciones sobre la imagen y el peso, poco a poco el malestar corporal suele aumentar y se prosigue con modificar la conducta alimentaria y los métodos compensatorios para lograr la figura idealizada; si estas alteraciones prosiguen pueden llegar a constituir un conjunto de síntomas y signos que desemboquen en un cuadro clínico. Por ello es importante, detectar de manera temprana las conductas de riesgo

Al respecto, Berengüí, Castejón & Torregrosa (2016), mencionan que las conductas alimentarias de riesgo incluyen un amplio espectro de comportamientos negativos y perjudiciales para el individuo, derivados de las preocupaciones excesivas por el peso y la comida, y todos ellos están dirigidos a controlar o reducir el peso corporal.

Entre las conductas de riesgo destacan, por ejemplo, atracones, seguimiento de dietas restrictivas, abuso de laxantes, diuréticos o anfetaminas, exceso de ejercicio, vómito autoinducido y práctica de ayunos, todos dirigidos a controlar o reducir el peso corporal (Altamirano, Vizmanos & Unikel, 2011).

En este sentido, los adolescentes y preadolescentes son el segmento de la población con mayor vulnerabilidad debido a que están en proceso de construcción de su identidad y no poseen aún criterios y valores propios que les permitan escapar a la presión de los modelos estéticos vigentes, asociados a la búsqueda de un cuerpo cada vez más delgado. Es sabido que el comienzo de este tipo de patología suele pasar con frecuencia desapercibido en la escuela y en la familia. Por ello, es importante conocer la incidencia de aquellas conductas alimentarias en riesgo en los preadolescentes de 9 a 12 años y evidenciar si existen diferencias de prevalencia por grupos de edad o género, así como evaluar la relación de la autoestima y la resiliencia en las conductas alimentarias de riesgo en escolares.

La presente investigación consta de tres capítulos, los cuales se describen a continuación. El primer capítulo corresponde a la definición y criterios de diagnóstico de la Anorexia y la Bulimia, de igual manera la epidemiología, las conductas alimentarias de riesgo, los factores asociados a los trastornos alimentarios de protección y riesgo, así como una mirada desde la psicología positiva. El segundo capítulo aborda la definición de autoestima, las dimensiones y niveles, así mismo su relación con la alimentación. Finalmente, en el tercer capítulo se aborda la definición de resiliencia, los factores resilientes, así como su relación con la alimentación. Para así determinar si existe relación entre ambas variables en relación con las conductas de riesgo en escolares de Zumpango, Estado de México.

Justificación

Los trastornos de la conducta alimentaria y los padecimientos relacionados son un problema de salud a nivel mundial que ha ido en aumento. Para la mayoría de los adolescentes e incluso en edades menores la aceptación social es una prioridad significativa debido a la gran carga cultural donde impera un ideal de delgadez, difícil de alcanzar, provocando que las conductas alimentarias de riesgo aumenten en los preadolescentes.

Sin embargo, autores como Fredrickson (2000), consideran que existen características positivas que pueden ser canalizadas hacia la prevención, el tratamiento y el afrontamiento de forma que se transformen en verdaderas armas para enfrentar problemas reveladores como los cambios en las conductas alimentarias significativas. Una autoestima alta y una respuesta resiliente óptima pueden generar un sistema favorecedor ante las exigencias sociales dando pie a una calidad de vida superior, donde las opiniones sociales pasan desapercibidas.

Por lo tanto, Dadas las múltiples implicaciones que tienen los trastornos alimentarios para la salud de quien los padece, para la investigación su importancia radica en la detección y prevención temprana de preocupaciones relacionadas con alimentación, peso o imagen corporal ya que son sustanciales e incrementan la probabilidad de desarrollar un trastorno alimentario en esta etapa tan turbulenta de vida, donde los cambios físicos y psicológicos se hacen perceptibles.

Objetivos

Objetivo general

Evaluar la relación de la autoestima y la resiliencia en las conductas alimentarias de riesgo en escolares de Zumpango, Estado de México.

Objetivos específicos

- Describir la autoestima, integrada por seis factores que son: yo, familia, fracaso, trabajo-intelectual, éxito y afectivo-emocional de los escolares de 9 a 12 años de Zumpango, Estado de México.
- Describir la resiliencia, integrada en tres dimensiones: factores protectores, factores externos y empatía de los escolares de 9 a 12 años de Zumpango, Estado de México.
- Identificar las conductas de riesgo alimentarias en los escolares de 9 a 12 años de Zumpango, Estado de México.
- Determinar la relación entre autoestima y conductas de riesgo en los escolares de 9 a 12 años de Zumpango, Estado de México.
- Determinar la relación entre resiliencia y conductas de riesgo en los escolares de 9 a 12 años de Zumpango, Estado de México.
- Determinar la relación entre autoestima y resiliencia en los escolares de 9 a 12 años de Zumpango, Estado de México.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las conductas alimentarias de riesgo en los adolescentes del Estado de México?

¿Existe relación entre la presencia de conductas alimentarias de riesgo con la autoestima y la resiliencia?

Hipótesis

H1: La autoestima de los escolares será de un nivel alto, obteniendo mayor puntuación en el factor familiar.

H2: La resiliencia de los escolares será de nivel alto; obteniendo mayor puntuación en factores protectores externos.

H3: Los escolares presentarán puntuaciones bajas en las conductas alimentarias de riesgo.

H4: Las conductas alimentarias de riesgo se relacionarán con los factores de autoestima y resiliencia.

Capítulo I. Trastornos del comportamiento alimentario

La alarma social que en los últimos años han despertado los trastornos alimentarios encuentra su justificación por el incremento progresivo y cada vez en edades más tempranas en adolescentes y jóvenes (Turón, Fernández & Vallejo, 1992). La evidencia científica indica que los factores de riesgo causales de los trastornos del comportamiento alimentario son multifactoriales. Resultando de la interacción compleja de factores psicológicos, físicos y socioculturales que interfieren en el comportamiento del individuo, dificultando la comprensión de su etiología (Portela, da Costa, Mora & Raich, 2012).

Buscar la explicación a estos hechos no es fácil, pero sin duda los factores culturales y sociales tienen parte de responsabilidad en que este incremento se produzca. La sociedad desde el inicio de los tiempos ha sido un factor significativo en la vida de los seres humanos. La influencia que ejerce en las personas no siempre es la más idónea; debido a las normas establecidas, creencias, costumbres y altas exigencias estereotipadas que conforman a una sociedad

Ser parte de una comunidad otorga identidad y sentido de pertenencia por ello la importancia del reconocimiento dentro de un grupo. Actualmente la sociedad ha sufrido una serie de cambios donde esta se ve influenciada por la publicidad, los medios de comunicación y redes sociales. Encaminadas en la búsqueda de un cuerpo perfecto, mostrando a la delgadez como símbolo de belleza y éxito social.

En la búsqueda de determinadas estéticas impuestas por la sociedad, los jóvenes han sido los más afectados, debido a los múltiples cambios biológicos, psicológicos y sociales por los que atraviesan. Si bien, los adolescentes son quienes se encuentran más susceptibles y vulnerables ante las exigencias de la sociedad incitando una excesiva preocupación por su cuerpo; autores como Rolland, Farnill, & Griffiths (1997), mencionan que existe cierto consenso en que la preocupación por la imagen corporal ha ido descendiendo en edades más tempranas como la preadolescencia, cuyo intervalo de edad se sitúa entre los 8 a los 9 años y de los 12

a los 13. Edades en las cuales ya existe cierta preocupación por la imagen corporal, y tienen conductas y actitudes alimentarias problemáticas.

Es este capítulo se abordarán los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TA) y las conductas alimentarias de riesgo (CAR), con la intención de mostrar al lector ¿Qué son los trastornos, su clasificación y la epidemiología?, ¿Qué son las conductas alimentarias de riesgo? y los factores de riesgo y de protección que intervienen en la aparición de los mimos.

1.1 Definición

La conducta alimentaria es el comportamiento que se tiene en relación con los hábitos alimenticios, es decir, lo que se consume, la preparación, las porciones ingeridas y los tiempos de alimentación; son todas aquellas acciones que lleva a cabo un individuo con la finalidad de adquirir las calorías necesarias para un funcionamiento adecuado del organismo. En contraste, la alteración de esta conducta ha dado origen a la aparición de conductas de riesgo y trastornos alimentarios y de la ingesta de alimentos.

Los trastornos alimentarios constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada en la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos encaminados a controlar el peso, que ocasionan problemas físicos y psicológicos, limitando el desarrollo óptimo en diversas áreas y en casos severos de desnutrición, complicaciones médicas que requieren hospitalización (Baldares, 2013).

Para la American Dietetic Association (ADA, por sus siglas en inglés 2006), los trastornos alimentarios son enfermedades psiquiátricas graves, generalmente acompañadas por la intensa preocupación por el peso o con la forma del cuerpo. Difíciles de tratar y perjudiciales para la salud y la nutrición, con altas tasas de comorbilidad psicosocial y mortabilidad prematura.

Autores como Méndez, Vázquez & García (2008), definen a los trastornos de la conducta alimentaria como alteraciones complejas y específicas en la ingesta de los alimentos, observadas en personas que presentan patrones distorsionados en

el acto de comer y que se caracterizan, bien sea por comer en exceso o por dejar de hacerlo; en respuesta a un impulso psíquico y no por una necesidad metabólica o biológica. Este grupo de enfermedades es complejo y engloba a una serie de entidades patológicas que, aunque comparten ciertos atributos varían enormemente en cuanto a sus expresiones físicas, psicológicas y conductuales.

Según el DSM V se encuentran clasificados como Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, donde se encuentran catalogados los siguientes (American Psychological Association [APA], 2014):

1. Pica: se refiere al trastorno de la ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias tales como: tierra, yeso, esmalte, papel y todo tipo de sustancias no comestibles sin un valor nutricional. Las personas con este tipo de trastorno suelen ingerirlo de manera persistente y compulsiva sin mostrar aversión alguna, durante un periodo mínimo de un mes.
2. Trastornos de rumiación: se caracteriza por la regurgitación repetida del alimento durante un periodo mínimo de un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, a tragar o se escupen.
3. Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos: se caracteriza por ingerir muy poca cantidad de comida hasta la evitación al consumir ciertos alimentos, es decir, La cantidad de comida que las personas llegan a consumir es mínima.
4. Anorexia nerviosa: se caracteriza por la pérdida intensa de peso y la preocupación excesiva por engordar. Las personas con este trastorno de la conducta alimentaria muestran una distorsión en la imagen corporal persistente. Lo cual lleva al rechazo en la ingesta de comida, uso de dietas restrictivas y la práctica excesiva de ejercicio con la finalidad de alcanzar un peso corporal por debajo del ideal.
5. Bulimia nerviosa: se caracteriza por la cantidad de comida que ingieren en un lapso relativamente corto. Los atracones son particulares de este

trastorno, así como los métodos compensatorios para la evitación del aumento de peso como lo son el uso incorrecto de laxantes, diuréticos, purgas, vómitos autoinducidos entre otras conductas inadecuadas para la reducción del peso y la carga emocional.

6. Trastorno de atracones: se refiere a la ingestión de cantidades grandes de alimento sin poder ejercer el control sobre lo que se consume durante algún episodio de sensibilidad emocional.
7. Otro trastorno alimentario de la ingestión de alimentos especificado: se refiere a los síntomas característicos de un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos que causan daños significativos pero que no cumplen todos los síntomas especificados. Es decir, algunas características de un trastorno están ausentes o el grado de aparición es menor
8. Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado: se refiere a los síntomas predominantes de un trastorno alimenticio que causan malestar y un deterioro significativo en calidad de vida y bienestar de las personas. Pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos.

Para la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) se encuentran clasificados como Trastornos de la conducta alimentaria, donde se encuentran catalogados los siguientes (OMS, 1992):

1. Anorexia nerviosa: Trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo, a través de la evitación del consumo del alimento, vómitos autoprovocados, purgas intestinales, ejercicio excesivo y consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

2. Anorexia nerviosa atípica: este término se utiliza para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la anorexia nerviosa como amenorrea o la pérdida significativa del peso, pero que por los demás presentan un cuadro clínico bastante característico.
3. Bulimia nerviosa: Síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida.
4. Bulimia nerviosa atípica: Este término se utiliza para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la bulimia nerviosa pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante típico. Los enfermos tienen con frecuencia un peso normal o incluso superior a lo normal, pero presentan episodios repetidos de ingesta excesiva seguidos de vómitos o purgas.
5. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas: Ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a obesidad. Duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes pueden dar lugar a una "obesidad reactiva", en especial en enfermos predispuestos a la ganancia de peso.
6. Vómitos en otras alteraciones psicológicas: Además de la bulimia nerviosa en las que el vómito es autoprovocado, pueden presentarse vómitos repetidos en los trastornos disociativos (de conversión) (F44.-), en la hipocondría (F45.2), en la que los vómitos pueden ser uno de los múltiples síntomas corporales, y en el embarazo, donde los factores emocionales pueden contribuir a la aparición de vómitos y náuseas recurrentes.

7. Otros trastornos de la conducta alimentaria: incluye pica y pérdida de apetito psicógena.
8. Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación: se refiere a una alteración de la conducta alimentaria que no cumple los criterios para ser diagnosticado

En conclusión, los trastornos alimenticios representan una alta gama de desórdenes patológicos y anormalidades en la ingesta calórica. Los cuales tienen una estrecha relación con un desbalance emocional y perturbación en el pensamiento, los cuales provocan deterioro en el funcionamiento y la salud integral de quien las padece.

Para la investigación, la detección y prevención temprana de preocupaciones relacionadas con alimentación, peso o imagen corporal son sustanciales ya que incrementan la probabilidad de desarrollar un trastorno alimentario. Por ello, en el siguiente apartado se nombrarán y describirán los trastornos de la conducta alimentaria según las clasificaciones más representativas de los últimos tiempos.

1.2 Clasificación

Las principales clasificaciones internacionales son el CIE – 10 (OMS, 1992) y el DSM V (APA, 2014), a continuación, se presenta una tabla comparativa de los trastornos de la conducta alimentaria según corresponda:

Tabla 1. Comparación de las principales calcificaciones internacionales

CIE-10	DSM V
F50 Trastornos de la conducta alimentaria <ul style="list-style-type: none"> ▪ F50.0 Anorexia nerviosa ▪ F50.1 Anorexia nerviosa atípica ▪ F50.2 Bulimia nerviosa ▪ F50.3 Bulimia nerviosa atípica 	Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pica ▪ F98.21 Trastornos de rumiación

Tabla 1. Comparación de las principales clasificaciones internacionales (continuación)

CIE-10	DSM V
<ul style="list-style-type: none"> ▪ F50.4 Hiperfagia asociada a otros trastornos psicológicos ▪ F50.5 Vómitos asociados a otros trastornos psicológicos ▪ F50.8 Otros trastornos de la conducta alimentaria ▪ F50.9 Trastornos de la conducta alimentaria sin especificación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ F50.8 Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos ▪ Anorexia nerviosa ▪ F50.2 Bulimia nerviosa ▪ F50.8 Trastorno de atracones ▪ F50.8 Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado ▪ F50.9 Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado

Fuente: CIE – 10 (OMS, 1992); DSM V (APA, 2014).

Los trastornos de la conducta alimentaria reflejan un impulso y una conducta de alimentación disfuncionales que pueden afectar a personas de cualquier edad. Por ello, en los manuales más trascendentales para la detección y diagnóstico se hace evidente un apartado específico para este tipo de patologías. Sin embargo, cada clasificación retoma a los trastornos de distinta manera, es decir, en el DSM V combina trastornos de la conducta alimentaria que suelen diagnosticarse en la niñez con los trastornos de la ingesta de alimentos clásicos, debido a que comporten su fenomenología y fisiopatología (Black & Andreasen, 2015).

Asimismo, se puede observar la aparición de trastornos nuevos a diferencia del CIE 10 tales como; el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación y el trastorno de atracón. Siendo el último de ellos, uno de los trastornos agregados recientemente a la quinta versión del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la asociación americana de psiquiatría. Además, se muestra

la existencia de dos categorías residuales para aquellos trastornos de conducta alimentaria o de ingesta de alimentos que no cumplen los criterios para un trastorno más específico (otro trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos especificada y trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos no especificados).

En contraste, la clasificación internacional de enfermedades, decima versión CIE-10 retoma trastornos como la obesidad reactiva denominada como hiperfagia en otras alteraciones psicológicas y vómitos en otras alteraciones psicológicas tales como: los trastornos disociativos, la hipocondría y en el embarazo donde los factores emocionales pueden contribuir a la aparición de vómitos y nauseas recurrentes (OMS, 1992).

No obstante, prevalecen ciertas similitudes en relación con los trastornos que manifiestan una preocupación excesiva por el peso, distorsión en la imagen corporal, así como fuertes conflictos emocionales tales como la anorexia y la bulimia en las cuales se puede apreciar la clasificación de estos trastornos alimentarios en ambas clasificaciones rescatando la manifestación de conductas alimentarias de riesgo como: atracones, abuso de laxantes, vómitos autoprovocados, seguimiento de dietas restrictivas, etcétera.

Por lo tanto, ambas clasificaciones muestran su punto de vista diagnóstico, aunque se puede observar las grandes diferencias existentes entre estas dos clasificaciones internacionales, dejando ver que el DSM V se presenta de forma íntegra y completa la codificación de trastornos mentales a diferencias del CIE-10.

Ahora bien, a continuación, se describen los principales trastornos (Anorexia y Bulimia) que coinciden en ambas clasificaciones internacionales y cuyas conductas de riesgo pueden ser identificadas mediante instrumentos de medición, como se explicará más adelante.

Anorexia nerviosa

Etimológicamente la anorexia proviene de la combinación de dos raíces griegas *An*: “sin/no” y *orexia*: “apetito” se define como “ausencia de hambre”, la realidad es que los pacientes si tiene hambre lo que sucede es que no son capaces de identificar tal sensación. En la anorexia existe la restricción de la ingesta calórica por el miedo a engordar (Narváez, Solís, López & Chaparro, 2014, p.52).

Para Turón, Fernández & Vallejo (1992), afirman que la anorexia se caracteriza por el deseo intenso de perder peso, además de presentar miedo a engordar, lo cual favorece a la progresiva pérdida de peso a través del ejercicio intenso y conductas purgantes con la comida.

Por todo lo anterior, la anorexia es uno de los trastornos imprescindibles a considerar en este estudio. A continuación, se presentan los criterios diagnósticos en la siguiente tabla según las principales clasificaciones internacionales.

Tabla 2. Criterio diagnóstico de la anorexia nerviosa

CIE-10	DSM V
a) Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet ¹ de menos de 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.	a) Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
b) La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: 1) evitación de consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: 2) vómitos autoprovocados	

Tabla 2. Criterio diagnóstico de la anorexia nerviosa (continuación)

CIE-10	DSM V
<p>3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos</p> <p>c) Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.</p> <p>d) Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexuales (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas).</p>	<p>b) Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.</p> <p>Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.</p>

Tabla 2. Criterio diagnóstico de la anorexia nerviosa (continuación)

CIE-10	DSM V
<p>También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.</p> <p>e) Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.</p>	<p>.</p>

Fuente: CIE – 10 (OMS, 1992); DSM V (APA, 2014).

Los criterios diagnósticos según las principales clasificaciones internacionales retoman a la anorexia como un trastorno mental caracterizado por el comportamiento patológico frente a la ingesta alimentaria; miedo intenso a engordar y una fuerte distorsión de la imagen corporal. Así, como los efectos negativos en el desarrollo físico de los individuos. Sin embargo, se puede observar que en el DSM V las especificaciones diagnosticas son muy puntuales y el CIE 10 las presenta de manera más específica tales como: las alteraciones de la conducta alimentaria y los cambios hormonales en ambos sexos.

De la misma forma, existen rasgos discriminatorios dentro del trastorno los cuales se presentan a continuación:

Tabla 3. Tipos de anorexia nerviosa

CIE-10	DSM V
-Sin especificaciones	<p>-(F50.01) Tipo restrictivo: durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vomito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.</p> <p>-(F50.02) Tipo con atracones/ purgas: durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).</p>

Fuente: CIE – 10 (OMS, 1992); DSM V (APA, 2014).

El criterio que aborda los tipos de anorexia se hace evidente en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) en el cual aborda dos tipologías con criterios de tiempo para la identificación oportuna según la presencia del trastorno en los individuos. Por otra parte, la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) no muestra rasgos distintivos en esta categoría.

Al momento del diagnóstico es recomendable contemplar las siguientes especificaciones, como se muestran en la tabla 4.

Tabla 4. Especificaciones de la anorexia nerviosa

CIE-10	DSM V
Sin especificaciones	<p>-En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un periodo continuado, pero todavía se cumple el criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).</p> <p>-En remisión total: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.</p> <p>-Especificar la gravedad actual: La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil de IMC.</p> <p>Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la salud para la delgadez en los adultos; para niños y adolescentes.</p>

Tabla 4. Especificaciones de la anorexia nerviosa (continuación)

CIE- 10	DSM V
Sin especificaciones	se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión. Leve: IMC 17- 18.5 kg/m ² Moderado: IMC 16- 16.99 kg/m ² Grave: IMC 15- 15.99 kg/m ² Extremo: IMC < 15 kg/m ²

Fuente: CIE – 10 (OMS, 1992); DSM V (APA, 2014).

De este modo, se puede constatar que al momento de diagnosticar las especificaciones nuevamente el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) cuenta con descripciones distintivas para la detección del trastorno, así como parámetros determinantes según la gravedad tanto para adultos como niños y adolescentes. Se puede observar en la mayoría de los espacios la carencia de datos imprescindibles en la detección y diagnóstico de la anorexia en cuanto a la clasificación internacional de enfermedades, decima versión. Se podría interpretar que el DSM V muestra una vasta e integral codificación y exposición de los requisitos para la detección y diagnóstico oportuno de esta enfermedad mental.

Si bien, la anorexia nerviosa es considerada para esta investigación uno de los padecimientos con gran relevancia debido a la discrepancia entre el peso e imagen corporal percibida. Es decir, la mayoría de las personas con peso bajo están preocupadas por su peso, pero reconocen cuando es demasiado bajo y expresan el deseo de elevarlo. En contraste, las personas con anorexia nerviosa se regocijan con su peso bajo y temen elevarlo (Black & Andreasen, 2015). Repercutiendo elocuentemente en su salud física y calidad de vida debido a la manifestación de conductas alimentarias de riesgo.

Bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por la existencia de episodios compulsivos de ingesta descontrolada y exagerada de alimentos en períodos muy cortos de tiempo. Todo esto, acompañado de una conducta tendiente a eliminar los efectos de esta ingesta calórica a través del vomito autoinducido, el uso de laxantes y diuréticos, las dietas restrictivas y el aumento de la actividad física (Rava & Silber, 2004).

Por lo que, la bulimia nerviosa es uno de los trastornos indispensable a tratar en este estudio. A continuación, se presentan los criterios diagnósticos en la siguiente tabla según las principales clasificaciones internacionales (ver tabla 5).

Tabla 5. Criterio diagnóstico de la bulimia nerviosa

CIE-10	DSM V
<p>a) Preocupación continúa por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.</p> <p>b) El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos.</p>	<p>A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <p>1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej. Dentro de un periodo cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.</p> <p>2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo</p>

Tabla 5. Criterio diagnóstico de la bulimia nerviosa (continuación)

CIE-10	DSM V
<p>Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.</p> <p>c) La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor u larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea</p>	<p>que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).</p> <p>B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de Laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.</p> <p>C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses</p> <p>D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal</p> <p>E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.</p>

Fuente: CIE – 10 (OMS, 1992); DSM V (APA, 2014).

Los criterios diagnósticos según las principales clasificaciones internacionales retoman a la bulimia nerviosa como un trastorno mental caracterizado por episodios recurrentes de atracones; una sensación de falta de control sobre el consumo de alimentos durante los atracones, así como el uso recurrente de conductas compensatorias inapropiadas para prevenir el aumento de peso (Black & Andreason, 2015). Sin embargo, se observan diferencias imprescindibles en cuanto al contenido diagnóstico a pesar de que ambas

clasificaciones abordan las características esenciales del trastorno. El DSM V maneja periodos de tiempo ante la presencia de consumo descontrolado de alimentos, así como la frecuencia del uso de los métodos compensatorios inapropiados.

Ahora bien, al momento del diagnóstico es recomendable contemplar las siguientes especificaciones:

Tabla 6. Especificaciones de la bulimia nerviosa

CIE-10	DSM V
-Sin especificaciones	<p>Especificar si:</p> <ul style="list-style-type: none"> -En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos, pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado. - En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado. <p>Especificar la gravedad actual:</p> <p>La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.</p>

Tabla 6. Especificaciones de la bulimia nerviosa (continuación)

CIE-10	DSM V
-Sin especificaciones	<p>-Leve: Un promedio de 1–3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.</p> <p>-Moderado: Un promedio de 4–7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.</p> <p>-Grave: Un promedio de 8–13 Episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.</p> <p>-Extremo: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.</p>

Fuente: CIE – 10 (OMS, 1992); DSM V (APA, 2014).

De la misma forma, la especificación para el trastorno se hace evidente en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) en el cual se presentan descripciones distintivas para el diagnóstico del mismo. Así, como los parámetros según la gravedad y frecuencia con la que se presentan los métodos compensatorios durante un periodo de tiempo determinado. En contraste, el CIE – 10 no menciona ninguna descripción al respecto.

La comparación entre ambas clasificaciones resulta de utilidad para conocer los abordajes distintivos respecto a los trastornos de la conducta alimentaria. Si bien muestran ciertas similitudes también difieren con la falta de peculiaridades propias de los trastornos. Después de todo, el abordaje conciso de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa es debido a la gravedad con la que se presentan a comparación de los otros, así, como los múltiples riesgos desencadenantes que en periodos

cortos puede provocar la muerte de quien los padece. Es por ello por lo que en este proyecto solo se abordara a la anorexia y la bulimia nerviosa.

1.3 Epidemiología de los trastornos alimentarios

Los trastornos de la conducta alimentaria se configuran como la tercera enfermedad crónica más común entre los adolescentes después de la obesidad y el asma (Urzúa, Castro, Lillo & Leal, 2011). Los cuales se caracterizan por la búsqueda deliberada de pérdida de peso, inducida y mantenida por la propia persona mediante actitudes restrictivas y/o purgativas en la alimentación o en la realización excesiva de ejercicio.

Las estimaciones estadísticas de los trastornos alimentarios en la mayoría de los casos se cubren y niegan durante periodos largos. En el caso de la anorexia nerviosa se presenta principalmente en mujeres adolescentes (14-18 años), con una prevalencia entre 0.2% y 1% (APA, 1994; Mancilla et al., 2007) y la bulimia nerviosa afecta de igual manera a mujeres adolescentes y jóvenes su presencia oscila entre 0.14 al 3.2% (Hoek & van Hoeken, 2003, Mancilla et al., 2007). Si bien, estos trastornos se presentan mayoritariamente en mujeres pues el 90% de las personas afectadas pertenecen a sexo femenino, también se llegan a encontrar en hombres, aunque con menor frecuencia.

Por ello Urzúa, Castro, Lillo & Leal (2011), mencionan la evidente prevalencia de los TCA es mayor en las mujeres, sin embargo, la relación de 1 hombre por cada 10 mujeres observada hace años en muestras tanto comunitarias como clínicas ha ido cambiando. Investigaciones recientes han informado relaciones que oscilan entre 5:1 a 2:1, reportándose incluso prevalencias en hombres de un 8% para la AN y de alrededor del 15% para la BN (Urzúa, Castro, Lillo & Leal ,2011).

Ahora bien, en se ha detectado que 0.9% de los hombres y 2.8% de las mujeres en edad estudiantil (12 a 19 años), presentan alto riesgo de padecer un TCA (Rivera, Parra & Barriguet, 2005). En suma, existe cierto consenso en que la preocupación por la imagen corporal ha ido en descendiendo en edad hasta establecerse en la

preadolescencia, cuyo intervalo de edad se presenta entre los 8-9 años y los 12-13 (Gracia, Marcó & Trujano, 2007).

1.4 Conductas alimentarias de riesgo

Actualmente se vive en un mundo con fuertes estímulos que actúan tanto de forma positiva como negativa según el tipo de personalidad y el estado emocional en el que se encuentra la persona. En algunas ocasiones se encuentran vulnerables y susceptibles ante provocaciones del mundo exterior, incitando adoptar conductas inadecuadas y poco fructíferas para la salud.

Por mencionar algunos estímulos predisponentes se pueden mencionar: los medios de comunicación, las redes sociales, las tendencias de moda, los estereotipos, el tipo de familia, hasta la misma comunidad y sus exigencias. Por tanto, nos encontramos continuamente inmersos y en interacción con la mayoría de ellos, interviniendo elocuentemente en la calidad de vida de los seres humanos.

La época de la adolescencia es imprescindible la serie de cambios físicos, biológicos y psicológicos por los que atraviesan. Aunque a su vez se ha destacado que en niños de 7 y 8 años ya existe cierta preocupación por la imagen corporal y tienen conductas y actitudes alimentarias problemáticas (Gracia et al., 2007). Siendo la población más susceptible que seguir con determinadas líneas estéticas impuestas por su contexto, provocando la aparición de conductas alimentarias de riesgo.

Las conductas alimentarias de riesgo son entendidas como aquellas manifestaciones que no cumplen con los criterios de un Trastorno de la Conducta Alimentaria, pero que son conductas características de los mismos (Urzúa et al., 2010). Las conductas de riesgo alimentarias incluyen un amplio espectro del comportamiento negativo y perjudicial para el individuo, derivados de las preocupaciones excesivas por el peso y la comida, y todos ellos están dirigidos a controlar o reducir el peso corporal. Entre las conductas destacan, por ejemplo, los atracones, el seguimiento de dietas crónicas y restrictivas, el abuso de laxantes,

diuréticos o anfetaminas, el vómito autoinducido y la práctica de ayunos (Altamirano, Vizmanos & Unikel, 2011).

Además de las conductas alimentarias, también destaca, como uno de los principales comportamientos adoptados para el control y reducción del peso, el empleo del ejercicio físico excesivo. A este respecto, estudios previos demuestran que hombres y mujeres practican ejercicio como una medida compensatoria en proporciones similares (Eichen, Conner, Daly & Fauber, 2012). Es decir, los hombres hacen ejercicio con la finalidad de ganar masa muscular y en las mujeres reducir el peso.

Estas conductas suelen ser poco descubiertas debido a que pasan desapercibidas por un periodo de tiempo largo y sin mayor preocupación, socialmente podrían ser “aceptadas” este tipo de conductas hasta cierto punto, por ejemplo, los usos de laxantes comúnmente son usados para la eliminación de heces cuando se está estreñido, las dietas generalmente son usadas para mejorar la salud o el ejercicio para una buena salud física y mental. Desafortunadamente el abuso de cada uno puede ser nocivo afectando rotundamente al organismo.

En los últimos años, las apariciones de conductas alimentarias de riesgo en su gran mayoría han sido implementadas por los adolescentes debido a que son grupos con mayor peligro. Según García & Vargas (2016), mencionan que entre los factores de riesgo más estudiados como favorecedores del seguimiento de las conductas alimentarias de riesgo están: el índice de masa corporal y la insatisfacción con la imagen corporal, esta última como resultado de la interiorización de una figura delgada.

Autores como Lameiras, Calado, Rodríguez & Fernández (2003), encontraron que hay una tendencia en adolescentes y jóvenes de ambos sexos a presentar mayor porcentaje de conductas alimentarias de riesgo a medida que se incrementa la insatisfacción de la imagen corporal. Lo cual está relacionado con la presión sociocultural que ha favorecido la adopción en el individuo del que ser delgado es símbolo de éxito, de mayor aceptación social, de feminidad en el caso

de las mujeres, y que a menor porcentaje de grasa corporal se adquiere mayor autoestima.

1.5 Factores asociados a los trastornos alimentarios

Los trastornos alimentarios son condiciones complejas que emergen de la combinación de conductas negativas presentes por periodos largos. En muchas ocasiones el uso de dietas, laxantes o atracones puede comenzar como una forma de lidiar con las emociones dolorosas que al final provocan una descompensación mayor en la vida de las personas, por ello para lograr una adecuada prevención de estos trastornos es de primordial importancia conocer los factores de riesgo y protección a los que está expuesto un individuo; los cuales son un antecedente común en el desarrollo o en la prevención de trastornos alimentario (Guzmán, 2006).

1.5.1 Factores de riesgo para trastornos alimentarios

Autores como Braverman (2001), señalan que los factores de riesgo son aquellos estresores o condiciones ambientales que incrementan la probabilidad de que un niño experimente un ajuste promedio pobre o tenga resultados negativos en áreas particulares como la salud física, la salud mental, el resultado académico o el ajuste social.

A nivel general, algunos de los factores de riesgo más importantes que se han identificado son experiencias traumáticas (como la muerte de un padre), pobreza, conflicto familiar, exposición crónica a la violencia, problemas de sus padres como abuso de drogas, conducta criminal o salud mental.

Para Aguirre (2004), existe otra manera posible de entender a los factores de riesgo por ello los divide en tres factores como se muestra a continuación:

1. Factores individuales: desventajas de constitución, complicaciones perinatales, desequilibrio neurológico, incapacidad sensorial, atrasos en las habilidades del desarrollo, dificultades emocionales, apatía, inmadurez emocional, baja autoestima, mal manejo de las emociones, problemas escolares, bajo rendimiento y abandono de la escuela, etcétera.

2. Factores familiares y sociales: nivel socioeconómico, enfermedad mental y abuso de sustancias en la familia, desorganización y conflictos familiares, tales como; divorcio, rechazo de los padres, abandono, maltrato, abuso físico, sexual etcétera.
3. Factores del medio: poco apoyo emocional y social, disponibilidad del alcohol, drogas, armas de fuego en la escuela o comunidad, circunstancias de la comunidad: pobreza, desempleo, injusticia social hasta trabajos explotadores.

Los factores de riesgo como se han ido revisando en la literatura se refieren aquella probabilidad existente de que se produzca un hecho indeseado como los trastornos alimenticios. Por ello es importante reconocer a la adolescencia como uno de los factores desencadenantes del síntoma debido a que al ser adolescente en ocasiones implica estar inmerso en factores de riesgo y por consiguiente provocar afectaciones (Córdova, 2006). Es indiscutible considerar como factor de riesgo a todo suceso inesperado que promueva un cambio drástico y poco común en la vida de los individuos, provocando dolor y un desequilibrio emocional significativo.

Por su parte, autores como Portela de Santana, da Costa Ribeiro, Mora & Raich (2012) mencionan la existencia de factores de riesgo distintivos de los trastornos alimentarios lo cuales se describen a continuación:

1. Factores biológicos: la susceptibilidad para el desarrollo de comportamientos o actitudes características de los trastornos alimentarios podría explicarse por una combinación de factores genéticos y ambientales. Por ejemplo, el estradiol que regula la transcripción de genes entre los neurotransmisores que controlan el apetito y el estado de ánimo pueden influir en la predisposición de los TA. Es decir, tiende a provocar una reducción en el apetito de las personas.
2. Factores psicológicos: alude a que hay una falta de autoestima personal, afecto negativo, percepción errónea de la imagen corporal que deben ser

- considerados como una influencia negativa sobre el peso y aumentan el riesgo de insatisfacción corporal y de preocupaciones sobre la alimentación
3. Factores familiares: se ha determinado que las familias de pacientes que padecen de TA se tratan de familias conflictivas, poco cohesionadas, desorganizadas, críticas constantes, con rigidez para cambiar a nuevos patrones de vida, crianza excesiva, etcétera.
 4. Factores socioculturales: La literatura reciente indica que la insatisfacción con la imagen corporal y la ocurrencia de los TA son influenciadas por presiones socioculturales, es decir, la exposición a el concepto occidental del tipo de cuerpo ideal, a menudo a través de los medios de comunicación, revistas e internet promueven la internalización del cuerpo delgado como un ideal de belleza.

En la búsqueda por conocer los factores que intervienen en la aparición de trastornos alimentarios generalmente se desarrollan a partir de una interacción compleja de factores de riesgo (biológicos , psicológicos, familiares y socioculturales) los cuales como se ha revisado hasta ahora en la literatura se vuelven evidentes ante la desencadenante presencia de elementos negativos que precipitan la aparición de conductas inadecuadas perjudicando el bienestar biológico, psicológico y emocional de los individuos.

1.5.1 Factores protectores para trastornos alimentarios

Así mismo, es importante considerar la presencia de factores que protegen y minimizan la aparición de conductas de riesgo como los factores protectores que son entendidos como aquellos que reducen los efectos negativos de la exposición a riesgos y al estrés. Es decir, son las condiciones capaces de favorecer el desarrollo de los individuos y en muchos casos reducir los efectos de las circunstancias desfavorables (Rutter ,2007 citado en Aguiar & Acle ,2012).

A continuación, siguiendo la línea de clasificación de Aguirre (2004), se describen los factores protectores en sus tres niveles de acción siendo la contraparte positiva de los factores de riesgo.

1. Factores individuales: habilidades cognitivas y aptitud social, habilidades de resolución de conflictos, sentido de vida y motivación al logro, sentido del humor positivo, autonomía, autoestima y locus de control interno, empatía, demostración de las emociones, etcétera.
2. Factores familiares y sociales: adulto significativo, vínculos afectivos, lazos seguros con los padres, cohesión familiar y calidez, reconocimiento de esfuerzo y logros, redes de apoyo, etcétera.
3. Factores del medio: conexión entre la casa y escuela, participación de los jóvenes, compromiso, responsabilidad en las tareas y decisiones, oportunidades de participación de los individuos en actividades comunitarias, cuidado y apoyo, sentido de comunidad.

Finalmente, los factores de protección suelen pasar desapercibidos continuamente en contraste con los factores de riesgo, sin embargo, existe una gran necesidad de estudio en esta área. Por ello, autores como Neumark et al. (2007), mencionan los posibles factores de protección contra los trastornos alimentarios los cuales pueden ser los siguientes:

1. Individuales: se refieren a la alta autoestima, imagen corporal positiva, bienestar emocional, buenas habilidades sociales, resolución de problemas, procesamiento crítico de las imágenes, etcétera.
2. Familiares: el factor familiar protector se refiere a la pertenencia de una familia que no exagera en el peso y en el atractivo físico, así como un nivel de comunicación adecuado, es decir, una buena cohesión familiar.
3. Socioculturales: hace referencia a contextos donde exista una participación e implantación de conductas favorecedoras a la comunidad como la práctica del deporte y una aceptación variada de formas y tamaños de cuerpos.

A manera de conclusión, se puede decir que las causas en la adopción de inadecuados hábitos alimenticios y el desarrollo de trastornos alimentarios son multifactoriales los cuales pueden desembocar un trastorno mental o reducir la aparición del mismo. Los eventos circunstanciales presentes a lo largo de la vida, redes de apoyo carentes, insatisfacción, baja autoestima, creencias, estereotipos e

ideales de belleza poco realistas afectan continuamente en la autonomía de las personas. Por ello es importante proteger y reeducar desde una perspectiva más positiva que potencialice a los factores más saludables y óptimos en la construcción de los individuos.

1.6 Psicología positiva

Ahora bien, desde una mirada de la psicología positiva, su desarrollo ha sido priorizar el estudio de la conducta patológica y disfuncional en donde los modelos están orientados a descubrir los estados patológicos o desadaptativos de los individuos y se dedican a la descripción exhaustiva de las enfermedades (Mellilio & Suárez, 2003 citado en González, 2014).

De esta forma, el foco se ha centrado en curar el sufrimiento de los individuos por lo que ha habido un crecimiento amplio en la investigación de los trastornos mentales y los efectos negativos de estos. Sin embargo, en años recientes se ha ampliado la mirada, no solo en la enfermedad, sino que se ha ocupado por un modelo más general de la salud en que también se incluye la prevención y promoción de la salud mental (Kalawki & Haz, 2003 citado en González- Arratia, 2014).

A pesar de que la psicología positiva es relativamente nueva, surgió hace algo más de 10 años por la iniciativa de Seligman 2000 junto con otros renombrados psicólogos norteamericanos. Los cuales sugirieron que los temas esenciales del campo se podían agrupar en tres grandes bloques. El estudio de las emociones positivas, el estudio de los rasgos positivos, y el estudio de las organizaciones positivas (Hervás, 2009).

Psicología positiva es un término genérico para referirse a lo que realmente vale la pena y es posible expandir y complementar a la psicología. Se trata de una corriente científica y de pensamiento que tiene por objetivo el estudio científico de la experiencia optima, fortalezas virtudes, potenciales, motivos y capacidades humanas que facilitan la adaptación exitosa en diversas circunstancias y los efectos que estas tienen en la vida de las personas. (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000

citado en González-Arratia, 2014). La cual tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y prevenir la aparición de trastornos mentales y patologías. La concepción actual focalizada en lo patológico se centra en corregir defectos y reparar aquello que ya se ha roto. Por el contrario, la psicología positiva insiste en la construcción de competencias y en la prevención (Vera ,2006).

Para Castro (2009), menciona que hacer psicología positiva no es desconocer que las personas sufren y se enferman, sino dejar de igualar la salud con ausencia de enfermedad; es encargarse de potenciar aquello que funciona bien.

Por todo lo anterior, la psicología positiva cumple un papel muy importante dentro de la investigación debido a la estructura alentadora en cuanto a la posibilidad que los individuos poseen a pesar de las circunstancias. Uno de los temas más relevantes que aborda la psicología positiva son las emociones positivas y aunque la mayoría de los investigadores se han centrado exclusivamente en las negativas tales como: la tristeza, el miedo o la ira. Sin embargo, desde esta perspectiva positiva más allá de centrarse en aquello que amenaza el bienestar del ser humano enfatiza aquellas emociones que ayudan hacer frente a peligros o problemas inminentes tales como el optimismo, el humor, la resiliencia y la creatividad (Vera,2006).

Siendo así las emociones positivas fortalecedoras de los recursos personales, tanto físicos como psicológicos y sociales e incrementan la resiliencia (Fredrikson, 2009 citado en González-Arratia, 2014). Por ello ahora es necesario centrarse en el desarrollo de recursos y potencialidades más que subsanar los déficits, en trascender el modelo médico de la patología, para orientarnos en las posibilidades y fortalezas que todos los individuos tienen (González-Arratia, 2014).

Ante esto es que la psicología positiva surge como una ciencia de experiencias subjetivas positivas, de rasgos individuales y positivos, e instituciones positivas, que prometen mejorar la calidad de vida y prevenir patologías que emergen cuando la vida es estéril y sin sentido. Por eso la psicología positiva estudia las emociones positivas, que son en tanto placenteras, el desarrollo de las virtudes y la búsqueda de la felicidad (Seligman & Csikszentmihalyi ,2000).

Capítulo II. Autoestima

En el capítulo anterior se abordaron las consecuencias que una mala alimentación e inadecuados hábitos alimenticios pueden provocar. Así como los factores predisponentes en la adopción de trastornos de la conducta alimentaria. Por ello es importante considerar la participación de factores protectores como la autoestima, la aceptación personal y la valoración óptima. Siendo una de las características más importantes para la resistencia y la desaparición de conductas de riesgo.

En muchas ocasiones se ha escuchado hablar de ella, pero poco se sabe del impacto que la autoestima tiene en la vida de las personas o no se le da la importancia adecuada. La autoestima es uno de los pilares fundamentales para sentirse querido, valorado, acompañado e importante para los otros y sobre todo para sí mismo. La cual nos proporciona seguridad y confianza e inmuniza contra sentimientos de devaluación en el futuro (González-Arratia, 2001). Es decir, nos hace menos propensos a caer en situaciones desfavorables de la adversidad formando gente competente y capaz que tendrá confianza en sí mismo y en sus capacidades, personas que se sentirán queridas y queribles por los demás.

Para Segal & Yaharaes (1982 citado en González-Arratia, 2001), hablar de autoestima sana es esencial para el funcionamiento, motivación, comportamiento y adaptación eficaz del individuo a su medio ambiente. Además, de que se ha encontrado que a medida que se tiene una mejor autoestima, se tiene mejor salud mental. Por ello, la importancia de retomar en este segundo capítulo a la autoestima como un factor determinante ante la disminución de trastornos mentales y su impacto que tiene en el mantenimiento de una salud física y mental.

2.1 Definición

Ahora bien, a continuación, se abordarán las diferentes definiciones de la autoestima desde el punto de vista de diversos autores con el objetivo de indagar

acerca del significado y trascendencia que la autoestima tiene en la vida de las personas.

Clark, Clemens & Bean (2000) plantean que la autoestima “es el concepto que tenemos de nuestra propia valía se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida; lo que creemos que somos, listos o tontos, si nos sentimos antipáticos o graciosos, si nos gustamos o no. Los millares de impresiones, evaluaciones y experiencias reunidas se conjugan en un sentimiento positivo hacia nosotros mismo o, al contrario, en un incómodo sentimiento de no ser lo que esperábamos”. Es decir, lo que el autor explica que la autoestima está en función de la forma en la una persona aprende a tratarse a sí misma, la cual puede ser fortalecedora o desmoralizante.

Para Branden & Wolfson (1989), dice que la autoestima es una experiencia íntima que reside en el núcleo de nuestro ser. Es lo que yo pienso de y siento sobre mí mismo, no lo que otros piensen o sienten sobre mí. La autoestima es el juicio de que soy apto para la vida, la experiencia de mi propia capacidad y valía, la autoestima es una conciencia autoafirmadora, una mente que confía en sí misma, nadie puede generar esta experiencia, salvo uno mismo.

Por otra parte, para Rogers (1986 citado en González-Arratia, 2001), plantea que la autoestima positiva está relacionada al proceso de socialización. Es decir, que, a partir de las interacciones de un individuo con otros, interioriza ciertos valores en la estructura de sí mismo. Por lo tanto, las personas que se sienten valiosas fueron amadas por los demás.

Además, Según Güell & Muñoz (2000 citado en Naranjo, 2007), mencionan que la persona tiene la capacidad de establecer su propia identidad y atribuirse un valor y, a esa valoración se le llama autoestima. Señalan que si conseguimos mantener un buen nivel de autoestima resistiremos las críticas, nos abriremos mejor a los demás, aprenderemos a pedir ayuda y, en general, nos resultará mucho más gratificante vivir, lo que contribuirá también a prevenir cualquier proceso depresivo.

Las definiciones anteriores hablan acerca de la autoestima en general como: evaluación del sí mismo, el valor total del yo, los juicios sobre la propia valía, sentimientos hacia sí mismo, consideración de los demás, percepción del amor por parte de los demás. Las cuales abren dos grandes vertientes: una hace referencia al propio sujeto en cuanto a una mera autopercepción del mismo sujeto y la segunda hace referencia en un sentido más social considerando la forma en como nos evalúan los demás (González- Arratia, 2001).

En suma, la autoestima positiva es aquella imagen personal que una persona construye acerca de sí mismo y se transforma a manera de protección, formando personas resistentes, capaces y competentes ante exigencias o circunstancias de la adversidad.

2.2 Dimensiones de la autoestima

Por consiguiente, una vez identificado el significado de la autoestima y su trascendencia es importante considerar las cuatro dimensiones que la caracterizan. Por ejemplo, algunos de los niños y adolescentes pueden percibirse particularmente bien en algunas dimensiones, en cambio en algunas otras puede tener sentimientos de incompetencia.

Por ello, autores como Stanley Coopersmith (1976 citado en Milicic, & Soledad, 2013), enfatizó en aquellos indicadores que permiten evaluar las diferentes áreas del grado de autoestima positiva o negativa que poseen las personas. A continuación, se presentan una breve descripción respecto a las diferentes dimensiones según el autor:

1. Autoestima física: se refiere en ambos sexos al hecho de sentirse atractivo físicamente. Incluye también, en los niños, el hecho de sentirse fuertes y capaces de defenderse; y en las niñas sentirse armoniosas y cordiales. Es decir, esta área de la autoestima está encaminada al sentimiento confortable respecto al cuerpo, acepta sus limitaciones y no se pone metas inalcanzables. Se centra en sus fortalezas más que en sus debilidades.

Valora sus destrezas físicas y tiene una actitud de cuidado con su cuerpo como lo es el estar limpio y bien arreglado.

2. Autoestima social: para la mayoría de las personas esta dimensión es la mayor significación para sentirse felices o en su defecto sentirse poco apreciados. Incluye el sentimiento de sentirse aceptado o rechazado por sus compañeros y el sentimiento de pertenecía en un grupo. Además, se relaciona con el hecho de ser capaz de enfrentar con éxito diferentes situaciones como por ejemplo tomar la iniciativa por relacionarse con personas del sexo opuesto hasta solucionar problemas interpersonales con facilidad. Las personas con autoestima social positiva establecen buenas relaciones con otros, tienen una actitud cooperativa y respetuosa de sí mismo y con los demás.
3. Autoestima académica: se refiere a la autopercepción de la aptitud para tener éxito en la vida escolar, específicamente a la capacidad de rendir bien. Incluye también la autovaloración de las habilidades intelectuales como sentirse inteligentes, creativos, constantes, ser reflexivos entre otras. Las personas con una autoestima académica positiva suelen desarrollar sus potencialidades al máximo es decir aprovechan las oportunidades que tienen para desarrollar sus talentos, tienen expectativas positivas hacia el futuro, desarrollan sus trabajos escolares con esfuerzo y dedicación. Se plantean metas realistas y adecuadas y perseveran hasta alcanzarlas.
4. Autoestima emocional: esta última dimensión está relacionada con la autoestima social, pero se refiere a la autopercepción de las características de la personalidad, como sentirse básicamente una persona capaz de conectarse con las propias emociones y poder expresarlas. Es decir, alude a la capacidad de autorregular los impulsos y adecuarse a las situaciones sociales. Las personas con una autoestima emocional positiva suelen ser

seguras de sí mismas, confían en sus decisiones, es optimista frente a la vida, es flexible y tolera las frustraciones.

Cada una de las dimensiones es impórtate y relevante empoderar en los más jóvenes ya que es el momento preciso donde se alimenta, nutre y construye la identidad y personalidad futura. La autoestima es un pilar fundamental en el desarrollo óptimo de las personas ya que en sus diferentes modalidades repercute positiva o negativamente en la calidad de vida.

Para González-Arratia (2001), existen otras dimensiones importantes a considerar en la construcción y alimentación de una autoestima positiva, los cuales se mencionan a continuación:

1. Yo: hace referencia al sí mismo individual en forma positiva, es decir, la idea u opinión que cada persona tiene sobre sí misma. Por ejemplo, que tanto me quiero, valoro, siento y me percibo como persona.
2. Familia: es la percepción que la persona tiene sobre los otros significativos como los padres y el impacto que ejercen sobre el mismo tales como: el sentirse amados o aceptados dentro de su círculo familiar.
3. Fracaso: hace referencia a las experiencias poco exitosas que interceden negativamente en la vida de los individuos como el sentirse inseguros, inútiles, todo está mal, etcétera.
4. Trabajo intelectual: Es la valoración que hace el individuo sobre su ejecución en cuanto a trabajo de tipo intelectual en el ambiente escolar.
5. Éxito: se refiere a la percepción del éxito personal y cumplimiento de los objetivos, es decir, todo lo que nos propongamos y el cumplimiento de los mismos, generando un sentimiento de bienestar.
6. Afectivo- emocional: este factor tiene que ver con la parte afectiva donde coloca en niño en un objeto de valor, es decir, la percepción de preocupación por partes significativas a él.

Por tanto, se puede observar que la autoestima ha sido estudiada desde diferentes dimensiones o constructos que intervienen en su formación, así como la

importancia de factores internos y externos en la construcción de la autoestima. Ya que, desde muy jóvenes se necesita de la interacción positiva de cada uno de los factores para poder obtener cimientos significativos en la formación de la valía personal para así obtener estándares altos de protección contra los estímulos y adversidades existentes.

2.3 Niveles de la autoestima

Desde el punto de vista de Icaza & López (2001), la autoestima es una necesidad psicológica básica, la cual se ve modificada dependiendo de las cualidades y defectos. Que tiñe todo de aspectos positivos o negativos, según la visión que se tenga de uno mismo. Donde cada una de estas categorías tiene características propias que le dan un enfoque diferente a la vida.

La autoestima alta pinta la visión de un color claro, positivo y optimista; en cambio la autoestima baja tiñe de oscuro, negativo y pesimista todo lo que ve. De acuerdo con Estrada (2015), en la siguiente tabla se presentan las principales diferencias que caracterizan a una persona con autoestima alta y una autoestima baja.

Tabla 7. Diferencias de la autoestima alta y una autoestima baja

Autoestima alta	Autoestima baja
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usa su intuición y percepción ▪ Es libre nadie lo amenaza, ni amenaza a los demás ▪ Dirige su vida hacia donde cree conveniente ▪ Es cooperativo y siguen las reglas si son justas ▪ Puede jugar solo o con otros niños 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usa sus prejuicios ▪ Dirige su vida hacia donde otros quieren que vaya y se empeña en permanecer estático ▪ Se estanca no acepta la evolución, no ve necesidades, no aprende ▪ Tiene problemas para relacionarse con el sexo opuesto

Tabla 7. Diferencias de la autoestima alta y una autoestima baja (continuación)

Autoestima alta	Autoestima baja
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le gusta ser creativo y tener sus propias ideas ▪ Acepta su sexo y lo relacionado con el ▪ Se gusta a sí mismo y gusta de los demás ▪ Conoce, respeta y expresa sus sentimientos y permite que los demás lo hagan ▪ Ejecuta su trabajo con satisfacción, lo hace bien y aprende a mejorar. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ejecuta su trabajo con insatisfacción ▪ Se disgusta a sí mismo y le desagradan los demás ▪ Se desprecia y huilla a los demás ▪ No conoce sus sentimientos, los reprime o deforma, no acepta la expresión de sentimientos ▪ Dice entre otras cosas:” no puedo hacer nada bien” “quisiera ser otra persona”

Fuente: (Estrada ,2015)

La autoestima alta implica que el individuo piense que es bueno y se sienta digno de lo que hace consigo mismo y con los demás, es una persona compartida que vive el momento, disfruta y aprende de sus errores para después reponerlo. Es abierta y flexible al cambio, son personas innovadoras y persistentes que cuentan con una confianza y seguridad adecuada ante las circunstancias.

Para Branden (1998 citado en González- Arratia, 2001), la autoestima alta no significa un estado de existo total, sino consiste en reconocer sus propias limitaciones, capacidades, habilidades y confianza en la naturaleza interna.

En cambio, las personas con autoestima baja tienen a ser poco alentadoras, son personas aisladas con un sentido del humor poco amistoso, son incapaces de expresar sus emociones. Comúnmente este tipo de personas son catalogadas como frías y con deficiencias para establecer buenas relaciones sociales. Además, que son personas susceptibles a las críticas, descontentas consigo mismas y con un ánimo negativo para enfrentar las situaciones cotidianas (Milicic, & Soledad, 2013).

La principal diferencia entre una autoestima alta y una baja radica en que una autoestima alta se tiene una actitud activa ante la vida. Implica tener ganas de enfrentar los problemas y buscar soluciones escuchando ideas para tener una vida mejor. En cambio, una autoestima baja tiende a tomar una actitud pasiva, las personas no tienen ganas de enfrentar problemas sino todo lo contrario, se evade ya que se sienten incapaces de lograr algo (Icaza & López, 2001). Finalmente, cuanto más alta sea la autoestima habrá más cabida a la posibilidad y aceptaremos con claridad en lugar de temer. Se tiene más disposición a establecer relaciones positivas; atrayendo bienestar y salud en la vida.

2.4 Evaluación de la autoestima

En la búsqueda de la literatura se encuentra la importancia de conocer algunas de las escalas con validez y confiabilidad construidas con gran precisión para la medición de variables como autoestima por lo que se necesitan de cuestionarios, escalas, inventarios e instrumentos diversos para así obtener estudios especializados referentes al tema. A continuación, se presenta una breve descripción de escalas para medir autoestima:

Escala de autoestima de Rosenberg

Se trata de una de las escalas más utilizadas para la medición global de autoestima. Desarrollada originalmente por Rosenberg (1965), para la evaluación de la autoestima en adolescentes, incluye diez ítems con cuatro opciones de respuesta tipo likert (4= muy de acuerdo, 3= de acuerdo, 2= en desacuerdo, 1= totalmente en desacuerdo); cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. En población chilena, el instrumento explica el 51.78% de la varianza total con un alfa de Cronbach de .75 (Rojas-Barahona et al., 2009).

Cuestionario de autoestima para niños de Verduzco

El cuestionario evalúa la autoestima infantil en las áreas de pensamiento, sentimientos y conducta. Se le considera como un factor protector que ayuda a resistir los sucesos estresantes de la vida y afrontarlos con éxito (Calleja, 2011). El cuestionario Incluye 32 ítems de afirmación sí y no. En el análisis factorial de componentes principales con rotación varimax conformó finalmente por seis factores 1) devaluación a nivel social 2) cumplir con expectativas sociales 3) inseguridad, 4) familia, 5) aspectos negativos de la autoestima y 6) escuela, que explicaron 42.53% de la varianza total. El coeficiente de consistencia obtenido para la escala completa fue $\alpha = .83$, y para los factores oscilaron entre .52 y .75 (Verduzco, 2005).

Instrumento de autoestima para niños y adolescentes de Caso

Se trata de una escala que mide la evaluación positiva o negativa que los niños y adolescentes hacen de sus habilidades, emociones y relaciones. El cuestionario incluye 21 reactivos solidos agrupados en tres factores (evaluación positiva, percepción de competencia y evaluación negativa) que explican en su conjunto al 36.2% de la varianza total. Para los adolescentes, se obtuvieron cuatro factores que explicaron 57.7% de la varianza total. El índice de confiabilidad obtenido para la escala completa en el caso de los niños fue de $\alpha = 0.81$, y para los adolescentes, $\alpha = 0.83$ (Caso,1999).

Test de autoestima escolar (TAE)

El TAE-Alumno: Test de autoestima del alumno vía auto-reporte (Marchant, Haeussler, & Torretti,2016). Corresponde a un test de tamizaje que mida la autoestima en relación con una norma establecida por curso y por edad y determina si ésta es normal o se encuentra bajo lo esperado. Las normas de este instrumento están establecidas en Puntajes T. El TAE-Alumno permite adicionalmente clasificar a los alumnos en tres categorías:

- Autoestima Normal: Puntajes T ≥ 40 puntos (en el promedio, sobre éste o hasta una Desviación Estándar (DS) bajo el promedio).

- Baja Autoestima: Puntajes T entre 30 y 39 puntos (1 DS bajo el promedio).
- Muy Baja Autoestima: Puntajes $T \leq 29$ puntos (2 o más DS bajo el promedio).

El TAE-Alumno tiene adecuados estudios de validez y confiabilidad (Alfa de Cronbach: 0,79; Coeficiente Kuder Richardson 20: 0,79; Validez concurrente con el Test de PiersHarris: Producto-Momento de Pearson: 0,88). El TAE-Alumno fue estandarizado en Chile el año 1997 (Marchant, Haeussler, & Torretti,2016).

Cuestionario de pensamientos automáticos (ATQ-30)

Mide la prevalencia de autodeclaraciones o pensamientos automáticos, definidos como pensamientos generados espontáneamente y entendidos como aquellas imágenes o contenidos verbales que surgen de un modo habitualmente consciente. Predice la tendencia a la depresión. Consta de 16 afirmaciones de nunca (1) a todo el tiempo (5) (Mera, Hernández, Gómez, Ramírez & Mata,2012).

Inventario de autoestima de Coopersmith para adultos

Instrumento que mide la habilidad del individuo para soportar y sobrellevar crisis y problemas emocionales propios y ajenos. Desarrollado originalmente por Coopersmith en 1967, consta de 25 afirmaciones. La validez de contrato del inventario se evaluó estimando el poder de discriminación de los reactivos al comparar las calificaciones altas y bajas por medio de pruebas t. Los resultados mostraron que todos los reactivos discriminaron ($p = .05$). El índice de confiabilidad obtenido para la escala completa fue de $\alpha = 0.81$ (Lara, Verduzco, Acevedo & Cortés, 1993)

Cuestionario de autoestima (IGA-2000)

Diseñado para la evaluación de la autoestima en niños y adolescentes de 7 a 15 años. Es un instrumento de autoinforme que consta de 25 reactivos, con tres opciones de respuesta (siempre, a veces y nunca); cuenta con 28.5% de varianza y un Alpha de Cronbach total de 0.8090. Está integrado por ser factores (yo, familia, fracaso, trabajo intelectual, Éxito y afectivo-emocional). Sus propiedades

psicométricas son adecuadas para la medición de la estructura de la autoestima (González-Arratia, 2001).

Finalmente, son algunas de las aportaciones que existen referentes a la medición de la autoestima que permiten valorar su importancia y cuentan con aportaciones sólidas que han permitido ampliar el nivel de comprensión del constructo que permita obtener información confiable en relación con el fundamento psicológico de los individuos.

2.5 Autoestima en preadolescentes y adolescentes

Desde los primeros años de vida el individuo está en contacto con mensajes, palabras y actitudes de las otras personas significativas, que fortalecen o debilitan la autoestima. La adolescencia es uno de los momentos más críticos de la vida en el desarrollo de la autoestima; es la etapa en la que las personas necesitan hacerse de una identidad propia y los distinga de los demás.

A medida que crecen y se desarrollan, los jóvenes son influenciados por factores externos como: los padres, los compañeros, la comunidad, la cultura, la religión, la escuela, los acontecimientos mundiales y los medios de comunicación (Spano, 2004). Debido a que, en esta etapa de la vida los jóvenes se encuentran más susceptibles, maleables y vulnerables ante cualquier factor que se le presente.

Dentro de la búsqueda por una personalidad e identidad diferenciada, los factores externos juegan por partida doble en el fortalecimiento o debilitamiento de la autoestima, ya que en la mayoría de las ocasiones los adolescentes son mayormente influenciados y sumamente susceptibles a las críticas y estéticas de su contexto. Donde los complejos, los estereotipos e ideales se hacen presentes; desplegando una serie de preguntas existenciales como: ¿quién soy yo? y ¿quién quiero ser? En esta controversia el adolescente se autoevalúa desde sus características personales positivas y sus defectos (Milicic & Soledad, 2013).

En una investigación realizada por Mestre & Frias (1996), en una población española, se utilizó un diseño que estudiaba a los mismos niños en la infancia y

luego en la adolescencia. Con el fin de identificar los cambios entre una etapa y otra. Dicha investigación arrojó que ciertamente se produce un decremento de la autoestima al llegar a la adolescencia. Es decir, los resultados indicaban que los niños fueron adoptando una autoestima más negativa con el paso del tiempo, lo cual podría explicar la enorme cantidad de problemas en la adolescencia, incluyendo los trastornos alimentarios.

De esta manera, la adolescencia es un periodo altamente vulnerable, donde no se cuenta con la suficiente estabilidad emocional. Es así como surge la necesidad de capacitar y empoderar la construcción adecuada de una autoestima saludable en los adolescentes que posibilite la obtención de los cimientos necesarios para llevar una vida plena y satisfactoria.

2.5 Autoestima y alimentación

Autores como Montoya (2001), menciona que la salud es un movimiento armónico y para mejorarla se necesita ampliar la conciencia en como ejercito y alimento a mi cuerpo. Actualmente, la preocupación por la salud y el papel que la autoestima ejerce sobre ese bienestar ha ido en aumento.

Si bien es sabido, los trastornos alimentarios constituyen en la actualidad una patología frecuente a nivel mundial entre los adolescentes, las cuales hacen referencia aquellas alteraciones en las actitudes y comportamientos relacionados con el consumo de alimentos.

Entre los factores psicológicos involucrados en la etiología de los TA se encuentra la baja autoestima. Indicando que esta podría ser un factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos alimentarios. Por otra parte, hablar de autoestima dentro de las patologías convencionales relacionadas con la ingesta de comida; actúa como factor predisponente, así como de mantenimiento de estos trastornos en los adolescentes (Rutzstein, Scappatura & Murawski, 2014).

Es así, como la autoestima es considerada como factor fundamental en la salud física y mental de los individuos. Su estrecha relación con la salud es evidente;

se han observado que cuando los individuos tienen baja autoestima presentan insomnio, desórdenes alimenticios, hipertensión y depresión. Lo cual ha sido motivo de estudio, ya que se asocia con el bienestar psicológico (González- Arratia, 2016). Siendo la autoestima la clave para el desarrollo de una conducta normal, anormal e incluso óptima.

A continuación, se presentan algunas investigaciones de autores que han estudiado la relación entre conductas de riesgo de trastornos alimentarios, imagen corporal y autoestima en diversos grupos los cuales encontraron las siguientes aseveraciones:

- Cruz, Estrada y Gómez (2001), realizaron un estudio acerca de los factores de riesgo en trastornos alimentarios: imagen corporal, atribución, autoestima en relación con el peso corporal en preadolescentes. Trabajaron con una muestra no probabilística N=277 de preadolescentes de los cuales los cuales 137 eran mujeres y 140 hombres con una edad promedio de 10.49 y una desviación estándar de .98. De los principales resultados se encontró que las niñas pertenecientes a la categoría de obesidad son las que en mayor porcentaje se preocupan demasiado por su peso corporal (67%). En cambio, las niñas con peso bajo expresaron sentirse muy preocupadas por llegar a estar gradas. En el sexo masculino se observó que el grupo que manifiesta estar más preocupado por el peso corporal es el de bajo peso. En cuanto a las conductas alimentarias de riesgo de esta población nunca han realizado ninguna, sin embargo, un tercio de las niñas de la categoría de bajo peso “a veces” llevan a cabo control alimentario y el 14% de los niños “siempre” se saltan alguna de las comidas como medida de control de peso.

- Moreno & Ortiz (2009), analizaron la relación entre las conductas de riesgo de trastorno alimentario, la imagen corporal y autoestima en un grupo de adolescentes de Secundaria. Se aplicaron tres instrumentos: el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), Cuestionario de la figura corporal (BSQ),

Cuestionario de Evaluación de la Autoestima y un Cuestionario de datos sociodemográficos a 298 alumnos: 153 mujeres y 145 hombres, con una edad promedio de 13 años. Se encontró riesgo de trastorno alimentario (8%) y en un 10% la patología instalada, con mayor prevalencia en las mujeres; ambos sexos presentan preocupación por su imagen corporal, niveles medios y bajos de autoestima y una mayor tendencia a presentar trastornos alimentarios en las mujeres. Así como, las predisposiciones de los casos se incrementan con la edad.

- Asuero, Avergues, Martín & Borda (2012), realizaron un estudio referente a la preocupación por la apariencia física y alteraciones emocionales en mujeres con trastornos alimentarios con autoestima baja. En el cual participaron 146 mujeres con TCA con una edad superior a los 16 años. Aplicaron la escala de autoestima RSES y se conformaron en tres grupos: autoestima baja (AB) con 91 participantes, autoestima media (AM) y autoestima alta (AA), con 37 y 18 participantes con TCA, respectivamente. Los resultados más interesantes encontrados fueron en las participantes con autoestima baja ya que presentaron más elevados de ansiedad y depresión, así como una mayor insatisfacción corporal, reflejado con una preocupación por el peso y la silueta y una tendencia hacia la autodesvalorización al comparar la silueta propia con la de otras personas.
- Márquez & Zalapa (2016), investigaron acerca de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios y su relación con la autoestima en alumnos de sexto año de primaria. Encontraron que los niveles de autoestima de los alumnos se encontraron dentro de los límites de normalidad. Después del análisis de datos no encontraron una relación estadísticamente significativa entre los indicadores de trastornos alimentarios y el nivel de la autoestima.
- Rio & Zalapa (2017), realizaron estudios en alumnos de secundaria de 12 a 15 años del estado de Michoacán de los cuales verificaron la existencia

nula en los resultados obtenidos en el caso de la relación entre la escala de autoestima y las escalas de: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introspectiva, miedo a la madurez, ascetismo, inseguridad social e ineficacia.

La autoestima y la alimentación cuentan con un grado de cohesión importante en la aparición o disminución de conductas de riesgo alimentarias. Ya que si se cuenta con una valoración positiva adecuada no abra cabida para pensamientos, conductas y actitudes inapropiadas que afecten la salud de nuestra sociedad más joven. Ya que contar con una autoestima positiva significa estar dispuesto a defenderse a uno mismo, no tener miedo de ser quién eres, trataras con respeto a ti mismo y a los demás. Significa no fingir en ser otra persona, no desvirtuar los valores, creencias y opiniones para ganar la aprobación de los demás (Branden, 1998).

Capítulo III. Resiliencia

El interés por la resiliencia en el campo psicológico es antiguo, aunque ha sido en los últimos años cuando ha cobrado una gran relevancia. Su interés se debe a los diversos estudios que demuestran la capacidad de las personas para salir adelante ante las circunstancias de vida, en esta investigación en particular se interesa por el papel protector que juega en la vida de los adolescentes y preadolescentes. Al igual que la autoestima el estudio de la resiliencia se hace importante ya que son dos de los recursos más significativos con los que cuentan los niños y los preadolescentes.

Actualmente, la resiliencia es un tema controversial y difícil de cuantificar. No obstante, es una característica que todo ser humano posee. En el presente capítulo se abordará el significado más acertado respecto al concepto, así como los factores que influyen en la formación de la misma y su relación con la conducta alimentaria.

3.1 Definición

El término resiliencia tiene su origen en el latín, *resilio* que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. El término se utiliza en física. Expresa la cualidad de los materiales a resistir la presión, doblarse con flexibilidad, recobrar su forma original, no deformarse ante presiones y fuerzas externas y su capacidad de resistencia al choque (Castro et al., 2014).

Posteriormente la resiliencia fue adoptada por las ciencias sociales para caracterizar aquellos sujetos que, a pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo se desarrollan psicológicamente sanos y socialmente exitosos. Específicamente en el caso de la psicología la palabra cobra un sentido distinto puesto que no se limita a la resistencia sino a un proceso dinámico que implica que el individuo traumatizado se sobrepone y se reconstruye (González- Arratia, 2016;

Rutter, 1995). Es decir, la resiliencia humana no se limita únicamente a resistir, sino que permite la reconstrucción.

Al revisar las diferentes bibliografías, es posible encontrar muchas definiciones del término de resiliencia. A continuación, se mencionan algunas de las definiciones más relevantes.

- Richarson et al. (1990) la definen como el proceso de lidiar con acontecimientos vitales disociadores, estresantes o amenazadores, de modo que proporciona al individuo destrezas protectoras y defensivas adicionales a las previas a la disociación resultante del acontecimiento.
- Rutter (1995) define la resiliencia como un conjunto de procesos sociales e intrínsecos que se construyen en el tiempo, a partir de las interacciones entre los atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural para posibilitar una vida sana en un medio insano.
- Luthar, Cicchetti & Becker (2000) definen a la resiliencia como un proceso dinámico que tiene un cuerpo como resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad.
- Manciaux, Vanistendael, Lecomte & Cyrulnik (2001) la resiliencia, es entendida como la capacidad para mantener un funcionamiento adaptativo de las funciones físicas y psicológicas en situaciones críticas. Es la resultante de un proceso dinámico y evolutivo que varía según las circunstancias, la naturaleza del trauma, el contexto y la etapa de la vida y que puede expresarse de muy diferentes maneras en diferentes culturas.
- González- Arratia (2007) es la capacidad para adaptarse y ajustarse a través de la combinación o interacción entre los atributos del individuo y su ambiente familiar; social y cultural, que lo posibilitan para superar la adversidad de forma constructiva.

Como tal aún no existe una definición única para la palabra resiliencia, sin embargo, casi todas las bibliografías consultadas mencionan que es la capacidad que tienen las personas para salir adelante frente a situaciones adversas del contexto tales como catástrofes naturales, la muerte de algún familiar, violencia,

acoso escolar, sufrir abuso sexual, abuso de sustancias o los trastornos alimenticios que son algunas de las conductas de riesgo en los preadolescentes. Además, el fortalecimiento de esta característica depende de diversos factores como los vínculos familiares, amigos e incluso las motivaciones personales. También es importante rescatar que la resiliencia según los diferentes autores no solo es la capacidad de resistir sino de poder reconstruirte posterior a situaciones poco favorecedoras.

3.2 Problemas en la preadolescencia y adolescencia

Definir los conflictos diversos que encaran los preadolescentes y adolescentes resulta una tarea compleja, sin embargo, la mayoría de los comportamientos de riesgo que se producen en esta etapa son consecuencia de los procesos por los que está pasando el preadolescente y adolescente tales como: los cambios de imagen corporal, la capacidad de fecundación, el desarrollo de la identidad personal y sexual y los procesos de socialización (OMS, 1999 citado en Aláez *et. al.*,2003).

Tomando en cuenta estas premisas, se enuncian los principales riesgos y adversidades en la preadolescencia y adolescencia según estudios realizados por Casullo, Liporace, Barrón & Montoya (2002), los cuales establecieron las siguientes categorías de problemas informados por los escolares:

- 1) Personales: enfermedades físicas y psíquicas, problemas con la imagen corporal, drogadicción, alcoholismo, depresión, ideas suicidas, ruptura de la pareja, crisis de fe, culpa por haber mentido, preocupación porque la pareja consume alcohol o drogas.
- 2) Perdidas con significación afectiva: muertes de seres queridos, cambios de lugar de residencia, desempleo personal, peleas con amigos.
- 3) Familiares: separación o divorcio de los padres, discusiones con padres, hermanos, tíos, mala situación económica, negligencia, enfermedad de algún miembro de la familia,

- 4) Legales, violencia social: accidentes, problemas que requieren la intervención policial, abandono por parte de los padres, ser asaltado, robado golpeado.
- 5) Sexuales: violaciones, abortos, embarazos no deseados, dificultades para una relación sexual satisfactoria, conflicto con la identidad sexual, miedo a contraer SIDA.
- 6) Educativos: no poder aprender, desaprobación exámenes, confusión vocacional, expulsiones escolares, malos vínculos con algún docente, miedo al fracaso en los estudios, sentirse discriminado.
- 7) Parentalidad: consumo de drogas o alcoholismo en padre o madre, recibir castigos físicos, madre o padre golpeado o maltratado, nuevo matrimonio de alguno de los padres, nacimiento de un hermano de la nueva pareja paterna o materna, enfermedad grave de alguno de los padres, problema con la identidad sexual paterna o materna.

La literatura menciona que en la etapa adolescente se producen importantes modificaciones cognitivas, afectivas y conductuales. Dando lugar a problemas o riesgos donde el adolescente se percibe vulnerable, obstaculizando su desarrollo óptimo frente al evento circunstancial como los expuestos anteriormente.

3.3 Componentes de la resiliencia

Si bien, se expuso la resiliencia como la capacidad del ser humano para enfrentar adversidades y los problemas comunes reportados por los preadolescentes y adolescentes. Sería importante considerar los componentes que ayudan a promover esta capacidad en cada persona. Actualmente, existen estudios acerca del tema haciendo énfasis en las características o factores resilientes que contribuyen a la superación efectiva de las adversidades.

Por considerar algunos Grotberg (2006), promueve la aparición de ciertos factores resilientes, los cuales organizó como se muestra a continuación:

Yo tengo (Apoyo externo)

1. Personas del entorno en quienes confió y que me quieren incondicionalmente.
2. Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar los peligros o problemas
3. Personas que me muestran por medio de su conducta a manera correcta de proceder.
4. Personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo
5. Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro cuando necesito aprender.
6. Límites en el comportamiento
7. Buenos modelos que imitar
8. Una familia y entorno social estables

Yo soy (fuerza interior)

1. Una persona por la que otros sienten aprecio y cariño
2. Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto
3. Respetuoso de mí mismo y del prójimo
4. Alguien que logra aquello que se propone y que planea para el futuro
5. Responsable de sus propias acciones y acepta sus consecuencias
6. Seguro de sí mismo, confiado y con muchas ganas de esperanza
7. Generalmente tranquilo y bien predispuesto

Yo puedo (Capacidades interpersonales y de resolución de conflictos)

1. Generar nuevas ideas o nuevos caminos para hacer las cosas
2. Realizar una tarea hasta finalizarla
3. Encontrar el humor en la vida y utilizarlo para reducir tensiones
4. Expresar los pensamientos y sentimientos en la comunicación con los demás
5. Resolver conflictos en diferentes ámbitos: académico, laboral, personal y social

6. Controlar mi comportamiento: mis sentimientos, mis impulsos y el demostrar lo que siento
7. Pedir ayuda cuando lo necesito

Es importante señalar que una persona resiliente no necesita tener todos los aspectos, pero uno solo no es necesario. Un niño puede tener un ambiente favorable, pero si no tiene las herramientas sociales para relacionarse con el medio, no desarrolla su resiliencia. Un niño puede tener una excelente autoestima, pero si no sabe cómo comunicarse con los otros o resolver problemas y no tiene a nadie que lo ayude, no es resiliente (Melillo, Suárez & Rodríguez, 2004). Estos factores resilientes pueden promoverse por separado, sin embargo, al momento de enfrentar una circunstancia adversa, se combinan todos los factores tomando de cada categoría, según se necesiten para prevenir o minimizar el resultado de la crisis (Grotberg, 2006). La mayoría de las personas ya cuentan con algunos de estos factores solo que no poseen los suficientes y desconocen la manera en cómo utilizarlos trayendo consigo repercusiones y el hundimiento en la vida.

Para González- Arratia (2016), propone una escala de detección de resiliencia en tres factores. El primer factor representa a los factores protectores internos debido a que denota habilidades para la solución de problemas tales como: la disposición, el temperamento, inteligencia, sentido del humor y locus de control. El segundo factor habla de los factores protectores externos, se refieren a la posibilidad de contar con un apoyo de la familia, es decir, la cohesión familiar y la calidez con la que el niño es valorado, protegido, amado por alguno de sus padres. Por último, la autora denomina a la empatía como tercer factor, haciendo referencia al comportamiento altruista y prosocial.

Para ambos autores, aunque los factores sean denominados con nombres distintos, ambos representan la importancia de las redes de apoyo y las posibilidades personales como del medio. Para González- Arratia (2014), la familia es un universo en el cual el niño vive y se transforma por ello la importancia de generar redes de apoyo y guías adecuadas. Así como contar con la presencia del medio social y la comunidad para generar apoyo y estabilidad. Así pues, un

ambiente favorable, estimulara la confianza, la autonomía y la iniciativa en los más jóvenes en formación.

3.4 Medición de la resiliencia

Del mismo modo Identificar, técnicas e instrumentos para la medición de la resiliencia se necesitan de escalas con validez y confiabilidad de gran precisión. Para Ospina (2007), menciona la necesidad por realizar investigaciones con diseños metodológicos mixtos para profundizar en la comprensión del fenómeno resiliente, con la finalidad de encontrar instrumentos capaces de medir de manera más integra los aspectos involucrados en la resiliencia.

A continuación, se presentan algunas pruebas psicométricas más destacadas en los estudios sobre resiliencia las cuales son las siguientes:

- Escala de Resiliencia para Adolescentes (ERA) que evalúa las siete áreas del mandala de Wolin: In-sight, Creatividad, Interacción, Iniciativa, Moralidad, Humor e Independencia, la que consta de 34 ítems, que presentaron una validez en la correlación de Pearson con una consistencia interna de .0311 a 0.5083 y una confiabilidad por consistencia interna Alpha Cronbach con un coeficiente de 0.8629, lo cual indica que es altamente significativo (Prado & Águila, 2003).
- Escala de resiliencia elaborada por Wagnild & Yung (1993, citado en Ospina, 2007). Escala tipo Likert de dos factores: competencia personal y aceptación de sí mismo y de su vida. Sus ítems que fueron extraídos de la literatura relacionada y posteriormente validados a partir de 24 entrevistas a mujeres americanas que se adaptaron con éxito a los acontecimientos importantes de la vida, reflejan cinco aspectos de la resiliencia: perseverancia, confianza en sí mismo, sentido de la vida, filosofía de la vida y ecuanimidad. El instrumento cuenta con un Alpha de Cronbach de 0.94 para toda la escala. Para la competencia personal y la aceptación del yo y de

la vida, el Alpha de Cronbach fue de 0.91 y 0.81 respectivamente (Ospina,2007).

- Escala de resiliencia escolar para niños entre 9 y 14 años: la escala desarrollada por Saavedra & Castro (2009) es un instrumento autoadministrado a la población de niños entre 9 y 14 años con conocimiento de la lectura y escritura. Se puede aplicar de manera individual o colectiva. El tiempo aproximado de administración es de 20 minutos. Consta de 27 ítems, con 5 alternativas de respuesta cada ítem (5 indica muy de acuerdo y 1 muy en desacuerdo). El puntaje máximo es de 135 puntos y el mínimo de 27 puntos. Se considera una resiliencia baja entre 96 y 110 puntos; resiliencia moderada entre 111 y 124 puntos; y resiliencia alta entre 125 y 135 puntos. La escala también mide cinco dimensiones de la resiliencia, denominadas (a) identidad autoestima, que se refiere a las fortalezas personales y condiciones internas de la persona (ítems del 1 al 9), (b) redes-modelos, que aluden al apoyo o posibilidad de apoyo percibido de parte de otras personas, así como la posibilidad de generar recursos en red (ítems del 10 al 18), (c) aprendizaje-generatividad, que se relaciona con las habilidades de la población infantil para relacionarse y resolver sus problemas (ítems del 19 al 27), (d) recursos internos, que muestran las características de dependencia más personal del sujeto y las estructurales (ítems 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 16, 17, 18, 20, 26, 27), y (e) recursos externos, que indican las características interaccionales que la persona establece con su entorno (ítems 4, 6, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 19, 21, 22, 23, 24, 25). Posee un coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach de .88 en los 27 reactivos y una validez de constructo de .78.
- El Inventario de Resiliencia (IRES) conformado por 24 ítems que evalúan diez dimensiones del tipo disposicional que probabilizan comportamientos adaptativos en situaciones de riesgo: afrontamiento, actitud positiva, sentido del humor, empatía, flexibilidad, perseverancia, religiosidad, autoeficacia, optimismo y orientación a la meta. Entre los ítems se encuentran "veo lo

positivo de la vida y de las cosas que me pasan" y "a pesar de mis problemas procuro ser feliz". La escala cuenta con cinco opciones de respuesta, donde 1 es nada y 5 es siempre. El inventario reportó un alfa de Cronbach de .93 en la escala total, y alfas que van de .65 a .95 para cada uno de sus factores (Gaxiola, Frías, Hurtado, Salcido & Figueroa, 2011).

- Cuestionario de resiliencia el cual es un instrumento de autoinforme previamente desarrollado en México para niños y adolescentes que mide factores específicos de la resiliencia basada en los postulados de Grotberg (2006) organizados en cuatro categorías: yo tengo (apoyo), yo soy y estoy (atañe al desarrollo de fortaleza psíquica) yo puedo (remite a la adquisición de habilidades interpersonales). Consta de 32 reactivos con un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos¹ (varianza 37.82% Alpha de Cronbach total = 0.9192). Del análisis factorial exploratorio con rotación ortogonal (varimax) se cumple el criterio de Kaiser ($kmo = 0.90$, $p = 0.001$). La consistencia interna con los 32 ítems para esta investigación es alta ($\alpha = 0.885$). El cuestionario está integrado por tres dimensiones que son: a) Factores protectores internos. Mide habilidades para la solución de problemas ($\alpha = 0.8050$ con 14 reactivos). B) Factores protectores externos. Evalúa la posibilidad de contar con apoyo de la familia y/o personas significativas para el individuo ($\alpha = 0.7370$ con 11 reactivos). C) Empatía. Se refiere a comportamiento altruista y prosocial ($\alpha = 0.7800$, con 7 reactivos). Los valores altos indican mayor resiliencia (González- Arratia, 2016, p. 51).

Finalmente, son algunas de las aportaciones que existen referentes a la medición de la resiliencia que permiten valorar su importancia y cuentan con aportaciones sólidas que han permitido ampliar el nivel de comprensión del constructo que permita obtener información confiable en relación con el fundamento psicológico de los individuos.

3.5 Resiliencia en preadolescentes y adolescentes

La emergencia de la adolescencia trae consigo nuevos panoramas en los cuales es importante tomar a consideración a la resiliencia. A medida que se avanza en edad, durante las etapas de crecimiento, el medio familiar, el escolar, comunitario, los comportamientos emergentes, las nuevas interacciones sociales ofrecen nuevas posibilidades tanto de enriquecimiento como de riesgo (Guillén, 2005). En la adolescencia el proceso de crecimiento y desarrollo es acelerado por ello en la mayoría de las ocasiones los jóvenes presentan una serie de crisis ocasionando la aparición de conductas de riesgo.

A lo largo del periodo de crecimiento, cada adolescente es un individuo único, aunque con numerosas características en común con sus pares. Los eventos de cambio biológicos, psicológicos y sociales en gran medida son similares para cada adolescente. Sin embargo, algunos de ellos tienen ciertos problemas para manejar tantos cambios a la vez y pueden necesitar ayuda para superar esta transformación física, cognoscitiva y social. En este proceso la toma de decisiones y de adaptación dentro de la sociedad los lleva a tener una vida sana o a caer en conflictos, tales como: problemas de autoridad, rebeldía, alcoholismo, depresión o trastornos alimenticios. Lo cual dependerá de la fuerza interior y del ambiente en donde se desarrolle el adolescente para enfrentar la adversidad y resistir las situaciones estresantes que se presenten haciendo uso de la resiliencia (González- Arratia, Valdez & Zavala ,2008).

Estudios empíricos ofrecen datos de la resiliencia en preadolescentes y adolescentes tales como: la investigación realizada por González- Arratia, Valdez & Zavala (2008), con el objetivo de conocer los factores resilientes de 200 estudiantes de secundaria y preparatoria. Los cuales encontraron seis factores: seguridad personal, autoestima, afiliación, baja autoestima, altruismo y familia. El análisis por sexo arrojó mayor resiliencia en los varones, con rasgos de ser más independientes; las mujeres logran ser resilientes siempre y cuando exista un apoyo externo significativo o de dependencia. Estos autores concluyeron que la variable resiliencia es indispensable debido a que los individuos tienen que empezar a transformarse a

sí mismos y a su realidad adversa, abriendo camino hacia la salud mental de la persona.

Asimismo, González-Arratia & Valdez (2012), en su investigación respecto al optimismo- pesimismo y resiliencia en adolescentes de una universidad pública. Encontraron que en mayor medida los adolescentes presentan un nivel alto de resiliencia de los cuales quizá podría ser un indicador que favorece a los individuos para desenvolverse en el ámbito social y relacionarse con los estilos de afrontamiento directo, autoestima, locus de control interno, los cuales están estrechamente relacionados con la resiliencia. Sin embargo, también encontraron adolescentes que fueron clasificados como no resilientes por lo que indican un déficit en la variable estudiada y consideraron que requieren de mayores habilidades cognitivas, interpersonales y emocionales a fin de sobreponerse alguna situación de adversidad (González- Arratia, 2016).

De ese modo, el adolescente tiene que construir conscientemente su propia resiliencia, potenciar las posibilidades y recursos existentes para encaminar alternativas de resolución de las diferentes situaciones, y sobre todo lograr desarrollar factores resilientes para superar las situaciones adversas en su devenir cotidiano. Es más, un protagonista que un receptor y debe lograr el conocimiento y aceptación de sus capacidades y limitaciones, desarrollar creatividad y ejercer una autonomía responsable que le permita contar con habilidades para enfrentar eficazmente situaciones específicas; sobre esta base, podrán proyectarse hacia el futuro y fortalecer los vínculos con sus redes de apoyo (Melillo, Suárez & Rodríguez, 2004). Por ello la importancia de desarrollar, fortalecer y promover la resiliencia para así lograr que el adolescente se llene de factores resilientes que propicien el crecimiento y así pueda desprenderse ante las circunstancias desfavorecedoras del ambiente de la mejor manera posible.

3.4 Resiliencia y alimentación

En la actualidad existen pocas investigaciones acerca de la relación que existe entre la alimentación y la resiliencia. A pesar de que es un tema poco común, la resiliencia funge como factor protector de empuje o disminución de circunstancias de la adversidad, puesto que, aunque es difícil medir esta característica su funcionalidad dentro de la conductas alimentarias de riesgo es importante.

Si bien, para la psicología positiva la existencia del término resiliencia surge como atractivo para la investigación ya que trata de comprender como las personas consiguen aprender de sus experiencias incluso encontrar beneficios de ellas a pesar de las circunstancias. Hacer Psicología Positiva no es desconocer que las personas sufren y se enferman, sino dejar de igualar salud mental con ausencia de enfermedad, es encargarse de potenciar aquello que funciona bien (Castro et al., 2014).

Por tanto, la resiliencia se ha definido como la capacidad que exhiben las personas a cualquier edad para enfrentar situaciones difíciles incluso en medio de la prevalencia de riesgos significativos. Se puede deducir, que aun ante la presencia de factores estresante dentro del contexto, las personas con características resilientes optimas tienden a reducir o hacer frente a situaciones amenazantes sin replegarse o sucumbirse a ellas (González-Arratia, Valdez, Oudhof & González, 2009).

El aumento de la resiliencia se está convirtiendo un factor de protección en la planificación de la seguridad alimentaria. Ya que a mayor estabilidad personal y el apoyo de factores externos como la familia y el medio pueden detener la aparición de inadecuados hábitos alimenticios. Sin embargo, la resiliencia es dinámica y se puede observar desde dos perspectivas diferentes respecto al declive de los inadecuados hábitos alimenticios. La primera hace referencia a las experiencias pasadas, capacidades y factores que actúan como medio protector que resistirán a las problemáticas futuras de exigencia en el medio y la segunda expresión de la

resiliencia contempla la capacidad de los individuos para salir a delante después de haber desarrollado un trastorno de la conducta alimentaria.

Estudios realizados por Menezes (2015), para investigar la relación de la resiliencia y los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres universitarias, halló que las alumnas que contaban con un historial en la familia de obesidad o de anorexia o bulimia o vivían solas exhibían mayor porcentaje de TCA. También, las alumnas con baja resiliencia presentaron mayor porcentaje de trastornos de la conducta alimentaria. Es decir, las universitarias con baja resiliencia fueron más propensas para ser perfeccionistas, ineficaces, desconfiadas interpersonalmente, inseguras. Finalmente, tener actitudes negativas hacia la comida y una alta insatisfacción corporal fueron factores desencadenantes de los TCA, mientras que la presencia de una alta resiliencia en las estudiantes de dicha investigación se reveló como un factor de protección.

De este modo, la resiliencia implica un proceso dinámico de exposición, afrontamiento y superación de la adversidad y posiblemente ayude en la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria o conductas alimentarias de riesgo.

Metodología

Contexto

La investigación se llevó a cabo en una escuela primaria pública del municipio de Zumpango, Estado de México. El centro de estudios ofrece escuela primaria en turno vespertino la cual se encuentra ubicada en una zona urbana.

Se eligió esta población por la alarma social que en los últimos años han despertado los trastornos alimentarios en edades más tempranas. La muestra se encontró óptima para comprender el origen desencadenante de las conductas alimentarias de riesgo siendo una etapa previa a la adolescencia donde los cambios físicos y psicológicos se hacen perceptibles. Además, que se facilitó la participación de los alumnos y el consentimiento de las autoridades escolares como de los tutores de los menores con la finalidad de obtener información precisa respecto a los hábitos alimenticios y su relación con factores de autoestima y resiliencia en preadolescentes.

Enfoque cuantitativo

La investigación científica se realizó a partir de técnica cuantitativa basada en el uso de técnicas estadísticas para conocer ciertos aspectos de interés sobre la población que se está estudiando. Es aquella en la que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variable (Pita & Pértegas, 2002). Es objetiva y hace inferencia más allá de los datos, además que arroja datos sólidos y repetibles. Autores como Hernández, Fernández & Baptista (2008), mencionan algunas de las cualidades metodológicas que corresponden a esta técnica tales como:

- El investigador plantea un problema de estudio delimitado.
- Construye un marco teórico con base en literaturas revisadas de investigaciones anteriores al tema.
- Se crean hipótesis antes de recolectar y analizar los datos.
- La recolección de datos se fundamenta en la medición a través de pruebas estandarizadas que hagan referencia a las variables ya estudiadas.

- Los fenómenos que se miden deben ser lo más objetivos posible, sustentándose en los capítulos teóricos.
- Los estudios seguirán un patrón predecible, limitándose lo que la muestra estudiada arroje.
- La investigación intenta generalizar los resultados de manera que los estudios realizados puedan replicarse y servir para posteriores investigaciones.

Estudio Correlacional

Los estudios correlaciones pretenden responder a preguntas de investigación, el cual tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular para después cuantificar y analizar la vinculación de estas de manera positiva, negativa o nula (Hernández et al., 2008). Dicho lo anterior, en la presente investigación se pretende responder si existe relación entre la presencia de conductas alimentarias de riesgo con la autoestima y la resiliencia de manera que el estudio se podrá correlacionar en las variables para conocer el comportamiento de una de acuerdo con la presencia de otra.

Participantes

Mediante un muestreo no probabilístico por cuota se seleccionaron N=100 preadolescentes de los cuales n=49 son mujeres y n= 51 son hombres con un rango de edad de entre 9 y 12 años (M= 10.45 años), procedentes de una escuela primaria de la región de Zumpango, Estado de México. Los cuales participaron con autorización de las autoridades escolares y de manera voluntaria.

Técnicas o instrumentos

Las medidas e instrumentos que se aplicaron para este estudio fueron los siguientes:

1. Cuestionario de Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR): este instrumento fue elaborado por Unikel, Villatoro, Medina, Fleiz, Alcántar & Hernández (2004). Es un cuestionario que mide las conductas alimentarias como preocupación por engordar, práctica de atracones, sensación de falta de control al comer y conductas alimentarias de tipo restrictivo (dietas, ayunos, ejercicio y uso de para bajar de peso) y purgativo (vómito autoinducido, uso de laxantes y de diuréticos). Fue elaborado en México por Unikel, Bojórquez & Carreño (2004), el cuestionario se aplicó a una muestra de mujeres con diagnóstico de trastorno alimentario, en tratamiento y a una muestra de mujeres estudiantes de nivel medio y medio superior en la Ciudad de México. Consta de 10 preguntas con 4 opciones de respuesta sobre la frecuencia que se lleva a cabo la conducta (0=nunca o casi nunca, 1=algunas veces, 2=Con frecuencia -2 veces a la semana-, 3= muy frecuentemente -más de dos veces en una semana) y una alta confiabilidad ($\alpha=0.83$) y una estructura interna de tres factores con una varianza explicada de 64.7%
2. Cuestionario de autoestima (IGA-2000): “es un instrumento de autoinforme que consta de 25 reactivos, con tres opciones de respuesta (siempre, a veces, nunca); cuenta con 28.5% de la varianza y una Alpha de Cronbach total de 0.8090. Está integrado por seis factores que son:
 - Yo: se le denomino así, ya que se agruparon los ítems que hacen referencia al sí mismo individual en forma positiva.
 - Familia: son los ítems que tienen que ver con la evaluación de la percepción que el niño tiene de los otros significativos (familia) para él, en relación con el sí mismo.
 - Fracaso: en esta dimensión se agruparon los reactivos que tienen que ver con la percepción de experiencias de fracaso o poco exitosas.

- Trabajo intelectual: como una parte importante de la estructura de autoestima del niño, es la evaluación que tiene que ver con el ambiente escolar en donde se desarrolla el pequeño. Es la valoración que hace el individuo sobre su ejecución en cuanto a trabajo de tipo intelectual en el ambiente escolar.
- Éxito: son ítems que se refieren a la percepción del éxito personal, y el cumplimiento de los objetivos y alcance de una meta acompañada de sentimientos de bienestar.
- Afectivo- emocional: tiene que ver con la parte afectiva en donde coloca al niño en un objeto de valor y una jerarquía. Se refiere a la percepción de preocupación por parte de personas significativas para él.

Asimismo, ha sido diseñado para la evaluación de la autoestima en niños y adolescentes de 7 a 15 años. El instrumento mostró que “sus propiedades psicométricas son adecuadas para la medición de la estructura de autoestima; cuenta con 28.5% de la varianza y un Alpha de Cronbach total de 0.8090 (González-Arratia, 2001).

3. Cuestionario de resiliencia: es un instrumento de autoinforme previamente desarrollado en México para niños y adolescentes que mide factores específicos de la resiliencia basada en los postulados de Grotberg (2006) organizados en cuatro categorías: yo tengo (apoyo), yo soy y estoy (atañe al desarrollo de fortaleza psíquica) yo puedo (remite a la adquisición de habilidades interpersonales). Consta de 32 reactivos con un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos¹ (varianza 37.82% Alpha de Cronbach total = 0.9192). Del análisis factorial exploratorio con rotación ortogonal (varimax) se cumple el criterio de Kaiser ($kmo = 0.90$, $p = 0.001$). La consistencia interna con los 32 ítems para esta investigación es alta ($\alpha = 0.885$). El cuestionario está integrado por tres dimensiones que son:

- Factores protectores internos. Mide habilidades para la solución de problemas ($\alpha = 0.8050$ con 14 reactivos).

- Factores protectores externos. Evalúa la posibilidad de contar con apoyo de la familia y/o personas significativas para el individuo ($\alpha = 0.7370$ con 11 reactivos).
- Empatía. Se refiere a comportamiento altruista y prosocial ($\alpha = 0.7800$, con 7 reactivos). Los valores altos indican mayor resiliencia.

Procedimiento

Se informó acerca del trabajo de investigación a las autoridades de la escuela donde se realizó dicho estudio. Posteriormente se acudió en las fechas y horarios indicados por las autoridades para trabajar directamente en las aulas de clases en presencia de los profesores. Se explicó a los menores el objetivo del estudio, se resolvieron las dudas, se entregaron los instrumentos impresos, y se leyeron las instrucciones para que los alumnos contestaran individualmente los cuestionarios. Al finalizar, los alumnos entregaron los cuestionarios contestados. Se revisó que tuvieran las respuestas completas y se agradeció su participación.

Análisis de datos

Para el análisis de la información se analizaron los datos obtenidos estadísticamente con el programa SPSS (versión 23), utilizando estadística descriptiva por cada variable que son conductas alimentarias de riesgo, autoestima y resiliencia para así obtener porcentajes, medias y desviaciones estándar de los datos. Por último, se hizo uso de la estadística inferencial (correlación de Pearson) con la finalidad de conocer la relación entre las variables mencionadas.

Resultados

En este apartado se muestran los resultados obtenidos en la presente investigación. En primer lugar, se exponen los resultados descriptivos de las variables conductas alimentarias de riesgo, resiliencia y autoestima; correspondientes a los 100 participantes. Posteriormente, se mostrarán los resultados correlacionales de las variables mencionadas para conocer si estas están relacionadas entre sí.

Conductas alimentarias de riesgo

En la detección general de las conductas alimentarias comunes a los trastornos de la conducta alimentaria se puede observar que el promedio aritmético de la muestra obtuvo una puntuación de 4.40 y una desviación estándar del 3.52 lo que corresponde a que la población total de preadolescentes encuestados obtuvo una puntuación sin riesgo (> 10 puntos del cuestionario aplicado) en la práctica de conductas alimentarias (tabla 8).

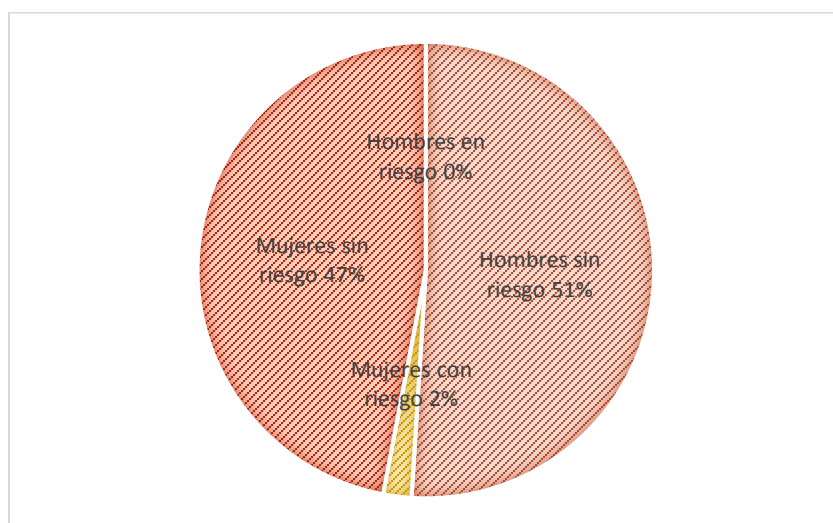
Se aplicó una *t student* para verificar si existían diferencias significativas en ambos sexos, lo cual arrojó una puntuación de $t=-0.429$, $p=.66$ es decir, las mujeres obtuvieron una media de 4.24 (DE=2.58) y los hombres una media de 4.55 (DE=4.31). Se comprueba que, a pesar de que la media de las mujeres es más pequeña a la de los hombres no hay conductas alimentarias de riesgo significativas, en ningún sexo (tabla 8).

Tabla 8. Descriptivos de las conductas alimentarias de riesgo en preadolescentes de ambos sexos

	Calificación CAR			
	Media	DE	Min.	Máx.
Total N=100	4.40	3.52	0	24
Hombres n= 51	4.55	2.58	0	10
Mujeres N= 49	4.24	4.31	0	24

En la figura 1, respecto a las conductas alimentarias de riesgo se encontró que el 51% de hombres y 47% de las mujeres no tienen riesgo. Sin embargo, se detectó un puntaje alto de conductas alimentarias de riesgo en 2% de los individuos correspondientes al sexo femenino.

Figura 1. Conductas alimentarias de riesgo en ambos sexos



Entre las conductas alimentarias de riesgo más frecuentes entre los adolescentes de 9 a 12 años se detectó la práctica del ejercicio para tratar de bajar de peso y la preocupación por engordar. Las conductas menos utilizadas en la población fueron el uso de pastillas, laxantes y diuréticos para tratar de bajar de peso (Tabla 9).

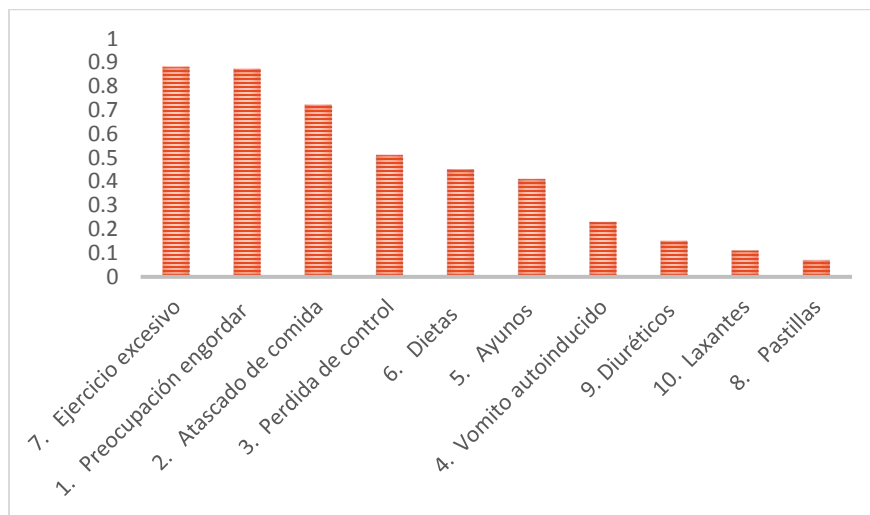
Tabla 9. Descriptivos de los reactivos del cuestionario de conductas alimentarias de riesgo en preadolescentes

Ítem	Media	DE
1. Me ha preocupado engordar	.87	.92
2. En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida	.72	.83
3. He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)	.51	.75
4. He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso	.23	.67
5. He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso	.41	.71
6. He hecho dietas para tratar de bajar de peso	.45	.75

7. He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso	.88	.83
8. He usado pastillas para tratar de bajar de peso	.07	.40
9. He tomado diuréticos (sustancias para perder agua) para tratar de bajar de peso	.15	.52
10. He tomado laxantes (sustancias para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso	.11	.49

De la misma forma, se muestra de mayor a menor las medias de los reactivos del cuestionario conductas alimentarios de riesgo según las respuestas de la población total analizada (figura 2).

Figura 2. Conductas alimentarias de riesgo mayor a menor



Autoestima

La siguiente variable de interés es la autoestima en la cual se puede observar una media total del instrumento de 2.51 y una desviación estándar de .22 lo que corresponde a que las poblaciones totales de preadolescentes encuestados se encuentran con un nivel de autoestima alto (< 2.0 puntos del cuestionario IGA-2000). Se aplicó una *t student* para conocer si había diferencia entre hombres y mujeres, la cual arrojó una $t=1.50$, $p=.13$, es decir que no hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres (Tabla 10).

En la tabla 10, se realizó el análisis descriptivo por factor los cuales arrojaron las siguientes puntuaciones:

- El factor Yo obtuvo una media de 2.53 y una desviación estándar de .32 lo que corresponde un alto nivel de referencia personal (>2 puntos).
- El factor familia arrojó una media de 2.0 y una desviación estándar de .33 correspondiente a un nivel alto de aceptación familiar (>2 puntos).
- El factor fracaso obtuvo una media de 2.55 y desviación estándar de .33 lo que corresponde a un nivel alto de afrontamiento de experiencias negativas (>2 puntos).
- El factor trabajo intelectual arrojó una media de 2.21 y una desviación estándar de .39 lo cual corresponde a un nivel alto en cuanto a la valoración sobre la ejecución de trabajo en un ambiente escolar (>2 puntos).
- El factor éxito arrojo una media de 2.20 y una desviación estándar de .34 lo cual corresponde un nivel alto en la percepción y el cumplimiento de los objetivos (>2 puntos).
- El factor afectivo emocional arrojo una media aritmética de 2.50 y una desviación estándar de .48 lo que corresponde a un nivel alto en la percepción de preocupación por partes significativas a las personas (>2 puntos).

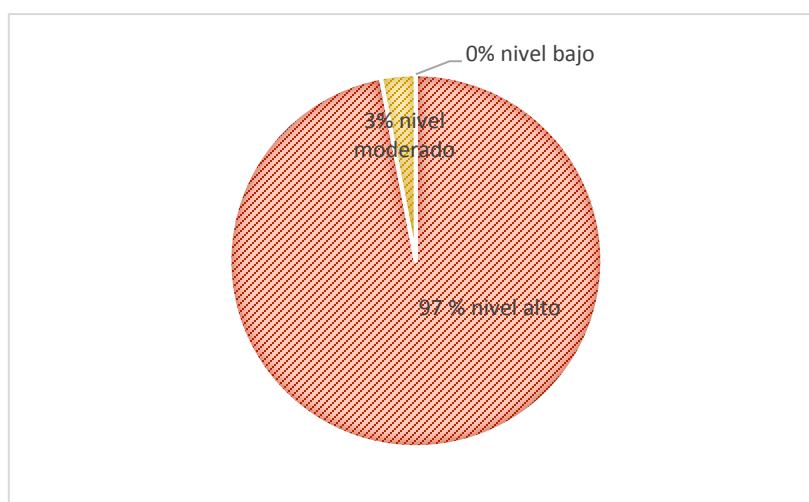
Finalmente, el instrumento total de autoestima (IGA-2000) arrojo un nivel alto en la muestra analizada (>2 puntos). Sin embargo, entre las dimensiones con mayor puntuación de autoestima de los preadolescentes fueron el factor yo que se refiere a la idea u opinión que cada persona tiene sobre sí misma y el factor familia que es la percepción que tiene la persona sobre los otros significativos como los padres y el impacto que ejercen sobre el mismo tales como: el sentirse amados o aceptados dentro de su círculo familiar. Por el contrario, las dimensiones con menor puntuación fueron el factor éxito que se refiere al éxito personal y cumplimiento de los objetivos y el factor trabajo intelectual el cual es la valoración que tiene el individuo sobre su ejecución del trabajo de tipo intelectual en el ambiente escolar (tabla 10).

Tabla 10. Descriptivo del cuestionario de autoestima total y por factor en preadolescentes

	Media	DE	Min.	Max.	Nivel de autoestima
Autoestima total N=100	2.51	.22	1.84	3	Alta
Factor yo	2.73	.32	1.40	3	Alta
Factor familia	2.70	.33	1.80	3	Alta
Factor fracaso	2.55	.33	1.60	3	Alta
Factor trabajo intelectual	2.21	.39	1.25	3	Alta
Factor éxito	2.20	.34	1.33	3	Alta
Factor afectivo emocional	2.50	.48	1.33	3	Alta

Asimismo, se presentan los datos arrojados del cuestionario de autoestima (IGA-2000) por nivel, es decir, alto, moderado y bajo. En la cual, se obtuvo un nivel de autoestima total alto con un porcentaje del 97 % y un 3% moderado (figura 3).

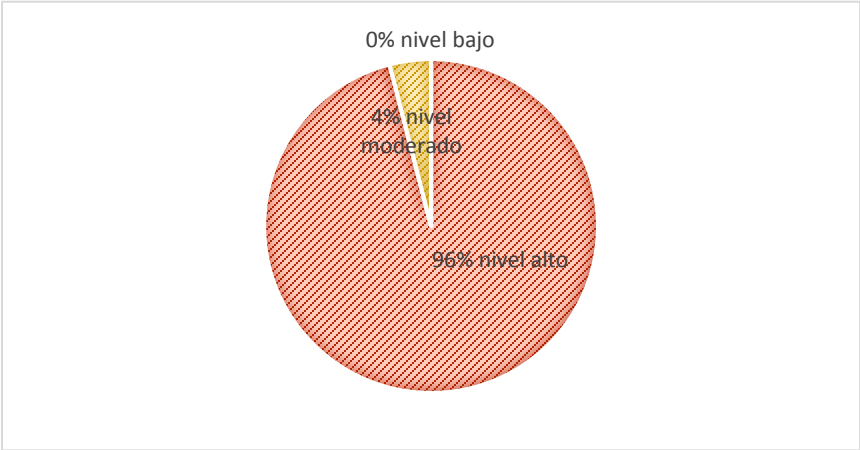
Figura 3. Autoestima total



De la misma forma, se realizó el procedimiento para conocer el nivel (alto, moderado y bajo) de los N= 100 preadolescentes por factor como se muestra a continuación:

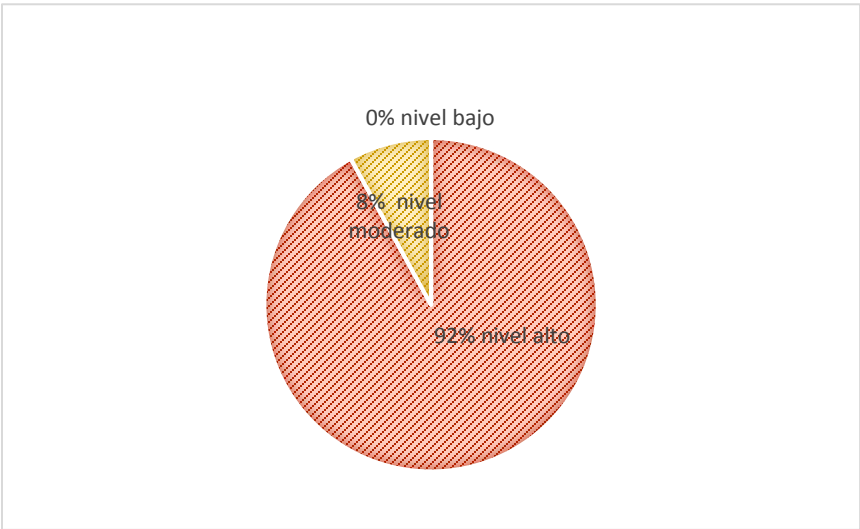
En la figura 4, refleja al factor Yo el cual hace referencia al sí mismo individual de forma positiva arrojando un porcentaje del 97% de la población con autoestima alta y 4% moderada.

Figura 4. Factor Yo



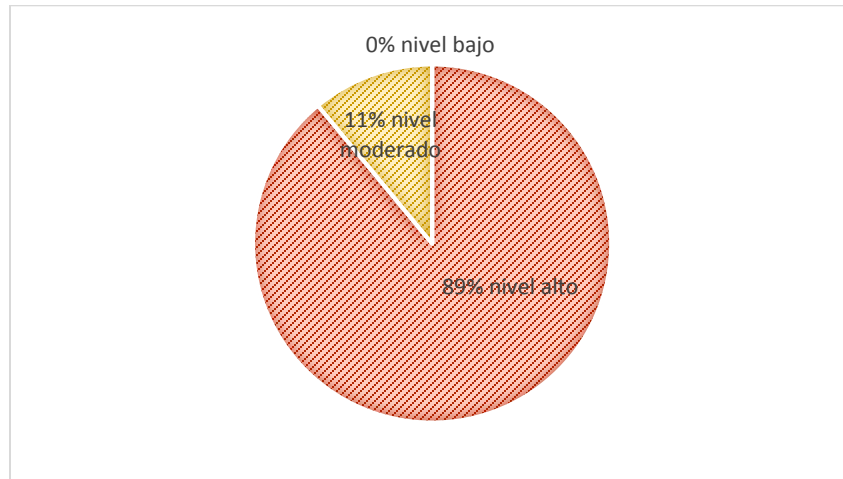
En la figura 5, refleja al factor familia el cual hace referencia a la percepción que el niño tiene con los otros significativos arrojando un porcentaje del 92% de la población con autoestima alta y 8% moderada.

Figura 5. Factor familia



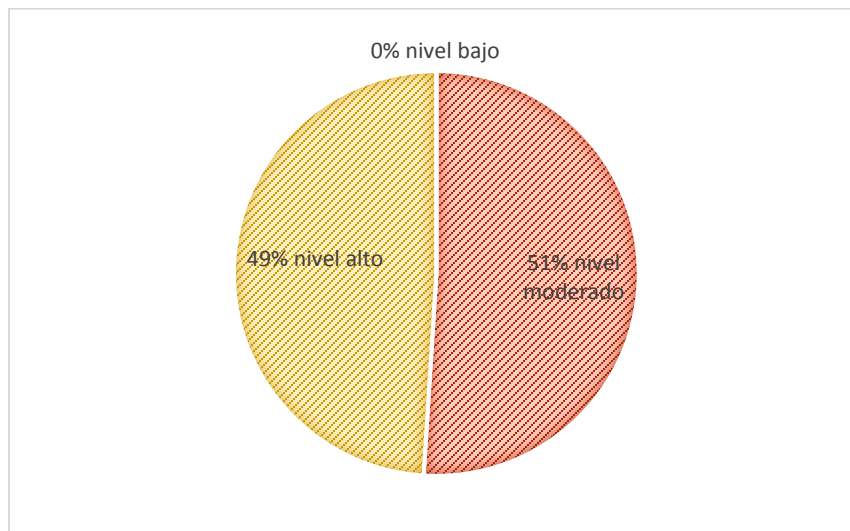
En la figura 6, refleja al factor fracaso el cual hace referencia a la percepción de experiencias poco exitosas arrojando un porcentaje del 89% con autoestima alta y un 11% en nivel moderado.

Figura 6. Factor fracaso



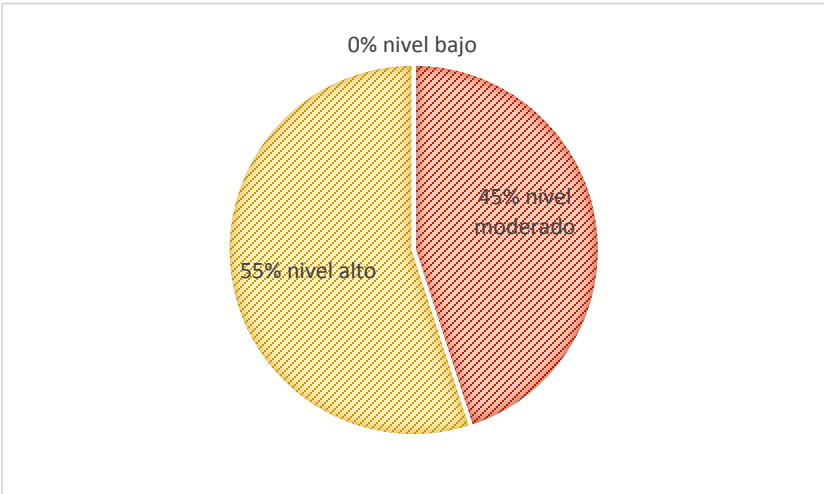
En la figura 7, refleja el factor trabajo intelectual el cual hace referencia a la valoración que el individuo hace sobre su ejecución en cuento al trabajo de tipo intelectual arrojando un porcentaje del 89% con autoestima alta y un 11% en nivel moderado.

Factor 7. Factor trabajo intelectual



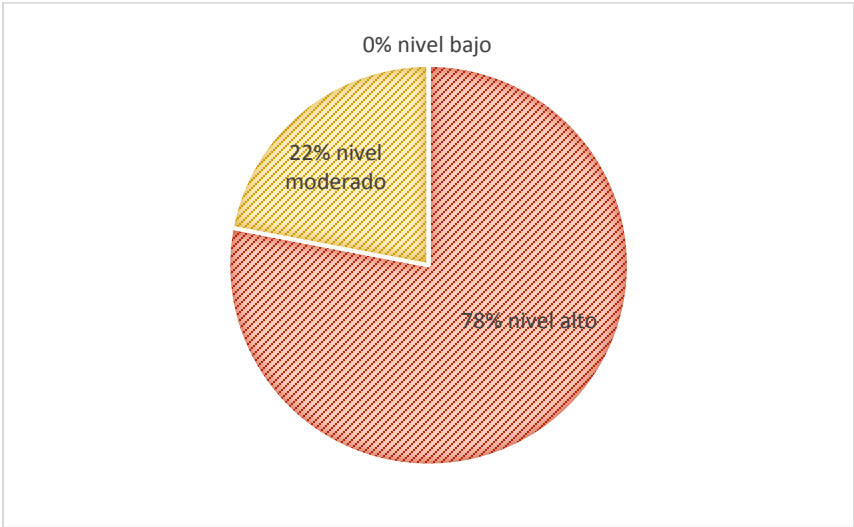
En la figura 8, refleja el factor éxito el cual se refiere a la percepción del éxito personal y el cumplimiento de los objetivos arrojando un porcentaje del 45% de la población con autoestima alta y 55 % con autoestima moderada.

Figura 8. Factor éxito



En la figura 9, refleja al factor afectivo emocional el cual refiere a la percepción de preocupación por parte de personas significativas del individuo arrojando un porcentaje del 78% en autoestima alta y un 22% de autoestima moderada.

Figura 9. Factor Afectivo emocional



Resiliencia

La siguiente variable de interés es la resiliencia en la cual se puede observar una media total de 133.09 y una desviación estándar de 18.80 lo que corresponde a que las poblaciones totales de preadolescentes encuestados se encuentran con un nivel de resiliencia alto, es decir, con un puntaje mayor a 118. Se aplicó una *t student* para conocer si había diferencia entre hombres y mujeres, la cual arrojó una $t= 1.01$, $p= .31$ por lo tanto, no hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres (Tabla 11).

En la tabla 11, se realizó el análisis descriptivo por factor los cuales arrojaron las siguientes puntuaciones:

- El factor protector interno obtuvo una media de 58.10 y una desviación estándar de 8.71 lo que corresponde un alto nivel (puntuación alta del 52 al 70) de habilidades de resolución de problemas.
- El factor protector externo arrojó una media de 46.13 y una desviación estándar de 7.02 lo cual corresponde a un nivel de apoyo familiar alto (puntuación alta del 52 al 70).
- Empatía obtuvo una media de 28.86 y una desviación estándar 5.23 lo que corresponde a un nivel alto (puntuación alta del 52 al 70) de comportamiento altruista y prosocial.

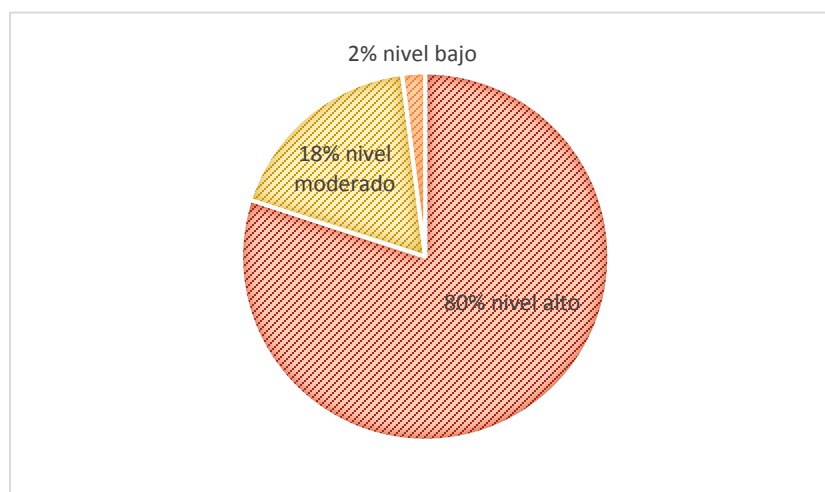
Ahora bien, aunque el instrumento haya arrojado un nivel de resiliencia alta en la población. La dimensión con mayor puntuación de los preadolescentes de 9 a 12 años fue el factor protector interno el cual denota habilidades para la solución de problemas tales como: la disposición, el temperamento, inteligencia, sentido del humor y locus de control. En cuanto al factor con menor puntuación obtenida fue la empatía la cual hace referencia al comportamiento altruista y prosocial (tabla 11).

Tabla 11. Descriptivos del cuestionario de resiliencia total y por factor en preadolescentes

	M	DE	Min	Max	Nivel de resiliencia
Resiliencia total	133.09	18.80	65	160	Alta
Factores protectores internos	58.10	8.71	32	70	Alta
Factores protectores externos	46.13	7.02	19	55	Alta
Empatía	28.86	5.23	14	35	Alta

Asimismo, se presentan los datos arrojados del cuestionario de resiliencia por nivel, es decir, alto, moderado y bajo. En la cual, se obtuvo un porcentaje de resiliencia del 80% alto, 18% moderado y 2% con puntuaciones bajas (figura 10).

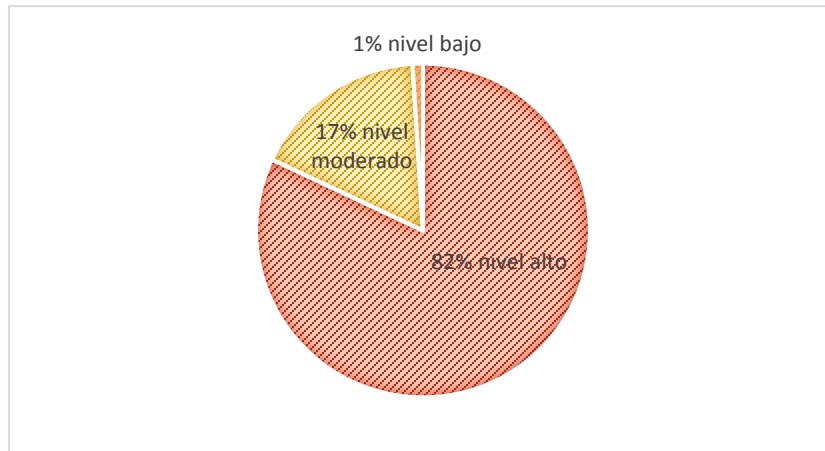
Figura 10. Resiliencia total



De la misma forma, se realizó el procedimiento para conocer el nivel (alto, moderado y bajo) de los preadolescentes por factor como se muestra a continuación:

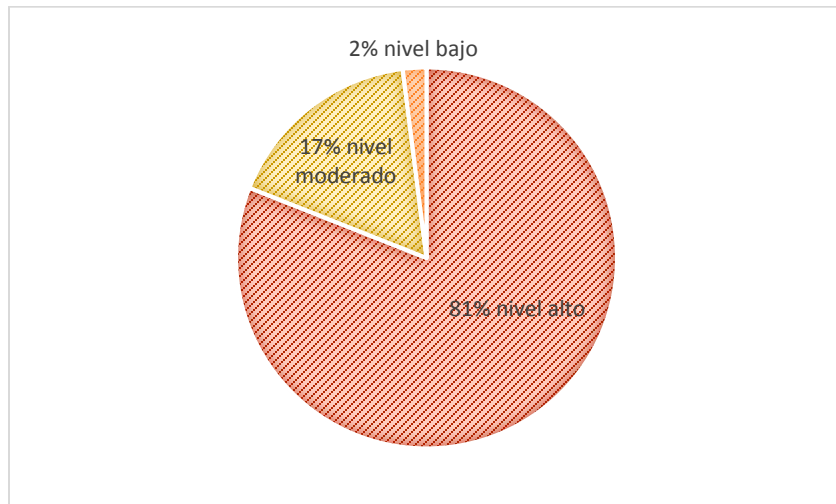
En la figura 11, muestra el factor protector interno el cual mide las habilidades para la resolución de problemas arrojando un porcentaje del 82% de la población con resiliencia alta, 17% moderado y 1% bajo.

Figura 11. Factor protector interno



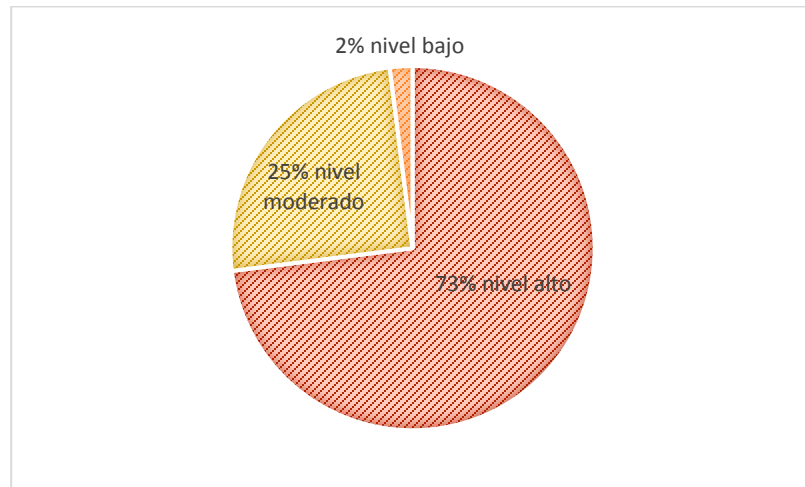
En la figura 12, muestra el factor protector externo que evalúa la posibilidad de contar con apoyo de la familia y/o personas significativas para el individuo arrojando un porcentaje del 81% de la población con resiliencia alta, 17% moderado y 2% bajo.

Figura 12. Factor protector externo



En la figura 13, muestra el factor de la empatía que se refiere al comportamiento altruista y prosocial arrojando un porcentaje del 73% de la población con resiliencia alta, 25% moderado y 2% bajo.

Figura 13. Empatía

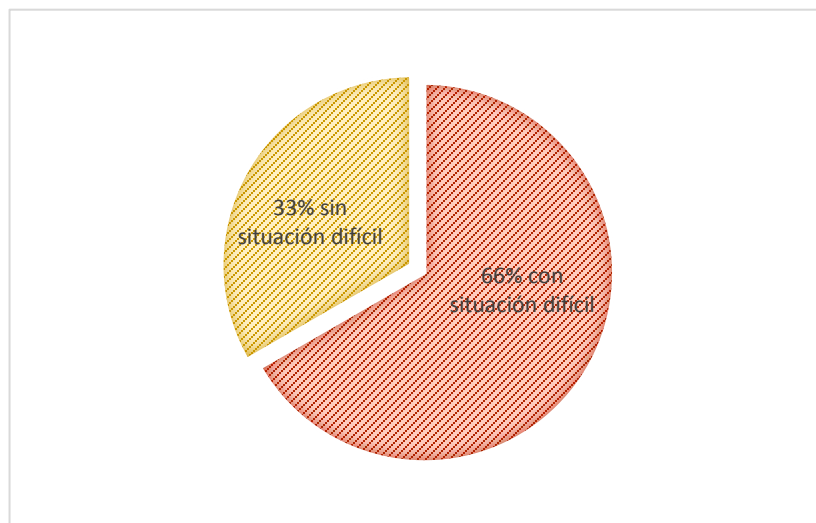


Preguntas abiertas del cuestionario de resiliencia

Ahora bien, al realizar el análisis del cuestionario de resiliencia en el apartado de preguntas abiertas se encontró que los preadolescentes no presentan problemas relacionadas con conductas alimentarias de riesgo tal como se muestra a continuación:

En primer lugar, el reactivo que mide si alguna vez han pasado por una situación difícil o algún problema arrojó que el 66% de la población afirmó haber tenido una situación difícil y el 34% reportó no haber tenido algún problema (figura 14).

Figura 14. Situación difícil



Al realizar el análisis de las respuestas de los 66 participantes con situaciones difíciles o con algún problema, se identificaron situaciones de tipo familiar, sociocultural, escolares y de violencia intrafamiliar (tabla 12).

Tabla 12. Problemas difíciles de los preadolescentes

Reactivo 2	
Acontecimientos	Discurso de la persona
Familiares	<p><i>“Me peleé con mi hermano” (Fo.80)</i></p> <p><i>“Cuando me hermana me culpo cuando rompió algo” (Fo.59);</i></p> <p><i>“Cuando me enferme” (Fo.24)</i></p>
Socioculturales	<p><i>“A mí me dan miedo los de 12 años” (Fo.16);”</i></p> <p><i>Cuando a mi papá le pegaron los vecinos” (Fo.34)</i></p>
Escolares	<p><i>“Cuando una niña me dijo que yo le robé su dinero y le dije a la maestra y después le dije que no a la maestra y nadie me creía y luego la niña dijo aquí lo tengo” (Fo. 36);</i></p> <p><i>“Cuando le corte el cabello de mi amiga con las tijeras y ella me pidió que le cortara el pelo y la maestra me regaño” (Fo.111);</i></p> <p><i>“Cuando un compañero me acusa que yo tenía su dinero y no era verdad” (Fo.69).</i></p>
Violencia intrafamiliar	<p><i>“Cuando mi papá está borracho dice groserías y a veces le pega a mi mamá (Fo.37);</i></p> <p><i>“Cuando mi papá toma y le dio una cachetada a mi mamá” (Fo. 29)</i></p>

Nota: (Fo.) representa el número de folio de los participantes

Del mismo modo, al analizar las respuestas del reactivo tres, cómo se sintieron, qué pensaron y cómo actuaron. Se encontró, que el sentimiento con mayor frecuencia fue la tristeza y la situación con llanto o reflexión fue la manera más común de actuar (tabla 13).

Tabla 13. Descripción de los preadolescentes ante el problema

Reactivo 3	Discurso de la persona
¿Qué sentiste?	<p><i>“Pues mal porque le grité a mi hermana y le dije cosas malas” (Fo.49)</i></p> <p><i>“Tristeza decirle la verdad” (Fo.59)</i></p> <p><i>“Me sentí mal pensé que me expulsarían” (Fo. 111)</i></p>
¿Qué pensaste?	<p><i>“Pensé porque si mi papá nunca tomara no le pegaría a mi mamá” (Fo.29)</i></p> <p><i>“pensé en ayudar esa situación y ya no se separaron” (Fo.47)</i></p> <p><i>“Me sentí súper triste por su muerte y pensé que ya no tenía con quien ver la tele” (Fo.55)</i></p>
¿Cómo actuaste?	<p><i>“actué con sinceridad” (Fo. 111)</i></p> <p><i>“tuve que actuar rápido y le dije a la maestra lo que había pasado” (Fo.36)</i></p> <p><i>“Hablé con mis compañeras para no pelearme y para no sufrir lesiones” (Fo.25)</i></p>

Nota: (Fo.) representa el número de folio de los participantes

Finalmente, al realizar el análisis por factores de apoyo ante la adversidad de las preguntas abiertas del cuestionario de resiliencia el factor familia obtuvo un porcentaje del 57% y la propia persona obtuvo un porcentaje del 18%, siendo los elementos con mayor soporte para la población preadolescente. En cuanto, a los factores con menor apoyo para salir adelante frente a una situación difícil fueron los vecinos y la comunidad con un 0% (tabla 14).

Tabla 14. Factores resilientes frente la adversidad

Factores						
Mi propia persona	familia	Escuela	Amigos	Servicios médicos y sanitarios	Servicios y legales	Vecinos y comunidad
18%	57%	5%	17%	1%	2%	0%

Los testimonios analizados permitieron verificar que los problemas que mencionan los preadolescentes no son preocupaciones relacionadas con alimentación, peso o imagen corporal que son considerados factores de riesgo porque incrementan la probabilidad de desarrollar un trastorno alimentario o tenga resultados negativos en áreas particulares como la salud física.

Relación entre variables

Por otra parte, se utilizó el coeficiente de Pearson para conocer el nivel de relación de las variables autoestima y resiliencia con las conductas alimentarias de riesgo. El nivel de significancia en relación con las conductas alimentarias de riesgo y la resiliencia fue de $r = -0.38$, $p = .71$. En cuanto a la autoestima y las conductas alimentarias de riesgo fue de $r = -.046$, $p = .64$. Si bien, existen relaciones negativas moderadas entre las variables estas no alcanzan el nivel significativo para generalizarse (tabla 15).

Tabla 15. Correlación de Pearson

		Resiliencia	Autoestima
CAR	<i>r</i>	-0.38	-.046

De igual forma, se utilizó el coeficiente de Pearson para conocer el nivel de relación entre las variables de autoestima y resiliencia. Se obtuvo una $r = .484$, $p = .000$ lo que indica una correlación de nivel moderado entre las variables (tabla 16)

Tabla 16. Correlación de Pearson entre autoestima y resiliencia

		Resiliencia
Autoestima	<i>r</i>	484

Análisis de casos

Finalmente, se analizaron los dos casos de la muestra que obtuvieron puntuaciones significativas de conductas alimentarias en riesgo (M1 24 puntos; M2 13 puntos) los cuales se abordan a continuación.

En la tabla 17, se muestra la ficha de identificación de los casos extraordinarios con CAR (<10 puntos del cuestionario) con las siguientes generalidades:

- El caso M1: sexo femenino de 12 años, pesa 71 kilogramos, su estatura es de 1.59.70 metros vive con sus padres; la madre es ama de casa y el padre vendedor y ocupa el primer lugar en relación con sus hermanos. Refiere que presenta enfermedad intestinal desde nacimiento, motivo por el cual se atiende en el Hospital General de Hueypoxtla en el área de nutrición.
- El caso M2: sexo femenino de 12 años, pesa 60.60 kilogramos, su estatura es de 1.46.30 metros vive con sus padres; ambos son comerciantes y ocupa el cuarto lugar en relación con sus hermanos.

Tabla 17. Ficha de identificación de casos

Datos	Casos	
	M1	M2
Sexo	Femenino	Femenino
Edad	12	12
Peso	71 kg	60.60 kg
Estatura	1.59.70 m.	1.46.30 m.
Ocupación de la madre	Ama de casa	Comerciante
Ocupación del padre	Vendedor	Comerciante
Numero de hermanos	Uno	Cuatro

Al realizar el análisis del cuestionario de conductas alimentarias de riesgo en los dos casos extraordinarios se obtuvo que el sujeto M1 obtuvo una puntuación de 24 y el caso M2 obtuvo 13 puntos, correspondiente a personas con riesgo (>10 puntos del CAR). Véase en la tabla 18.

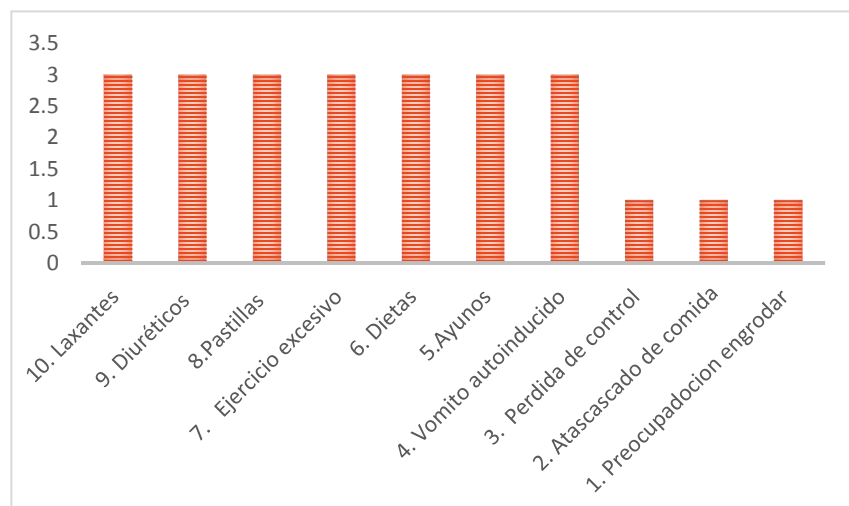
Tabla 18. Cuestionario de conductas alimentarias de riesgo

CAR	Puntuación	Nivel
M1	24	Con riesgo
M2	13	Con riesgo

De la misma forma, se muestra de mayor a menor las medias de los reactivos del cuestionario conductas alimentarias de riesgo según la respuesta de los dos casos extraordinarios (figura 15 y 16).

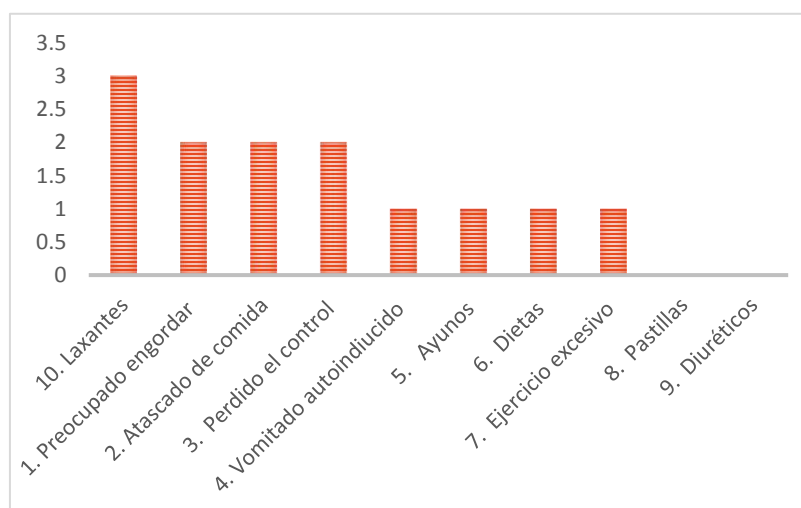
Entre las conductas alimentarias de riesgo más frecuentes en el caso M1 de 12 años se detectó el uso de laxantes, uso de diuréticos, pastillas, ejercicio excesivo, dietas, ayunos y vómitos autoinducidos. La conducta menor utilizada con una afirmación igual “a veces” fue el miedo a engordar, atracones y la pérdida del control de la comida (figura 15).

Figura 15. M1 CAR mayor a menor



En el caso M2 se detectó entre las conductas alimentarias de riesgo más frecuentes el uso de laxantes (como una sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso. Especificando el uso de pastillas naturales. Con frecuencia se ha preocupado por engordar, ha comido demasiado y perdido el control sobre lo que ingiere. La conducta menor utilizada fue el uso de pastillas y diuréticos (figura 16)

Figura 16. M2 CAR mayor a menor



Además, se realizó el análisis del cuestionario de autoestima (IGA-2000) como se muestra en la tabla 19, donde el caso M1 obtuvo una puntuación total de resiliencia igual a 2.60 puntos y el caso M2 obtuvo una puntuación de resiliencia total igual a 2.40 puntos. Ambos correspondientes a un nivel de autoestima alta (< 2 puntos).

Tabla 19. Cuestionario de autoestima (IGA-2000)

Autoestima	Puntuación	Nivel
M1	2.60	Alto
M2	2.40	Alto

Finalmente, al realizar el análisis del cuestionario de resiliencia el caso M1 obtuvo un puntaje de 146 y el caso M2 obtuvo 147 puntos. Ambos puntajes correspondientes a un nivel de resiliencia alto (> 118).

Tabla 20. Cuestionario de resiliencia

Resiliencia	Puntuación	Nivel
M1	146	alto
M2	147	alto

Discusión

Debido a las altas consecuencias físicas, psicológicas y sociales a las que se enfrentan las personas con trastornos alimentarios. Los TA constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada en la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos encaminados a controlar el peso, los cuales limitan el desarrollo óptimo en diversas áreas y en casos severos de desnutrición, complicaciones médicas que requieren hospitalización (Baldares, 2013). Por ello, la detección y prevención de los trastornos alimentarios son de suma importancia, puesto que se trata de individuos que en la mayoría de los casos se cubren y niegan durante periodos largos. En la presente investigación se ha investigado la relación de la autoestima y la resiliencia en las conductas alimentarias de riesgo en escolares del Estado de México.

A continuación, se discuten los resultados expuestos sobre la identificación de conductas alimentarias de riesgo, en relación con las aportaciones de otros autores obtenidas por la aplicación del cuestionario de conductas alimentaria de riesgo elaborado por Unikel et al. (2006).

El resultado de la muestra para identificar conductas alimentarias de riesgo en la mayoría de la población analizada de preadolescentes no se encontraron conductas alimentarias de riesgo, es decir, que no presentan preocupaciones relacionadas con alimentación, peso o imagen corporal que son considerados factores de riesgo porque incrementan la probabilidad de desarrollar un trastorno alimentario o tenga resultados negativos en áreas particulares como la salud física. Lo que representa que la muestra podría estar asociada con factores que minimizan la aparición de conductas de riesgo y/o condiciones que son capaces de favorecer el desarrollo de los individuos como lo menciona Rutter (2007 citado en Aguiar & Acle ,2012). Por lo que se podría interpretar que quizá la muestra analizada efectivamente cuenta con características que reducen los efectos negativos ante la exposición de riesgos tales como: el contexto, redes de apoyo, vínculos afectivos, autonomía, demostración de las emociones, sentido de vida, etcétera.

Sin embargo, para la detección de las personas que se encuentran en riesgo de tener un trastorno de la conducta alimentaria, fue el 2% de la población. El estudio demostró que el porcentaje de preadolescentes se encuentra dentro del rango de prevalencia habitual de estos trastornos alimentarios, siendo el sexo femenino el más afectado.

Lo cual, se sustenta con las estimaciones estadísticas en el caso de la anorexia nerviosa se presenta principalmente en mujeres adolescentes (14-18 años), con una prevalencia de entre 0.2% y 1% (APA, 1994; Mancilla et al., 2007) y la bulimia nerviosa afecta de igual manera a mujeres adolescentes y su presencia oscila entre 0.14 al 3.2% (Hoek & van Hoeken, 2003, Mancilla et al., 2007).

La incidencia de las mujeres identificadas con conductas alimentarias de riesgo, concuerdan con las investigaciones de Urzúa, Castro, Lillo & Leal (2011) que la prevalencia efectivamente es mayor en las mujeres y en nuestro estudio la muestra de la población identificada con riesgo comprueba esta postura.

Ahora bien, la población examinada se encuentra en un rango de edad de 9 a 12 años. Si bien, la incidencia no es crítica se puede observar que la preocupación por la imagen corporal ha ido descendiendo en edad hasta establecerse en la preadolescencia, cuyo intervalo de edad se presenta entre los 8-9 años y los 12 a los 13 años (Gracia, Marcó & Trujano, 2007). Estudios como el de Rivera, Parra & Barriguete (2005), han detectado que el 0.9% de los hombres y 2.8% de las mujeres en edad estudiantil (12 a 19 años), presentan alto riesgo de padecer un TCA y en nuestra investigación no fue la excepción.

Del mismo modo, el estudio realizado por Urzúa, Avendaño, Díaz & Checura (2010), mencionan que los preadolescentes y adolescentes manifiestan preferencias a determinadas estéticas impuestas por la sociedad contemporánea, haciendo que los más jóvenes presenten una preocupación excesiva por su cuerpo y lleven a cabo conductas alimentarias de riesgo. Entre las conductas destacan, por ejemplo, los atracones, el seguimiento de dietas crónicas y restrictivas, el abuso de laxantes, diuréticos o anfetaminas, el vómito autoinducido y la práctica de ayunos (Altamirano, Vizmanos & Unikel, 2011).

Por todo lo anterior, si se analizan las conductas de riesgo en relación con la categoría de respuestas más alta, se encuentra que la principal CAR es la práctica de ejercicio para tratar de bajar de peso ($M=.88$), seguida de la preocupación por engordar ($M=.87$), por lo que concuerda con el estudio realizado por Eichen, Conner, Daly & Fauber (2012), quienes mencionan que el ejercicio físico excesivo es uno de los principales comportamientos adoptados para el control y reducción del peso ante el miedo a engordar en hombres y mujeres como medida compensatoria en proporciones similares. Por lo tanto, es importante resaltar el cumplimiento de la tercera hipótesis de la investigación referente a las habituales conductas alimentarias de riesgo que practican los preadolescentes de 9 a 12 años.

De igual forma, la siguiente variable de interés a discutir es la autoestima la cual, al analizar los resultados en líneas generales se puede afirmar que se cumple la hipótesis del estudio referente al nivel de autoestima y los factores con mayor relevancia, los cuales se expondrán a continuación.

El resultado de la muestra total para describir la autoestima arrojaron resultados favorecedores, los preadolescentes de 9 a 12 años analizados obtuvieron puntuaciones altas de autoestima ($M= 2.51$). Lo que contrapone a los estudios realizados por Arenas & Ruíz (2015), donde el promedio de las puntuaciones obtenidas por niños y niñas de 8 a 11 años residentes del Estado de México se ubicaron en niveles de autoestima baja.

Además, al realizar el análisis por sexo entre hombres y mujeres en la presente investigación no se encontraron diferencias significativas entre ellos. Por lo que no concuerda con los estudios de Byrne (2000), quien menciona que los niños tienen una autoestima más elevada que las niñas.

Si bien, en cuanto a la medición de autoestima general, la mayoría de los niños presentaron autoestima alta, independientemente del sexo, coincidiendo con la literatura previa (González-Arratia, 2011). Esto muestra que la población cuenta con una adecuada valía y percepción de sí mismos a una etapa de desarrollo próximo a la adolescencia. Se podría interpretar que la muestra analizada cuenta una buena seguridad y confianza, así como personas que se sienten queridas y

queribles por los demás. Los cuales tienen mayores oportunidades de afrontamiento ante la adversidad e inmuniza contra sentimientos de devaluación en el futuro formando gente competente y capaz que tendrá confianza en sí mismo.

De la misma forma, al realizar el análisis por factor los niveles de autoestima fueron positivos, de nueva cuenta contraponen al estudio realizado por Arenas & Ruíz (2015), donde la muestra por todas las áreas se ubicó en autoestima baja.

Sin embargo, los sujetos de entre 9 y 12 años de la presente investigación muestran más alta autoestima en el factor yo y el factor familia. Se puede observar en primera instancia que la población cuenta con una buena autoestima de sí mismo individual en forma positiva, así como la percepción óptima que el niño tiene con los otros significativos como lo es la familia, en relación con el sí mismo (González-Arratia, 2001). En contraste, los factores con menor autoestima fueron éxito y trabajo intelectual, quizá porque es el inicio de la edad escolar y del aprendizaje sistemático donde comienza a formarse un sentimiento de inadecuación o un sentimiento de incapacidad de aprendizaje como lo menciona Bordignon (2005).

Si bien, los resultados fueron favorecedores algunas de las ventajas que trae consigo el tener una buena autoestima desde edades próximas a la adolescencia autores como Icaza & López (2001), mencionan que contar con buena autoestima como es el caso de nuestra población analizada radica en una actitud activa ante la vida, así como tener ganas de enfrentar nuevos problemas y buscar soluciones para una vida mejor.

En cuanto a la medición de la resiliencia, los resultados en líneas generales se pueden afirmar que se cumple la hipótesis del estudio referente al nivel de resiliencia alto y los factores con mayor relevancia, los cuales se discutirán a continuación.

Los resultados generales obtenidos en la investigación muestran que los preadolescentes de 9 a 12 años cuentan con un nivel de resiliencia alta ($M= 133.09$). En contraste, estudios realizados en adolescentes de 15 a 19 años por González & Valdez (2012), encontraron que en mayor medida los jóvenes presentaron un nivel

alto de resiliencia. Lo que significa que quizá la población cuenta con atributos distintivos que posibilitan la capacidad para adaptarse y reconstruirse ante la adversidad tales como: las características individuales de las personas, la familia o herramientas sociales favorecedoras.

Además, al realizar el análisis por sexo entre hombres y mujeres en la presente investigación no se encontraron diferencias entre estos. Lo que contrapone a los resultados obtenidos por González Arratia, Valdez & Zavala (2008), los cuales encontraron diferencias por sexo, se observó que los hombres mostraron mayor resiliencia que las mujeres. Sin embargo, en el presente estudio ambos sexos obtuvieron puntuaciones altas de resiliencia tal vez por el tipo de contexto o los factores resilientes que los caracteriza.

Si bien, existen factores importantes que fomentan el desarrollo de la resiliencia los resultados obtenidos en la investigación muestran que los preadolescentes engloban la resiliencia en tres dimensiones; factores protectores internos, factores protectores externos y empatía (González-Arratia, 2016). De las cuales la dimensión con mayor resiliencia fue el factor protector interno los cuales cuentan con elementos propios de la categoría que posibilitan la resiliencia interna tales como: la disposición, el temperamento, inteligencia, sentido del humor y locus de control. En contraparte, el factor con menor resiliencia fue la empatía.

Por último, con la finalidad de indagar la relación de la autoestima y la resiliencia con las conductas alimentarias de riesgo, se llevó a cabo un análisis de correlación la cual no mostro una relación significativa como la que se esperaba. Lo que significa que las autoestima y la resiliencia alta obtenida no tiene asociación directa con las conductas alimentarias de riesgo. Lo que contrapone a las investigaciones de Rutzstein, Scappatura & Murawski (2014) en relación con la autoestima donde mencionan que hablar de autoestima dentro de las patologías convencionales relacionadas con la ingesta de comida; actúa como factor predisponente, así como de mantenimiento de estos trastornos en los adolescentes (Rutzstein, Scappatura & Murawski, 2014). Así como la resiliencia que a pesar de que funge como la capacidad que exhiben las personas a cualquier edad para

enfrentar situaciones difíciles incluso en medio de la prevalencia de riesgos significativos (González, Valdez, Oudhof van Barneveld, & González, 2009) no tienen asociación relevante en esta investigación realizada con preadolescentes de 9 a 12 años de edad en relación con las CAR.

Al determinar la relación de las conductas alimentarias de riesgo con la autoestima y la resiliencia no fueron las tendencias esperadas quizá porque los problemas que estos menores presentan no se relacionan con alimentación, peso e imagen corporal. Por ello se sugiere contemplar características como la imagen corporal, tipo de familia, contexto o presiones socioculturales.

Si bien los resultados de esta investigación no se pueden generalizar en toda la población mexicana, se muestran como antecedentes para futuras investigaciones. Se requieren más estudios que ayuden a comprender estos trastornos y así conocer las variables que intervienen en el desarrollo de estas para así realizar programas de prevención.

Conclusiones

Con base en estos resultados, los adolescentes de entre 9 y 12 años de dicho estudio no muestran la práctica de conductas alimentarias de riesgo importantes. Se podría interpretar que los comportamientos alimenticios son adecuados y no cuentan con una preocupación excesiva por el peso y la comida.

Dentro de los objetivos específicos, se señaló la intención de detectar aquellos casos que presentaran sintomatología de trastornos alimentarios, mediante la aplicación de instrumentos estandarizados, misma que se logró cumplir en esta investigación. Por tanto, facilito la detección de dos de los 100 participantes con conductas alimentarias de riesgo. Lo cual permite proporcionar atención oportuna, con la finalidad de prevenir el desarrollo del trastorno.

Entre las conductas de riesgo más utilizadas se encontró la práctica de ejercicio para tratar de bajar de peso y la preocupación por engordar y aunque el puntaje se encuentra dentro del rango adecuado sería importante promover el ejercicio y la alimentación saludable más que el miedo a engordar. Orientando de manera correcta a los preadolescentes con la finalidad de promover una mejor calidad de vida.

Ahora bien, en la descripción general de la autoestima y sus seis factores se obtuvo un nivel de autoestima alta. Lo cual significa que seguramente la muestra analizada cuenta una buena seguridad y confianza en sí mismas. Las dimensiones con mayor puntuación de autoestima fueron el factor yo y la familia; las cuales se relacionan positivamente entre sí y se puede deducir que son personas que se sienten queridas y queribles por los demás. Sin embargo, aunque el nivel de autoestima es apropiado el factor éxito y el trabajo intelectual fueron las dimensiones con menor autoestima; de las cuales sería importante fomentar, la motivación, creatividad, y plan de vida entre grupos de pares.

A la vez, el nivel de resiliencia de la muestra analizada fue alto en todo el instrumento. Siendo el factor protector interno quien tiene mayor respuesta resiliente entre los preadolescentes lo que quiere decir que cuentan con una óptima

disposición, temperamento, inteligencia, sentido del humor y locus de control. Por otra parte, el factor con menor resiliencia fue la empatía; la cual sería importante estimular para así fortalecer la capacidad de llevar a cabo conductas prosociales y altruistas.

Ahora bien, El objetivo general de la presente investigación fue evaluar la relación de la autoestima y la resiliencia en la conducta alimentaria de riesgo en escórales del Estado de México; de las cuales no se encontró asociación significativa. Es decir, la autoestima ni la resiliencia funcionan como factores determinantes en correspondencia de conductas alimentarias de riesgo.

Al analizar los dos casos extraordinarios con conductas alimentarias de riesgo ambas mujeres obtuvieron puntuaciones altas en autoestima y resiliencia, sin embargo, después de analizar los casos se encontró a la obesidad en ambos casos, uno de los cuales presenta enfermedad. Por lo que la obesidad podría aparecer como un factor asociado a las conductas alimentarias de riesgo por lo que se sugiere más investigaciones al respecto.

Igualmente, es de suma importancia reconocer que anteriormente se señalaba que los trastornos de la conducta alimentaria eran característicos en adolescentes de 14 años en adelante, sin embargo, a través de esta investigación, se pudo detectar que los síntomas pueden aparecer desde la preadolescencia.

Por último, las limitaciones de la investigación fueron que todos los instrumentos son de autoinforme y sería recomendable completar con técnicas cualitativas como la entrevista. Además, que no todos los preadolescentes que participaron de manera voluntaria en esta investigación presentaban factores de riesgo para desarrollar alguno de estos trastornos por ende no se logró correlacionar de manera significativa con variables de autoestima y resiliencia en esta población, por lo que en las siguientes investigaciones se sugiere que hagan comparaciones entre diferentes edades o tomen a consideración variables como el contexto y la imagen corporal.

Referencias

- Aguiar, A. E., & Acle-Tomasini, G. (2012). Resiliencia, factores de riesgo y protección en adolescentes mayas de Yucatán: elementos para favorecer la adaptación escolar. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(2), 53-64.
- Aguirre, A. (2004). *Capacidad y factores asociados a la resiliencia, en adolescentes del CE Mariscal Andres Avelino Caceres del Sector IV de Pamplona Alta San Juan de Miraflores* (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Recuperada de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2683/1/Aguirre_ga.pdf
- Aláez, M., Madrid, J., & Antona, A. (2003). Adolescencia y salud. *Papeles del Psicólogo*, 23(84), 45-53.
- Altamirano, M.B., Vizmanos, B., & Unikel, C. (2011). Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30(5), 401-407.
- American Dietetic Association. (2006). Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. *Journal of the American Dietetic Association*, 106(12), 2073-2082. doi: 10.1016/j.jada.2006.09.007
- American Psychiatric Association (2014). *DSM 5, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed)*. Madrid: Editorial Panamericana.
- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4a ed)*. Barcelona: Editorial Mansson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM -5(5 th edition)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Arenas, J. J. S., & Ruiz, M. A. O. (2015). Relationship between self-esteem and body image in children with obesity. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(1),38-44.
- Asuero, F., Avargues, N., Martín, M., & Borda, M. (2012). Preocupación por la apariencia física y alteraciones emocionales en mujeres con trastornos alimentarios con autoestima baja. *Escritos de psicología*,5(2),39-45.
- Baldares, M. J. V. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70(607), 475-482.
- Berengüí, R., Castejón, M., & Torregrosa, M. S. (2016). Insatisfacción corporal, conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en universitarios. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 7(1), 1-8.
- Black, D. W., & Andreasen, N. C. (2015). *Texto introductorio de psiquiatría*. México: El Manual Moderno.
- Bordignon, N. A. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de investigación*, 2(2),50-63.
- Branden, N. (1998). *La autoestima de la mujer*. México: Paidós.
- Branden, N., & Wolfson, L. (1989). *Cómo mejorar su autoestima*. México: Paidós.
- Braverman, M.T. (2001). Applying resilience theory to the prevention of adolescent substance abuse. *Focus*, 7(2), 1-12.
- Byrne, B. (2000). Relationships between anxiety, fear, self-esteem, and coping strategies in adolescence. *Adolescence*, 35(137),201-215.
- Calleja, N. (2011). *Inventario de escalas psicosociales en México,1984-2005*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Caso, N. J. (1999). Validación de un instrumento de autoestima para niños y adolescentes (Tesis de Maestría en Psicología Educativa). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.

- Castro, R. A., Gutiérrez, L. M., Somarriba, R.L.A., Romero, G.E., Ruíz G. V., & Esquivel, A.F. (2014). *Resiliencia. Fortaleciendo los recursos del niño para enfrentar desafíos* (Tesis de maestría). Recuperada de <http://132.248.9.195/ptd2015/anteriores/psicologia/0734141/Index.html>
- Castro, S. A. (2009). El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 23(3), 43-72.
- Clark, A., Clements, H., & Bean, R. (2000). *Cómo desarrollar la autoestima en los adolescentes*. Madrid: Editorial debate.
- Contreras, H. J., & García, A. M. (2005). *Alimentación y Cultura, perspectivas Antropológicas*. Barcelona: Ariel.
- Córdova, A.A. (2006). Características de resiliencia en jóvenes usuarios y no usuario de drogas (Tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Cruz, A. D., Estrada, M.F., & Gómez, P.G.(2001). *Factores de riesgo en trastornos alimentarios: imagen corporal, autoatribucion y autoestima en relación con el peso corporal en preadolescentes* (tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.
- Eichen, D.M., Conner, B.T., Daly, B.P., & 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),1-13. doi: 10.1007/s10964-010-9612-8
- Estrada, M. R. (2015). *Autoestima: clave del éxito personal*, México: Manual Moderno.
- García, R. A., & Vargas, L. C. (2016). *Conductas alimentarias de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar n 33 El Rosario* (Tesis de posgrado). Universidad Nacional Autónoma de México, México.

- Gaxiola, R. J. C., Frías, A. M., Hurtado A. M. F., Salcido, N. L. C., & Figueroa, F. M. (2011). Validación del inventario de resiliencia (IRES) en una población del noroeste de México. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 76(1), 73–83.
- Gómez, M. M., Rentería, R. A., Ángeles, E.M.S., & Salinas, R. J.L. (2012). *Trastornos alimenticios: una revisión en la historia actual de la anorexia* (Tesina). Universidad Nacional Autónoma de México, Estado de México.
- González -Arratia, L. F. N. I. (2007). *Factores determinantes de la resiliencia en niños de la ciudad de Toluca*. (Tesis doctoral). Universidad Iberoamericana, México.
- González- Arratia, L.F. N. I., Valdez M, J. L., & Zavala B, Y. C. (2008). Resiliencia en adolescentes mexicanos. *Enseñanza e investigación en psicología*, 13(1), 41-52.
- González- Arratia, L.F. N. I., Valdez M, J. L., Oudhof, B. H., & González, G. S. (2009). Resiliencia y salud en niños y adolescentes. *Ciencia ergo sum*, 16(3), 247-253.
- González-Arratia, L. F N. I. (2014). *Bienestar y familia una mirada desde la Psicología positiva*. México: Editorial Notabilis Scientia.
- González-Arratia, L. F. N. I. (2016). *Resiliencia y personalidad en niños y adolescentes. Como desarrollarse en tiempo de crisis*. México: Editorial EÓN.
- González-Arratia, L.F N. I. (2001). *La autoestima medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la reconstrucción del ser*. México: UAEM.
- González-Arratia, L. F.N. I., & Valdez M. J. L. (2012). Optimismo-pesimismo y resiliencia en adolescentes de una universidad pública. *Ciencia ergo sum*, 19(3), 207-214.
- González-Garza, C., Rojas-Martínez, R., Hernández-Serrato, M. I., & Olaiz-Fernández, G. (2005). Perfil del comportamiento sexual en adolescentes

- mexicanos de 12 a 19 años: resultados de la ENSA 2000. *Salud pública de México*, 47(3), 209-218.
- Gracia, M., Marcó, M., & Trujano, P. (2007). Factores asociados a la conducta alimentaria en preadolescentes. *Psicothema*, 19(4), 646-653.
- Grotberg, E. H. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy como superar las adversidades*. España: Editorial Gedisa.
- Guillén, R. (2005). Resiliencia en la adolescencia. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, 44(1), 41-43.
- Gutiérrez, M. V., Carreño, E. L., & Herrera, P. P. (2012). *Resiliencia: factores protectores individuales en niños/as institucionalizados* (Tesis doctoral). Recuperada de <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/2564/tpsico495.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Guzmán, S.R.M.E. (2006). *Factores de riesgo y factores protectores para la anorexia nerviosa presentes en adolescentes de entre 14 a 18 años de edad, hombres y mujeres, estudiantes de una preparatoria privada de Pachuca, Hidalgo*. (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca.
- Hernández, S. R., Fernández, C. R., & Baptista, P. (2008). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hervás, G. (2009). Psicología positiva: una introducción. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 23(3), 23-41.
- Hoek, H., & Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Internacional Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383-396. doi:10.1002/eat.10222
- Icaza, M. A. V. A., & López, A. M. (2001). *Autoestima para todos*. México: Editorial Pax México.
- Iglesias, E. B. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 11(3), 125-146.

- Lameiras, F. M., Calado, O.M., Rodríguez, C. Y., & Fernández, P. M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1) 23-33.
- Lara, C. M.A., Verduzco, M.A., Acevedo, M., & Cortés, J. (1993). Validez y confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith para Adultos, en población mexicana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25(2), 247-255.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71(3), 543-562.
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J., & Cyrulnik, B. (2001). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Gedisa.
- Mancilla, D. J. M., Franco, P. K., Vázquez, A. R., López, A. X., Álvarez, R. G. L., & Ocampo, T.M.T. (2007). A two-stage epidemiologic study and prevalence of eating disorders in female university students in México. *European Eating Disorders Review*, 15 (6), 463-470.
- Marchant, T., Haeussler, I. M., & Toretti, A. (2016). *TAE: Test de Autoestima-Escolar Evaluación del alumno vía auto-reporte y vía profesor*. Santiago de Chile: Ediciones UC.
- Márquez, R. N.M., & Zalapa, R.H.R. (2016). *Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios y su relación con la autoestima en alumnos de primaria* (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Melillo, A., Suárez O., E. & Rodríguez, D. (2004) *Resiliencia y subjetividad: los ciclos de la vida*. Buenos Aires: Paidós.
- Méndez, J. P., Vázquez-Velázquez, V., & García-García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín Médico del hospital infantil de México*, 65(6), 579-592.

- Menezes, L. C. (2015). *Resiliencia y trastornos de la conducta alimentaria* (Tesis doctoral). Recuperada de https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/128458/1/DPETP_MenezesdeLucenaCarvalhoVÃ_Resilienciatrastornosconducta.pdf
- Mera, R.A., Hernández, P.M.R., Gómez, R.J.L., Ramírez, G.M., & Mata, M.A. (2012). Características psicométricas del cuestionario de pensamientos automáticos negativos(ATQ-30) en población mexicana. *Journal of behavior, Health and social issue*, 3(2), 62-75.
- Mestre, V., & Frias, D. (1996). La mejora de la autoestima en el aula. Aplicación de un programa para niños en edad escolar de 11 a 14 años. *Revista de psicología general y aplicada*, 49(2), 279-290.
- Milicic, N., & Soledad, L. M. (2013). *Hijos con autoestima positiva: Guía para Padres*. México: Paidós.
- Montoya, M. A. (2001). *Autoestima: Estrategias para vivir mejor con técnicas de PNL y Desarrollo Humano*. México: Editorial Pax México.
- Morales, A., Gómez, A., Jiménez B., Jiménez F., León, G., Majano, A., Rivas, D., Rodríguez, M., & Soto, C. (2015). Trastorno por atracón: prevalencia, factores asociados y relación con obesidad en adultos jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(3), 177-182.
- Moreno, G.M.A., & Ortiz, V.G.R. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia psicológica*, 27 (2), 181-190.
- Naranjo, P. M. L. (2007). Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Revista Electrónica" Actualidades Investigativas en Educación"*, 7(3), 1-27.
- Naváez, J. R., Solís, F. A.L., López, R. S., & Chaparro, A. G. A. (2014). *Anorexia: del otro lado del espejo* (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Estado de México.

- Neumark-Sztainer, D. R., Wall, M. M., Haines, J. I., Story, M. T., Sherwood, N. E., & Van den Berg, P. A. (2007). Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *American journal of preventive medicine*, 33(5), 359-369.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Organización mundial de la salud. (2016). *Desarrollo de la adolescencia*. Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Pita, F. S., & Pértegas, D. S. (2002). Investigación cuantitativa y cualitativa. *Cad Aten Primaria*, 9(1), 76-78.
- Pollard, J.A., Hawkins, J.D., & Arthur, M.W. (1999). Risk and protection: Are both necessary to understand diverse behavioral outcomes in adolescence? *Social Work Research*, 23, 145-158.
- Polo, C. E. C. I. L. I. A. (2009). *Resiliencia: factores protectores en adolescentes de 14 a 16 años* (Tesis de pregrado). Universidad de Aconcagua, Mendoza, Argentina. Recuperada de http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/71/tesis-1426-resiliencia.Pdf
- Portela, S. M. L., da Costa, R. J. H., Mora, M., & Raich, R. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición hospitalaria*, 27(2), 391-401.
- Prado, Á. R., & Águila, C. M. D. (2003). Diferencia en la resiliencia según género y nivel socioeconómico en adolescentes. *Persona*, (6), 179-196.
- Rava, M. F., & Silber, T. J. (2004). Bulimia nerviosa: Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. *Archivos argentinos de pediatría*, 102(5), 353-363.

- Richardson, G. E., Neiger, B. L., Jensen, S., & Kumpfer, K. L. (1990). The resiliency model. *Health education, 21*(6), 33-39.
- Río, B. C. D., & Zalapa, R. H. R. (2017). *Nivel de autoestima y trastornos alimentarios presentes en adolescentes de secundaria, de la ciudad de Lázaro Cárdenas, Michoacán* (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Rivera, M. T., Parra, M., & Barriguete, J. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria como factor de riesgo para osteoporosis. *Salud pública de México, 47*(4), 308-318.
- Rojas-Barahona, C., Zegers, B., & Förster, C. (2009). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista Médica de Chile, 137*(6), 791-800.
- Rolland, K., Farnill, D., & Griffiths, R.A. (1997). Body figure perceptions and eating attitudes among Australian schoolchildren aged 8 to 12 years. *International Journal of Eating Disorders, 21*(3), 273-278.
- Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Rutzstein, G., Scappatura, M. L., & Murawski, B. (2014). Perfeccionismo y baja autoestima a través del continuo de los trastornos alimentarios en adolescentes mujeres de Buenos Aires. *Revista mexicana de trastornos alimentarios, 5*(1), 39-49.
- Rutter, M. (1995). Resiliencia: algunas consideraciones sobre su concepto. *Contemporary Pediatrics, 3*(3), 25-38.
- Saavedra, E., & Castro, A. (2009). *Escala de resiliencia escolar para niños entre 9 y 14 años*. Santiago de Chile: CEANIM.
- Sámano, R., Zelonka, R., Martínez-Rojano, H., Sánchez-Jiménez, B., Ramírez, C., & Ovando, G. (2012). Asociación del índice de masa corporal y conductas de riesgo en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en

- adolescentes mexicanos. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 62(2), 145-154.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *In Flow and the foundations of positive psychology*, 55(1), 5-14.
- Turón, J., Fernández, F., & Vallejo, J. (1992). Anorexia nerviosa: características demográficas y clínicas en 107 casos. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 19(1), 19-25.
- Unikel- Santoncini, C., Saucedo, M. T., Villatoro, J., & Fleiz, C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud mental*, 25(2), 49-57.
- Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, I., & Carreño-García, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*, 46(6), 509-515.
- Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, L., Villatoro-Velázquez, J., Fleiz-Bautista, C., Elena, M., & Icaza, M. M. (2006). Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Revista de investigación clínica*, 58(1), 15-27.
- Urzúa, A., Avendaño, F., Díaz, S., & Checure, D. (2010). Calidad de vida y conductas alimentarias de riesgo en la preadolescencia. *Revista chilena de nutrición*, 37(3), 282-292.
- Urzúa, A., Castro, S., Lillo, A., & Leal, C. (2011). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados del norte de Chile. *Revista chilena de nutrición*, 38(2), 128-135.
- Vázquez, A. R., López, A. X., Ocampo, T, M. T., & Mancilla, D. J. M. (2015). Eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(2), 108-120.
- Vera, P.B. (2006). Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 3-8.

Verduzco, A.I. M.A. (2005). Autoestima, estrés y afrontamiento desde el punto de vista del desarrollo (Tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Apéndice

Apéndice A

CUESTIONARIO DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO (CAR)

Instrucciones: marca una opción para cada inciso, considerando los últimos tres meses de tu vida.

Afirmación	Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia: dos veces por semana	Con mucha frecuencia: más de dos veces en una semana
1. Me ha preocupado engordar				
2. En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida				
3. He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)				
4. He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso				
5. He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso				
6. He hecho dietas para tratar de bajar de peso				
7. He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso				
8. He usado pastillas para tratar de bajar de peso. Especifica cuál (es):				
9. He tomado diuréticos (sustancias para perder agua) para tratar de bajar de peso. Especifica cuál (es):				
10. He tomado laxantes (sustancias para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso. Especifica cuál (es):				

Apéndice B

CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA (IGA 2000)

Instrucciones: a continuación, se presenta una serie de preguntas acerca de tu forma de ser. Lo que debes hacer es colocar una cruz (X) sobre la línea, en la columna cuando sea siempre de esa pregunta, en a veces cuando lo sea en alguna ocasión de esa pregunta y nunca cuando no se presente respecto a esa pregunta. Por favor se lo más sincero posible y no dejes ningún reactivo sin contestar, por su colaboración, muchas gracias.

Pregunta	Siempre	A veces	Nunca
1. Tengo plena confianza en mí mismo			
2. Soy importante para mi familia			
3. Me siento un perdedor			
4. Soy un niño aplicado			
5. No puedo lograr lo que me propongo			
6. Creo que no valgo nada o valgo muy poco			
7. Estoy orgulloso de mi mismo			
8. Siento el amor que mi familia me tiene			
9. Me siento un inútil			
10. Soy inteligente			
11. Cumpló las metas que me propongo			
12. Creo que soy un (a) niño (a) que nadie quiere			
13. Me siento bien conmigo mismo			
14. Creo que me toman en cuenta en casa			
15. Me siento inseguro			
16. Soy un niño (a) trabajador (a)			
17. Yo tengo éxito en lo que hago			
18. Creo que nadie se preocupa por mi			
19. Me siento feliz			
20. En casa me aceptan como soy			

21. Siento que nadie me quiere			
22. Soy un (a) niño (a) exitoso (a)			
23. Me quiero mucho a mi mismo (a)			
24. Mis padres me alientan para hacer las cosas			
25. Todo me sale mal			

Apéndice C

CUESTIONARIO DE RESILIENCIA

A continuación, se presentan una serie de preguntas que tienen que ver con tu forma de pensar y actuar ante la vida. Por favor coloca una (X) en el cuadro que más se acerque a lo que tu eres, pensando en qué medida crees que te sentiste, actuaste o te comportaste en una situación de crisis o cuando hayas tenido algún problema. Siempre ten presente la situación. No dejes ninguna pregunta sin contestar. Por su colaboración, muchas gracias.

Pregunta	Siempre	La mayoría de las veces	Indeciso	Algunas veces	Nunca
1. Yo soy feliz cuando hago algo bueno para los demás					
2. Yo soy respetuoso de mí mismo y de los demás					
3. Soy agradable con mis familiares					
4. Soy capaz de hacer lo que quiero					
5. Confió en mí mismo					
6. Soy inteligente					
7. Yo soy acomedido y cooperador					
8. Soy amable					
9. Soy compartido					
10. Yo tengo personas que me quieren incondicionalmente					
11. Conmigo hay personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo					
12. Hay personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro					
13. Cerca de mí hay amigos en quien confiar					
14. Tengo personas que me quieren a pesar de lo que sea o haga					

15. Tengo deseos de triunfar					
16. Tengo metas a futuro					
17. Estoy dispuesto a responsabilizarme de mis actos					
18. Estoy siempre pensando la forma de solucionar mis problemas					
19. Estoy siempre tratando de ayudar a los demás					
20. Soy firme en mis decisiones					
21. Me siento preparado para resolver mis problemas					
22. Comúnmente puedo en ayudar a los demás					
23. Enfrento mis problemas con serenidad					
24. Yo puedo controlar mi vida					
25. Puedo buscar la manera de resolver mis problemas					
26. Puedo imaginar las consecuencias de mis actos					
27. Puedo reconocer lo bueno y lo malo de mi vida					
28. Puedo reconocer mis cualidades y defectos					
29. Puedo cambiar cuando me equivoco					
30. Puedo aprender de mis errores					
31. Tengo esperanza en el futuro					
32. Tengo Fe en que las cosas van a mejorar					

PREGUNTAS ABIERTAS

¿Has pasado por una situación difícil o algún problema?

Sí _____

No _____

En caso afirmativo, describe que problema o situación difícil viviste

Describe, cómo te sentiste, que pensaste y como actuaste ante el problema

¿Qué factores te ayudaron a salir delante de dicha situación?

1. Mi propia persona
2. Familia
3. Amigos
4. Vecinos y comunidad
5. Escuela
6. Servicios médicos y sanitarios
7. Servicios legales
8. Otros _____

Comentarios del aplicador
