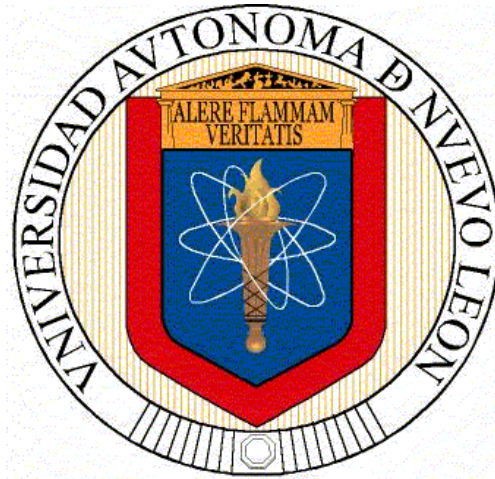


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



TESIS

**UN ANÁLISIS DE LA RELACIÓN EXISTENTE ENTRE VARIABLES
PERSONALES, FAMILIARES Y ESCOLARES CON CONDUCTAS
ALIMENTARIAS DE RIESGO EN ESTUDIANTES DE
PREPARATORIA.**

PRESENTA

JOSÉ FRANCISCO CANTÚ ARRIAGA

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN DOCENCIA CON
ORIENTACIÓN EN EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR**

FEBRERO 2016

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



TESIS

**UN ANÁLISIS DE LA RELACIÓN EXISTENTE ENTRE VARIABLES
PERSONALES, FAMILIARES Y ESCOLARES CON CONDUCTAS
ALIMENTARIAS DE RIESGO EN ESTUDIANTES DE
PREPARATORIA.**

PRESENTA

JOSÉ FRANCISCO CANTÚ ARRIAGA

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN DOCENCIA CON
ORIENTACIÓN EN EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR**

DIRECTOR DE TESIS

DR. JUAN CARLOS SANCHEZ SOSA

MONTERREY, NUEVO LEÓN, MEXICO.

FEBRERO DE 2016.

AGRADECIMIENTOS

Definitivamente este proyecto no se habría podido realizar sin la participación de muchas personas que me brindaron su apoyo; es por eso que quiero expresar mis más sincero agradecimiento a quienes de una u otra manera me han acompañado en el desarrollo de este mismo.

En primer lugar agradezco a mi director de tesis el Dr. Juan Carlos Sánchez Sosa, quien siempre con su paciencia, disponibilidad y generosidad compartió su experiencia y amplio conocimiento sobre la investigación estudiada en esta tesis. Le agradezco también por sus siempre atentas y rápidas respuestas a las diferentes inquietudes surgidas durante el desarrollo de este trabajo, lo cual se ha visto reflejado en los buenos resultados obtenidos.

A los sinodales Mtra. Sonia A. Garza Frías y Dr. Fernando Gómez Triana por sus siempre oportunas e inteligentes observaciones han contribuido de forma significativa a mejorar esta tesis de Maestría.

En tercer lugar a los alumnos de preparatoria, quienes sin solicitar nada a cambio han participado de forma generosa en la aplicación de los instrumentos.

Deseo expresar un agradecimiento especial al MEC. Luciano Escamilla Reyes Coordinador de la Preparatoria, ya que, gracias a su apoyo constante se ha logrado el presente propósito.

Finalmente agradezco a mi esposa, Yudith Quintanilla Saldierna, que está presente en cada momento de mi vida, incentivándome con cariño, paciencia y amor.

A mis hijos Marlyn y José Francisco por su gran apoyo, cariño y paciencia para la realización de este proyecto el cual hizo posible ver culminada mi meta.

A mis padres, Sr. Juan Cantú García (+) y Sra. Josefina Arriaga García por brindarme la posibilidad de recibir la mejor educación posible y por ser el mejor ejemplo de vida, respeto, honestidad y cariño. Ellos me guiaron siempre para mantenerme firme en mis propósitos e ideales y me han dado fuerza para vencer todos los obstáculos.

INDICE DE CONTENIDO

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES	10
1.1 Investigaciones sobre conductas alimentarias de riesgo en Adolescentes	10
1.2 Planteamiento del problema	15
1.3 Objetivos.....	15
1.3.1 Objetivo General.....	15
1.3.2 Objetivo Específico	15
1.4 Justificación	16
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	20
2.1 Modelo Ecológico de Bronfenbrenner	20
2.2 Variables Contextuales	25
2.2.1 Entorno Social	25
2.2.2 Entorno Familiar.....	26
2.2.2.1 Funcionamiento Familiar.....	27
2.2.3 Entorno Escolar	28
2.2.3.1 Victimización Escolar	29
2.3 Variables Personales.....	35
2.3.1 Conductas Alimentarias de Riesgo.....	35
2.3.2 La Imagen Corporal.....	36
2.3.3 Sintomatología Depresiva	38

2.3.4 Malestar Psicológico	39
2.3.5 Soledad	40
CAPÍTULO 3. METODO	41
3.1 Tipo de estudio	41
3.2 Muestra	42
3.3 Instrumentos de Evaluación	43
3.4 Procedimiento	53
CAPÍTULO 4. RESULTADOS	56
4.1 Análisis Descriptivos	56
4.2 Análisis Correlacional	60
CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN	62
REFERENCIAS	67
ANEXOS	80

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Descripción de la Muestra	42
Tabla 2 Incidencia de Sintomatología Depresiva	58
Tabla 3 Porcentajes de Malestar Psicológico	58
Tabla 4 Porcentajes de Soledad	59
Tabla 5 Porcentajes de Insatisfacción de Imagen Corporal	59
Tabla 6 Porcentajes de Funcionamiento Familiar	59

Tabla 7 Porcentajes de Victimización Escolar 60

Tabla 8 Correlaciones de las variables de estudio 61

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 Prevalencia de Conductas Alimentarias de Riesgo..... 57

ABREVIATURAS	
Conductas Alimentarias de Riesgo	CAR
Sintomatología Depresiva	SD
Malestar Psicológico	MP
Soledad	SOL
Insatisfacción de Imagen Corporal	IIC
Victimización Escolar	VICESC
Funcionamiento Familiar	FF

Resumen

El término conducta alimentaria se relaciona de forma inmediata con el hecho de ingerir alimentos; sin embargo, es una conducta compleja mediada por factores externos a la persona y no exclusivamente porque los individuos quieran satisfacer sus necesidades alimentarias y sus requerimientos nutricios. En nuestro país, las conductas alimentarias de riesgo más frecuentes en adolescentes fueron: preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se come. En las adolescentes, la principal conducta de riesgo fue la preocupación por engordar (ENSANUT 2012). En el presente estudio el objetivo fue realizar un análisis de la relación existente entre variables personales, familiares y escolares con las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) en estudiantes de preparatoria a través de un enfoque ecológico, con la finalidad de facilitar la detección temprana en adolescentes con manifestaciones de CAR y el grado en que influyen dichas variables. Esto a través de una muestra total de 240 estudiantes de Nivel Medio Superior pertenecientes a varios Municipios suburbanos de un estado del norte de México. Para tal efecto se realizó un análisis correlacional descriptivo no experimental de tipo transversal. Los resultados obtenidos arrojaron correlaciones significativas con las cuatro variables personales. Sin embargo como se puede observar la relación más alta refirió a la variable negativa de insatisfacción de imagen corporal ($r^o = .540$; $p = .000$).

Asimismo, para la variable sintomatología depresiva se mostraron igualmente correlaciones moderadamente altas ($r^o = .403$; $p = .000$), mientras que para las variables de malestar psicológico y soledad se obtuvieron correlaciones similares ($r^o = .283$; $p = .000$) y ($r^o = .273$; $p = .000$) respectivamente.

Palabras clave: Conductas alimentarias de riesgo, insatisfacción de imagen corporal, sintomatología depresiva, malestar psicológico, modelo ecológico, entorno escolar.

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES

1.1 Investigaciones sobre conductas alimentarias de riesgo en Adolescentes.

Benjet, Méndez, Borges, Medina (2012) investigaron que la anorexia, bulimia y el trastorno por atracones se estima en 0.5%, 1.0% y 1.4%, respectivamente. Entre 83 y 100% reportan discapacidad y todos aquellos con anorexia y casi la mitad de aquellos con bulimia y atracones reportan discapacidad grave. Sin embargo, ni una cuarta parte con uno de estos trastornos ha recibido tratamiento a pesar de la discapacidad que generan.

Por otra parte investigaciones realizadas por Silva, Behar, Cordella, Ortiz, Jaramillo, Alvarado y Jorquera (2012) muestran datos obtenidos en 1.964 estudiantes universitarios en donde el 17,8% de las mujeres encuestadas presentaron problemas de la conducta. La bulimia nerviosa alcanza una presencia de 6,1% del total de evaluados. Además, el 6,8% de los hombres reportaron algún tipo de alteración alimentaria, incluyendo 3,3% de presencia de bulimia.

Sánchez (2009) en su estudio menciona que la prevalencia de conducta alimentaria de riesgo en adolescentes escolarizados supera el 20%, esto de acuerdo al análisis de conglomerados realizado a todas las variables en donde el 24.98% de los participantes reportan puntuaciones altas de conducta alimentaria de riesgo.

Gila, Castro, Gómez y Toro (2005) evaluaron la autoestima social y corporal en adolescentes con trastornos en la alimentación comparando estos factores en 170 pacientes adolescentes con trastornos de la alimentación, 115 con anorexia nerviosa (media de edad 15.6) .55 con bulimia nerviosa (media de edad 16.2) y 359 chicas de la población general (media de edad 14.9).

Algunas investigaciones han encontrado que existe una relación positiva entre la edad y el Índice de Masa Corporal (IMC) así como con las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR). Estos estudios concluyeron que las mujeres con sobrepeso (13.3%) y los varones con obesidad fueron los que presentaron los mayores porcentajes de CAR (15%). (Saucedo y Unikel, 2009).

En investigaciones realizadas por Guadarrama y Mendoza (2009) de un total de 316 sujetos, el 8% mostró sintomatología de anorexia y 6% síntomas de bulimia; 3% rebasó

ambos puntos de corte, ubicándose en la categoría de mixto. El 83% restante no manifestó síntomas de trastornos de la conducta alimentaria. En cuanto al sexo, 14% de los hombres (141 sujetos) fueron propensos a padecer dichos trastornos, alcanzando un porcentaje similar tanto de anorexia (6%) como de bulimia (6%); 2% se ubicó dentro del tipo mixto y 86% no manifestó síntomas de dichos padecimientos. En la población femenina, integrada por 175 sujetos, se obtuvo que el 6% presentó síntomas de bulimia, 10% de anorexia y 4% se ubicó dentro del grupo mixto; el porcentaje restante (80%) no manifestó síntomas de trastornos alimenticios.

Por otra parte, López, Molina, Rojas y Angarita (2009) en su estudio demuestran la presencia de algunos síntomas de trastornos de conducta alimentarias (incidencia de percepción de sobrepeso y delgadez, y conductas alimentarias de riesgo, tales como, el uso de medicamento para perder apetito, laxantes, vomitar, etc.).

León, Gómez y Platas (2008) examinaron altos porcentajes de adolescentes que se preocupan por su peso (65%) y que han realizado dieta (56%) confirmando que en México los patrones alimentarios restrictivos también se convierten con el paso del tiempo en una conducta «normal», ampliamente aceptada.

Johnson y Wardle (2005) analizaron los efectos de diversos factores respecto a los desórdenes alimenticios, encontrando que las correlaciones simples confirman la expectativa que los niveles más altos de insatisfacción corporal y restricción alimentaria están asociados con los niveles de ingesta alimenticia anormal y bajo peso, sintomatología bulímica y depresión.

Nolen, Stice, Wade y Bohon (2007) hallaron que la conducta de rumiar asociada con la bulimia está unida a estados depresivos. En un estudio longitudinal realizado por Measelle; Stice y Hogansen (2006) encontraron que en los sujetos que presentaron niveles iniciales de depresión se presentaban desórdenes alimenticios posteriores.

Chávez, Camacho, Maya, Márquez (2007) en una investigación realizada a 182 alumnos (157 mujeres y 25 hombres) con un promedio de edad de 20.5 años. mostraron 8.8% de participantes con sintomatología de trastornos del comportamiento alimentario, hallando independencia con la variable índice de masa corporal, no obstante, en el porcentaje de grasa si se observaron diferencias estadísticamente significativas. La insatisfacción corporal, se presentó en 33.51%.

Sánchez y Bernal (2012) en estudios realizados obtuvieron resultados donde los adolescentes manifestaron que existe una insatisfacción corporal que no es exclusiva de las mujeres, sino que además en los hombres cada día se presenta con mayor frecuencia.

Investigaciones llevadas a cabo por Figueroa, García, Revilla, Caballero y Unikel (2010) a través de una muestra de 257 mujeres entre 15 y 19 años de edad, estudiantes de bachillerato en la ciudad de Colima, México, reportaron que el 8.3 % de las participantes presentó puntuaciones elevadas en conductas alimentarias de riesgo, principalmente de tipo restrictivo. Obtuvieron correlaciones positivas entre las sub escalas del Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal con la conducta alimentaria y la insatisfacción con la figura, siendo la más importante el malestar con la imagen corporal.

Si analizamos el problema de los desórdenes alimenticios desde este enfoque, debemos considerar que sus causas son múltiples y complejas y que es preciso examinarlas en términos de interacción entre individuos y contextos (Díaz-Aguado, 2002).

1.2 Planteamiento del problema

La presente investigación pretende analizar y aportar elementos que permita a la comunidad educativa conocer el fenómeno de las conductas alimentarias de riesgo a través de la siguiente pregunta ¿Cuáles son los factores personales, familiares y escolares asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes? A través de esta pregunta se pretende establecer la relación existente entre las conductas alimentarias de riesgo y 1) los factores personales de malestar psicológico, insatisfacción de imagen corporal, sintomatología depresiva y soledad; 2) la victimización escolar; y 3) El funcionamiento familiar. Los antecedentes descritos, el estudio sobre la literatura en torno a la violencia escolar así como el modelo ecológico de Bronfenbrenner dan sustento al planteamiento del problema de la presente investigación.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Analizar la relación existente entre variables personales, familiares y escolares con conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de preparatoria.

1.3.2 Objetivos Específicos

1.3.2.1 Determinar la prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo, estimando la ausencia, así como sus valores moderados y altos.

1.3.2.2 Estimar la incidencia de las variables personales analizadas: sintomatología depresiva, soledad, malestar psicológico e insatisfacción de imagen corporal. Considerando la ausencia y los valores moderados y altos de cada una de las variables.

1.3.2.3 Establecer valores bajos medios y altos de la variable de funcionamiento familiar

1.3.2.4 Estimar el índice de la victimización escolar, considerando la ausencia de victimización, así como sus valores medios y altos.

1.3.2.5 Analizar la relación existente entre las variables de estudio

1.4. Justificación

En nuestro país, de acuerdo con la encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) existen algunas prácticas de riesgo que en los últimos tiempos se han

convertido en una moda principalmente en la población joven, tal como la práctica de ayunos, dietas, exceso de ejercicio para buscar perder de peso, Es el estudio realizada jóvenes de entre 14 y 19 años, arrojo que el 3.2% de ellos practico algún tipo de conducta alimentaria en riesgo.

De acuerdo a una encuesta realizada por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2011).En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. Las muchachas tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina.

En un estudio reciente en niños de 9 a 14 años, en los Estados Unidos, determinó que el 7,1% de los varones y el 13,4% de las niñas mostraban conducta relacionada con problemas alimentarios. Otro estudio en niños que cursaban del 3° a 6° grado, reportó que el 45% querían ser más delgados, el 39% había tratado de perder peso y el 6,9% estaba en el

grupo de alto riesgo para desordenes de conducta alimentaria tempranas edades” (Nazario, 2012).

En México, las conductas alimentarias de riesgo más frecuentes en adolescentes fueron: preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se come. En las adolescentes, la principal conducta de riesgo fue la preocupación por engordar (19.7%). En los varones, la conducta de riesgo más frecuente fue hacer ejercicio para perder peso (12.7%). Estos resultados permiten conocer la magnitud y tendencias de las conductas alimentarias de riesgo en los adolescentes mexicanos.(ENSANUT 2012)

Por otra parte la Subsecretaría de Educación Media Superior (SEMS) de la SEP (2014) muestra la Tercera Encuesta Nacional sobre Exclusión, Intolerancia y Violencia en las Escuelas de Educación Media Superior, en donde reporta que tanto hombres como mujeres recurren a prácticas relacionadas con trastornos alimenticios, como la bulimia y la anorexia, y si bien es mayor entre las mujeres, lo cierto es que los porcentajes entre los varones no son tan bajos como se pensaba. La proporción aumenta a 13.5% en el caso de las mujeres, frente a 7.1% reportado por los varones. La proporción más alta reportada es para la categoría “has usado pastillas para tratar de bajar de peso”, pues alrededor de 24% de los estudiantes encuestados afirmó haberlo hecho al menos una vez en los últimos tres

meses. Una vez más, la proporción es más alta para las mujeres (28.8%) que la de los hombres (18.6%). Además, 24.1% de las mujeres afirmó haber dejado de comer por 12 horas o más para intentar bajar de peso, cifra superior al 13.6% que reportan los estudiantes varones.

Una investigación realizada por Morales (2012) sobre Conductas de Riesgo frente a la Anorexia en adolescentes de 12 y 18 años de edad del Instituto Tecnológico Superior República del Ecuador en el período septiembre 2011 – octubre 2012, en adolescentes concluye que el 27% de los encuestados presentan una inconformidad relacionada con su peso.

Las conductas alimentarias de riesgo incluyen una frecuencia del 10% para la práctica de atracones, 18% para la práctica de ayunos, 17% para el uso de diuréticos y laxantes y el 6.7 % para el vómito auto-provocado, en una población mexicana con muestra del Distrito Federal” (Rodríguez y Fuentes, 2011)

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1. Modelo Ecológico de Bronfenbrenner

El modelo ecológico del desarrollo humano de Urie Bronfenbrenner representa un marco teórico idóneo para el estudio del análisis de la relación existente entre variables personales, familiares y escolares con Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR), debido a que comprende todos los entornos en los que se desenvuelve el adolescente.

De acuerdo a este modelo se estima que la adolescencia es la etapa en donde se presentan y desarrollan los desórdenes alimenticios, la cual es construida a partir de materiales e interacciones de un contexto que determina el marco de sus posibilidades y oportunidades (Funes, 2005).

El motivo del siguiente proyecto, se concentra en analizar cómo es que diversos entornos (familia y escuela) mediados por una serie de variables personales (psicosociales), contribuyen en las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de preparatoria. Por lo tanto, estas variables psicológicas intervienen directamente en la conducta alimentaria de

riesgo y a la vez como mediadoras en la relación entre los diversos contextos y dicha conducta desadaptativa de la población de la zona rural estudiada.

Esta estructura denominada por Bronfenbrenner ambiente ecológico, delimita los contextos interactivos del individuo y considera que el desarrollo individual se lleva a cabo a través de los intercambios que la persona establece con su ecosistema inmediato que sería la familia y otros ambientes más distales como la escuela (Gracia y Musitu, 2000).

El modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner nos da un marco conceptual y teórico para entender las relaciones entre los adolescentes y el entorno social. En este modelo el centro de estudio pasa del sujeto a los entornos sociales en los que tiene lugar el desarrollo físico, emocional y cognitivo del joven.

El principio básico del modelo ecológico de Bronfenbrenner nos menciona que el desenvolvimiento humano supone la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo que está en proceso de desarrollo por un lado, y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que esa persona en desarrollo vive, por otro lado. Hemos de entender a la persona no solo como un ente sobre el que repercute el ambiente, sino como

una entidad en desarrollo y dinámica, que va implicándose progresivamente en el ambiente y por ello influyendo también e incluso reestructurando el medio en el que vive.

Desde este enfoque se concibe al ambiente ecológico como un grupo de estructuras seriadas y estructuradas en distintos niveles, en donde cada uno de esos niveles contiene al otro. Bronfenbrenner (2002) llama a esos niveles el microsistema, el mesosistema, el exosistema y el macrosistema. El microsistema constituye el nivel más inmediato en el que se desarrolla el individuo, como la familia y la escuela; incluye todas aquellas actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona experimenta en su entorno inmediato determinado. El mesosistema comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa (para un niño, por ejemplo, las relaciones entre el hogar, la escuela y el grupo de pares del barrio). Al exosistema lo integran contextos más amplios que no incluyen a la persona como sujeto activo, pero en los que se producen hechos que afectan a lo que ocurre en los entornos en los que la persona sí está incluida. Por último, el macrosistema viene configurado por la cultura y la subcultura en la que se desenvuelve la persona y todos los individuos de su sociedad.

Desde esta perspectiva, el joven se sitúa en un momento de cambio ecológico durante la cual se produce una modificación de la posición del sujeto en el entorno

ecológico como consecuencia de un cambio de rol y de ambiente. Toda transformación es resultado y causante de los procesos de desarrollo y depende conjuntamente de los cambios biológicos y de la modificación de las circunstancias ambientales, en un proceso de acomodación mutua entre el organismo y su ambiente.

En este planteamiento se considera que el joven se desarrolla y se ajusta a través de intercambios con sus entornos más próximos o microsistemas como son la familia y escuela.

La transformación del concepto de la adolescencia, la cual después de considerarse como una fase caracterizada por innumerables problemas y tensiones, de confusión normativa y oposiciones a veces atribuido a los cambios físicos y hormonales propios de la edad o bien a atributos de carácter interno, ha sido reemplazada por otra que se centra más en los aspectos interactivos del desarrollo, presentando a la adolescencia como un periodo de evolución durante el cual el individuo se enfrenta a un amplio rango de demandas, conflictos y oportunidades (Sánchez, 2009).

De acuerdo a Musitu, Buelga, Lila y Cava (2001) estos diferentes cambios del desenvolvimiento se dan mayormente entre los 12 y los 20 años de edad. Dividiendo estos en tres etapas:

- Primera etapa. Adolescencia (12-14 años), etapa en la que se producen la mayor parte de los cambios físicos y biológicos que se mantendrán durante toda la adolescencia;
- Segunda etapa. Adolescencia media (15-17 años), etapa en la que los cambios de estado de ánimo son bruscos y frecuentes, expresan una mayor preocupación por su imagen y empieza la implicación en conductas de riesgo, y
- Tercera etapa. Adolescencia tardía (18-20 años), etapa en que aumenta el riesgo de conductas desadaptativas, tales como el consumo de drogas, conductas agresivas, la conducción temeraria o las conductas sexuales de riesgo, la cual se viene alargando en los últimos años debido a que los jóvenes permanecen más tiempo en el hogar parental.

Como resultado, podemos sostener que la edad de la adolescencia supone un cambio evolutivo en la que una persona debe hacer frente a numerosos cambios. Todos estos numerosos cambios se presentan en tres grandes áreas: cambios en el desarrollo físico o biológico, cambios en el desarrollo psicológico y cambios en el desarrollo social.

2.2 Variables Contextuales

2.2.1 Entorno Social.

El nivel de aceptación social de un estudiante en su escuela hace referencia al estatus social que el resto de los compañeros le asignan (Jiménez, Musitu y Murgui, 2009).

El desarrollo de socialización, importante para la vida del ser humano (Becoña, 2007), es decisivo y relevante durante el ciclo de la vida del individuo.

Si examinamos a la juventud como un ciclo largo de la vida y de diferentes acontecimientos que preceden a una adultez cada vez más tardía, resulta importante analizar la relación existente entre el joven y sus contextos más valiosos como son: la familia, amigos y escuela, constituidos como los ambientes donde éste pasa la mayor parte de su tiempo, ya que dependiendo del grado de adaptación del joven en este periodo de la

vida, favorecerá o dificultará que el adolescente llegue a su mayoría de edad con una gran cantidad de experiencias personales y sociales saludables y positivas.

Siendo la familia, amigos y la escuela los principales referentes de desarrollo para el joven, resulta importante analizar la influencia que directa e indirectamente tienen estos contextos.

2.2.2Entorno Familiar

Un factor importante para el buen desenvolvimiento de los hijos es el convivir en familia. Cuando se da una convivencia familiar de padres e hijos teniendo un funcionamiento adecuado es posible que estos jóvenes sean personas sean responsables e útiles en la sociedad.

Por otro lado si en esta relación familiar de padres e hijos no hay comunicación y no se da el apoyo necesario, aparecen diferentes problemas en el joven como pueden ser, por ejemplo, baja autoestima, poca satisfacción por la vida, ser antisocial y problemas de depresión y ansiedad.

La familia nos da apoyo y afecto ayudando que todos sus miembros tengan bienestar psicológico a través del desenvolvimiento de la autoconfianza y autoestima de un sentimiento de pertenencia (Musitu, Jiménez y Murgui, 2007).

Pese a que los jóvenes conviven con nuevos amigos en su núcleo social, la familia es el núcleo central que les ayuda en su andar por la vida y ofrece experiencias específicas de desenvolvimiento que ayuden en las interacciones que establecen en otro entorno (Musitu, et al, 2001)

Musitu y Cava (2003) concluyeron a través de una investigación que para que la adaptación de los adolescentes sea benéfica, se requiere del apoyo de los padres de familia, aunque tengan diferentes relaciones de amigos o de pareja

2.2.2.1 Funcionamiento Familiar

El funcionamiento familiar se define como el conjunto de rasgos que caracterizan a la familia como sistema y que explican las regularidades encontradas en la forma en que el sistema familiar opera, evalúa o se comporta (McCubbin y McCubbin, 1987). Dicho funcionamiento hace referencia sobre todo al papel de los padres como agentes de

socialización y, por tanto, como transmisores de actitudes, habilidades y conductas necesarias para la integración del adolescente en la sociedad. Los mecanismos utilizados en este proceso son la interacción familiar por medio de las relaciones afectivas y los aspectos de modelado y las actuaciones disciplinarias concretadas en la supervisión y el control (Saldaña, 2001).

2.2.3Entorno Escolar

El entorno escolar nos permite analizar las diversas variables que intervienen en el establecimiento de conductas desadaptativas de los estudiantes que lo afectan tanto en el aspecto educativo como en los entornos familiares, sociales y personales. Es un entorno que ayuda a los jóvenes a desenvolverse. Cuando estos entran a la escuela, ya van preparados con un extenso inventario de creencias y conductas internas.

Los hábitos negativos que se dan dentro del núcleo familiar afecta a los jóvenes en el ámbito escolar. Algunos autores (Patterson, De Baryshe y Ramsey, 1989), han demostrado cómo las conductas antisociales aprendidas en la familia interfieren en el aprendizaje en el entorno escolar.

Los vínculos sociales y de compañerismo que tienen lugar en el salón de clases surgen a partir de las agrupaciones formales impuestas por la organización y de las asociaciones informales reguladas por las normas establecidas en la protección del grupo.

Estos vínculos y asociaciones se conforman en función de objetivos y reglas propias de la cultura a la que pertenecen los jóvenes, pero también en función de reglas específicas del grupo; además, es común que el grupo genere sus propias reglas, ayudando la diferenciación con respecto a otros grupos, la cohesión interna y su identidad de grupo.

En estas agrupaciones de jóvenes se dan distintas formas de poder y diferentes clases: los integrantes más aceptados por el grupo ocupan posiciones más centrales, mientras que aquellos menos aceptados se sitúan en posiciones más circundantes respecto del grupo.

2.2.3.1Victimización Escolar

En el ámbito escolar es frecuente el desarrollo de conductas disruptivas como la victimización escolar de quien Olweus (1998), la define como “una conducta de persecución física y/o psicológica que realiza un alumno hacia otro, al que elige como

víctima de repetidos ataques. Esta acción, negativa e intencionada, sitúa a las víctimas en posiciones de las que difícilmente pueden salir por sus propios medios”. En un trabajo posterior, Olweus (1998) añade que “un alumno es agredido o se convierte en víctima cuando está expuesto, de forma repetida y durante un tiempo, a acciones negativas que lleva a cabo otro alumno o varios de ellos”, y considera como acción negativa “toda acción que causa daño a otra persona de manera intencionada”.

La etapa de la adolescencia es un ciclo de muchos cambios en distintos niveles de la vida. Moffitt (1993) resalta el hecho de que en la adolescencia se produce un lapso o salto madurativo. Es un momento que se define como difícil y complejo, tanto para los propios jóvenes como para sus padres, ya que para el adolescente está suponiendo una transición hacia su madurez personal y en la cual experimenta una serie de nuevas experiencias y de reajustes sociales, así como la búsqueda de su propia independencia.

Por lo tanto, los adolescentes se encuentran en un momento caracterizado como de cierta indefinición personal, que a su vez viene acompañado por el deseo de conquistar el estatus adulto y alejarse de los roles infantiles (Luengo,1999).

A su vez, esa transición va a provocar cambios en las relaciones de los adolescentes con los otros, así como en el ámbito escolar, ya que van a pasar de la escuela elemental a la secundaria y en muchas ocasiones es el momento en el que tienen que tomar decisiones acerca de su futuro académico y profesional, jugando así un papel crucial para su autodefinición (Musitu et al., 2001).

Coleman y Hendry (2003) por su parte, ven necesario considerar la adolescencia como un momento de transición y nos resumen una serie de implicaciones que dicha transición conlleva:

- ✓ una anticipación entusiasta del futuro;
- ✓ un sentimiento de pesar por el estado que se ha perdido;
- ✓ un sentimiento de ansiedad en relación con el futuro;
- ✓ un reajuste psicológico importante;
- ✓ un grado de ambigüedad de la posición social durante la transición.

Dentro de las peculiaridades de cada una de las etapas que se han nombrado, se puede señalar que en la primera adolescencia es cuando se producen los mayores cambios de tipo biológico y físico.

Las fluctuaciones de estado de ánimo bruscas y frecuentes ocurren en la adolescencia media. Además, su nivel de autoconciencia es muy alto, por lo que sienten una mayor preocupación por la imagen que los demás perciban de ellos. Por último, en la adolescencia tardía es cuando aumenta el riesgo de conductas desadaptativas, tales como el consumo de drogas, conductas agresivas, la conducción temeraria o las conductas sexuales de riesgo. (Musitu et al. 2001).

Aunado a lo anterior tenemos que contemplar que las condiciones socio-históricas actuales están produciendo un alargamiento de la adolescencia en ambos extremos (adelantamiento de la maduración biológica y retraso en el desempeño de los roles adultos) lo que implica una extensión en las denominadas conductas de exploración, algunas de ellas caracterizadas por conllevar riesgo para el adolescente y las personas de su entorno.

A este respecto Moral y Ovejero en el 2004 comentan que actualmente los adolescentes viven en una crisis cuya etiología no descansa, en una revolución tormentosa

interior, sino en la propia raigambre multidimensional de sus conflictos, para estos autores el joven vive en un estado de moratoria social producto de la posmodernidad y la globalización que ha llevado a una sucesión de cambios y contradicciones, aunado al debilitamiento de los valores tradicionales, la exasperación ante las tomas de decisiones que han de adoptar, sus miembros lo que provoca tensiones y turbulencias generando egocentrismo, y practicas hedónicas en busca de la inmediatez.

Estas consideraciones nos llevan a coincidir con Jiménez quien en el 2006 menciona que la adolescencia no debe contemplarse como una mera consecuencia de procesos biológicos sino como un producto social del que todos participamos.

De esta manera, podemos hablar de una variedad de adolescencias, más o menos positivas y más o menos problemáticas, en función de las provisiones e interacciones del contexto.

En el estudio de las relaciones familia-escuela, el análisis de la influencia que la familia ejerce en el rendimiento escolar de los alumnos constituye un tema recurrente. Desde hace décadas, se ha incidido en la importancia de las actitudes familiares hacia la educación, de la existencia o no de libros en el hogar, o de las diferencias iniciales que

tienen los alumnos pertenecientes a diferentes contextos socioculturales (Musitu y Cava 2006).

Los padres influyen en las relaciones que sus hijos mantienen con profesores y compañeros en la escuela a través de las propias relaciones que existen entre los miembros de la familia.

En este sentido, dos aspectos resultan fundamentales: el tipo de vínculo establecido entre padres e hijos y el tipo de prácticas de socialización utilizadas por los padres. Igualmente, el tipo de conductas que caracterizan la interacción familiar y las representaciones cognitivas acerca de cómo son las relaciones sociales que los hijos adquieren en el seno de la familia son elementos que, sin duda, influirán en sus relaciones sociales en el contexto escolar (Musitu y Cava 2006).

El conocimiento de las principales transformaciones que se producen durante la adolescencia es una ayuda para observar la repercusión que dichos cambios pueden tener en las relaciones entre padres e hijos, hecho que a su vez nos permitirá conocer la importancia que el funcionamiento familiar tiene en el ajuste psicosocial y el desarrollo del adolescente, así como en el bienestar de todos los miembros que componen la familia.

Asimismo, dado que el ámbito familiar ejerce una gran influencia sobre el resto de contextos en los que se desenvuelven los hijos, en el presente estudio no sólo se seleccionaron variables familiares, ya que si no la investigación adolecería de factores de gran interés que deben ser tenidos en consideración, y que en el presente trabajo han mostrado su impacto en el desarrollo del adolescente.

2.3 Variables Personales

2.3.1 Conductas Alimentarias de Riesgo

Otra problemática a la que se enfrenta los estudios sobre conducta alimentaria es el relacionado con las conductas alimentarias de riesgo (CAR), debido a que la determinación de esta gira en torno a formas parciales de medidas clínicas de trastornos de conducta alimentaria (TCA) (Ballester, Gracia, Patiño, Suñol y Ferrer, 2002).

Los criterios de CAR giran en torno a los síntomas de los cuadros clínicos de los trastornos de la conducta alimentaria de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM IV. De tal manera que los criterios de CAR se basan en puntuaciones bajas de los diferentes

rasgos clínicos de TCA o de consideraciones acerca de dietas crónicas restrictivas (Unikel, Bojorquez y Carreño, 2004; Calado, Lameiras y Rodríguez, 2004).

2.3.2 La Imagen Corporal

El principal problema de la investigación en Psicología sobre trastornos de conducta alimentaria es que se ha centrado en la determinación de alteraciones de la imagen corporal como el elemento psicológico a considerar tanto en la etiología al considerarlo un factor predisponente (insatisfacción de imagen corporal) a la vez que se le considera como criterio diagnóstico (distorsión perceptiva del tamaño corporal) (Sánchez, 2007).

Tal designación, ha provocado que se estudie la imagen corporal casi exclusivamente como una variable asociada a trastornos de comportamiento alimentario sin considerar que diversas investigaciones reportan alteraciones en la imagen corporal relacionadas con el sobrepeso (Montaño-Castrejón, Reyes-Velásquez, 2006).

A este respecto, Sánchez (2007) considera que existe una contradicción respecto al considerar a la alteración de imagen corporal como una categoría diagnóstica de trastornos de conducta alimentaria ya que estos trastornos están directamente asociados con una

condición de infrapeso, mientras que la alteración de imagen corporal tendría que ser considerada como factor de riesgo de problemas alimenticios que abarcarían no solamente a problemáticas relacionadas con el infrapeso, sino que estarían igualmente asociadas a actividades en donde el sobrepeso estaría presente lo cual presupone que la determinación de imagen corporal no puede ser conceptualizada como un trastorno actitudinal o perceptual sino más bien deberá de considerarse como una normatividad social de acuerdo a parámetros preestablecidos.

De lo anteriormente comentado se desprende una pregunta en relación a que es lo que realmente evaluamos cuando medimos la imagen corporal, una distorsión perceptiva o cognitiva de la imagen corporal en términos de representaciones mentales (Rivarola, 2003) derivadas de un proceso cognitivo de comparación, autoevaluación y autorechazo (Baile, Guillen y Garrido, 2002) o bien una determinación individual respecto al grado de aceptación y adopción al modelo de la delgadez lo cual implica conceptualizar a esta no como distorsión perceptual o cognitiva sino como una adaptación a los parámetros sociales impuestos respecto al ideal de la figura femenina (Sánchez, 2007).

En relación a los diversos factores o diversas facetas que componen la imagen corporal según Raich 2001 (perceptivos, emocionales, cognitivos y comportamentales) es preciso realizar un análisis de los mismos.

Diversos estudios de meta análisis (Sepúlveda, León y Botella, 2004) sugieren que la delimitación entre lo perceptual y lo cognitivo como factores independientes o interactuantes no es muy clara argumentando que el aspecto perceptual de la imagen corporal no refiere a una distorsión meramente perceptiva sino que más bien referencian aspectos actitudinales hacia el propio cuerpo.

2.3.3 Sintomatología Depresiva

El abordaje de las emociones es especialmente intrincado y generalmente se encuentra sujeto a entidades subjetivas de naturaleza interna que en algunas posturas teóricas guarda aun un carácter innato. Sin embargo, una supuesta evolución del mentalismo argumenta que estas entidades internas son interactivas, lo que genera una doble función que por un lado son independientes (como causa) pero a la vez dependientes (como elemento interactuante) de la relación social entre los individuos.

Desde una perspectiva de campo, las emociones son consideradas como conductas complejas que tienen una base biológica y por lo mismo este tipo de conductas no son propias del ser humano como comúnmente se cree sino que también está presente en otros organismos (Sánchez, 2009).

Sin embargo, en los humanos, estas conductas emocionales (Alegría, Tristeza, Euforia, Nostalgia, Coraje, etc.) son en la mayoría de los casos conductas aprendidas, en el sentido de que su ocurrencia se da bajo condiciones complejas no naturales. Por ejemplo, el llanto de una persona por una lesión sufrida es una respuesta biológica, no aprendida, mientras que el llanto de la misma persona ante la separación de su pareja, es una conducta emocional aprendida, ambas respuestas aunque similares difieren ya que la situación está mediada por experiencias previas de aprendizaje (Sánchez, 2009).

2.3.4 Malestar Psicológico

Se entiende por malestar psicológico al nivel de stress percibido, desmoralización, disconfort y desasosiego; este concepto permite obtener información sobre autopercepción de pensamientos, sentimientos y comportamientos que podrían configurar un problema de salud mental. Las situaciones críticas se expresan en los sujetos en la vulnerabilidad

psíquica, que se manifiesta a través de diversas sintomatologías: alteraciones del sueño, afecciones psicosomáticas, sentimientos de miedo y temor, desesperación, adicciones (Alderete, Plaza y Berra, 2004).

2.3.5 Soledad

La soledad puede describirse como un proceso psicológico o estado emocional displacentero y potencialmente estresante, que resulta de carencias afectivas, sociales y/o físicas, reales o percibidas, que tienen un impacto diferencial en la salud psicológica y física del sujeto, y sobre el que no existe consenso sobre su naturaleza unidimensional o multidimensional. (Moreno, D. 2010).

CAPÍTULO 3

METODO

3. 1 Tipo de estudio

Estudio correlacional descriptivo, con un diseño no experimental de tipo transversal. A continuación se dará una breve explicación de cada uno, en base a lo mencionado por Hernández, Fernández y Baptista (2003) con el fin de poder entender mejor la metodología de esta Investigación.

Correlacional: Estos estudios son los que se encargan de identificar la relación entre dos o más conceptos o variables.

Descriptivos: Estos estudios miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar.

EL tipo de diseño no experimental: Los estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.

Tipo transversal: Son los que se encargan de recolectar datos en un momento único, describe variables en ese mismo momento.

3. 2 Muestra

Se empleó una muestra completa de una institución educativa de nivel medio superior de la zona rural de un estado del norte del país, por lo que los cuestionarios se aplicaron en grupos intactos de salones de clase. La población de alumnos N=240, todos ellos entre los 14 y 17 años edad, participando hombres y mujeres, de diferentes municipios en dicha encuesta; así como se describe en la siguiente tabla.

Tabla 1. Análisis Descriptivo de la Muestra

		N	%
Genero	Hombre	133	55.40
	Mujer	107	44.60
Municipio	China	144	60.00
	Gral. Bravo	73	30.40
	Otros	23	9.60
Periodo Escolar	Primero	96	40.00
	Segundo	82	34.20
	Tercero	62	25.80
Clasificación Adolescencia	Tempranos (12-14)	20	8.30
	Medios(15-17)	217	90.40
	Tardíos(18-21)	3	1.30

3.3 Instrumentos de Evaluación

Mediante la aplicación de un cuestionario se utilizaron los siguientes instrumentos:

Cuestionario de Funcionamiento Familiar, APGAR Familiar - Smilkstein, Ashworth y Montano (1982). Esta escala fue adaptada al castellano por Bellon, Luna y Lardelli (1996).

Es una escala unifactorial tipo likert de tres opciones de respuesta (casi nunca, a veces, casi siempre) que consta de 5 reactivos y proporciona un nivel general de funcionamiento familiar (por ejemplo, «¿Estás satisfecho con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes algún problema?», «¿Sientes que tu familia te quiere?»). Se trata de un cuestionario que puede administrarse tanto por el entrevistador como ser cumplimentado directamente por la persona entrevistada. Su rango es por tanto de 5 a 15. Es una herramienta útil para detectar disfunción familiar. La escala original mostró una consistencia interna de $\alpha = 0.84$. Se obtuvo el mismo coeficiente en una muestra chilena (Caqueo y Lemos, 2008) En población mexicana Sanchez-Sosa (2009) la escala obtuvo una consistencia interna de $\alpha = 0.79$. Este cuestionario se ha utilizado en diversos estudios, para la valoración familiar en casos de alcoholismo, sida, depresión y embarazos en adolescentes (Rangel, Valerio, Patiño y García, 2004). Para su codificación se estiman valores de > 11 como funcional y < 11 como disfuncional. Todos los ítems están redactados en sentido positivo por lo que la

puntuación de obtiene a través de la suma simple de los ítems. No parecen influirse los resultados por el nivel cultural del entrevistado y se ha utilizado desde edades tan tempranas como los 10-11 años. En la validación española de Bellon, Delgado, Luna y Lardelli (1996) la fiabilidad test-retest fue de .75 y una consistencia interna de 0.84. El análisis factorial de la validación española reveló la existencia de un único factor en la escala integrado por los 5 ítems, que explicó el 61.9% de la varianza. En cuanto a la validez, en el trabajo original se obtuvo un alto grado de correlación (.80) con el Pless-SatterwhiteFamilyFunction Índice. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnership), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutive (resolve).

(Ver anexo 1 pág. 80)

Escala de Victimización en la Escuela. Este instrumento ha sido elaborado por el Equipo Lisis, a partir de la Escala Multidimensional de Victimización de Mynard y Joseph (2000) y el Cuestionario de Experiencias Sociales de Crick y Grotpeter (1996). Todos los ítems están redactados en una misma dirección.

El instrumento cuenta con 22 ítems en donde los primeros 20 describen situaciones de victimización directa e indirecta de los iguales (10 ítems corresponden a victimización

directa y 10 a victimización indirecta), con una escala de respuesta tipo Likert de cuatro puntos (1 = nunca, 4 = muchas veces). En un estudio previo (Cava, Musitu, y Murgui, 2007) se realizó un análisis factorial con rotación oblimin que indicó una estructura de tres factores, victimización relacional, victimización física y victimización verbal, que explican en conjunto el 62.18% de varianza (49.26%, 7.05% y 5.87% respectivamente):

Victimización relacional:(ítems 2 + 5 + 7 + 8 + 10 + 12 + 14 + 17 + 18 + 19)

Victimización manifiesta física:(ítems 1 + 9 + 13 + 15)

Victimización manifiesta verbal: (ítems 3 + 4 + 6 + 11 + 16 + 20)

Ítem 21: Permite conocer si la persona que contesta el cuestionario es victimizada reiteradamente por una persona o varias.

Ítem 22: Permite conocer la frecuencia con la que ocurren las situaciones descritas en la escala.

Fiabilidad: En estudios previos se ha observado una fiabilidad de las subescalas que oscila entre .75 y .91 según el alfa de Cronbach (Cava, Musitu y Murgui, 2007; Cava, Buelga,

Musitu y Murgui, 2010; Cava, Musitu, Buelga y Murgui, 2010; Estévez, Murgui y Musitu, 2009; Jiménez, Musitu, Ramos y Murgui, 2009). El alpha de Cronbach obtenido para estas subescalas en nuestra última investigación ha sido de .87, .67 y .89, respectivamente.

Validez: Esta escala presenta correlaciones positivas con medidas de ansiedad, sintomatología depresiva, estrés percibido, sentimiento de soledad, comunicación familiar negativa y expectativas negativas del profesor (Cava, 2011; Crik y Grotpeter, 1996; Estévez, Musitu y Herrero, 2005a, 2005b; Herrero, Estévez y Musitu, 2006; Jiménez et al. 2009; Storch y Masia-Warner, 2004). Muestra correlaciones negativas con medidas de clima familiar, autoestima, satisfacción con la vida, estatus sociométrico y percepción positiva del alumno por el profesor (Cava, Musitu y Murgui, 2007; Cava, Buelga et al., 2010; Cava, Musitu et al., 2010; Estévez, Jiménez y Moreno, 2010; Estévez, Martínez y Musitu, 2006; Jiménez et al. 2009). (*Ver anexo 2 pág. 80*)

*Escala de Sintomatología Depresiva (CESD).*Center of Epidemiological Studies Depression Scale (CESD) Radloff (1977).Adaptación: Grupo LISIS. Universidad de Valencia. Facultad de Psicología. Esta escala cuenta con 20 reactivos es una escala unifactorial. Población a la que va dirigida: Todas las edades a partir de los 18 años, aunque

también puede utilizarse en edades inferiores siempre y cuando haya garantías de su comprensión.

Codificación

Ánimo Depresivo:

ítem 1+2+3+4*+5+6+7+8*+9+10+11+12*+13+14+15+16*+17+18+19+20.

La estimación de la escala se obtiene mediante la suma de todos los reactivos por que se tienen que invertir los valores de los reactivos redactados en sentido inverso (4,8,12,16). A mayor puntaje mayor ánimo depresivo.

Propiedades psicométricas

Fiabilidad: La fiabilidad de la escala global según el alpha de Cronbach es de .92.

Validez: Correlaciona negativamente con medidas de autoestima, apoyo familiar y comunicación familiar y positivamente con el conflicto familiar, la percepción de estrés y los problemas de conducta y victimización en la escuela. En la literatura científica existe

documentación abundante sobre su validez convergente con otras escalas que miden sintomatología depresiva. (*Ver anexo 3 pág. 82*)

Cuestionario de la Forma Corporal. Body Shape Questionnaire (BSQ. Cooper, Fairburn y Taylor (1987).

El BSQ es un cuestionario diseñado para valorar la insatisfacción corporal de Trastornos de Conducta Alimentaria TCA (anorexia y bulimia), el cual ha mostrado su capacidad para evaluar la figura en personas que no sufren de estos trastornos (Raich, 2001). Consta de 34 ítems que evalúan aspectos actitudinales de la imagen corporal: insatisfacción / preocupación por el peso y línea. El cual es muy útil según Raich (2001) para discriminar entre personas sin problemas, personas preocupadas por su imagen corporal y personas con trastornos alimentarios.

La bibliografía revisada no da cuenta de subescalas sin embargo, utilizando el método de componentes principales en este estudio se obtuvo una estructura bifactorial que explica el 62.88% de varianza. Sin embargo al analizar las cargas factoriales se encontró que solo el ítem 32 presenta una mayor carga para el segundo factor (.579) aunque presenta también una carga alta en el primero (.522), de tal forma y de acuerdo al criterio de Cattell (punto de

inflexión de la curva de sedimentación) se determina una estructura monofactorial que explica el 57.35% de varianza.

Codificación: en la adaptación latina se encontraron cinco factores principales es una escala tipo likert con 6 opciones de respuesta pudiéndose obtener una puntuación mediante suma directa entre 34 y 204 puntos (Baile, Raich y Garrido, 2003) por lo tanto esta escala no cuenta con ítems inversos. Sus puntuaciones se clasifican en cuatro categorías <81 no hay insatisfacción corporal; 81-110 leve insatisfacción corporal; 111-140 moderada insatisfacción corporal; >140 extrema insatisfacción corporal (Espina, Ortego, Ochoa, Alemán y Juaniz, 2001; Cooper, Taylor y Cooper, 1987).

Fiabilidad: La consistencia interna (alfa de cronbach) obtenido en muestra no clínica es de $\alpha = 0.97$. La fiabilidad obtenida en la muestra de esta investigación es también de .97

Validez: Cuenta con una validez convergente con la subescala de insatisfacción corporal del EDI de 0.78 y con el EAT de 0.71 (Rodríguez y Cruz, 2006). (**Ver anexo 4 pág. 83**)

Escala de Malestar Psicológico. Kessler Psychological Distress Scale (K10) Kessler y Mroczek (1994). Adaptación Grupo Lisis (2011). La escala de Malestar Psicológico de

Kessler presenta una serie de cuestionamientos relacionados con comportamientos depresivos y de ansiedad, los cuales se evalúan en conjunto proporcionando una medida de malestar psicológico. Por lo que presenta una estructura mono factorial. Es un cuestionario autoadministrado tipo Likert de cinco opciones de respuesta (siempre, casi siempre, a veces, casi nunca, nunca) cuyo rango de puntuaciones oscila entre los 10 y los 50 puntos. Todos los reactivos tienen una misma orientación, por lo que la puntuación se obtiene a través de la suma simple de los reactivos.

10-19 tienden a ser bien

20 a 24 probabilidades de tener un trastorno leve

25 a 29 probabilidades de tener un trastorno moderado

30 a 50 probabilidades de tener un trastorno grave

Propiedades psicométricas (Este instrumento se encuentra actualmente en proceso de análisis psicométrico)

Fiabilidad: adaptación argentina $\alpha=.88$; (*Ver anexo 5, pág. 85*)

Escala de Soledad UCLA (UCLA Loneliness Scale, Russel (1996). Adaptación Expósito y Moya (1999). La escala cuenta con 20 ítems. Es Unifactorial. Codificación

Soledad: (ítems 2, 3, 4, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 17, 18) (ítems inversos 1, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19, 20)

Para obtener la puntuación se tienen que recodificar los ítems inversos.

Fiabilidad: La escala presenta unos coeficientes de fiabilidad que oscilan entre .74 a .94 según la población a la que se aplique el cuestionario (Ireland y Power, 2004; Russell, 1996). En cuanto a la adaptación española, Expósito y Moya (1999) informan de un coeficiente de fiabilidad de .91.

Validez: Esta escala correlaciona de manera significativa con apoyo social (Segrin, 2003) y extraversión.- introversión (Russell, 1996) y depresión, estilos atribucionales, conducta social, sentimientos de abandono, indefensión y aislamiento (Expósito y Moya, 1999).

Además, también se relaciona negativamente con la cantidad de tiempo pasado con la familia y con los amigos (Segrin, 2003) y con bullying (Ireland y Power, 2004). (*Ver*

Anexo 6, pag.86)

Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR). Unikel-Santocini, Bojorquez-Chapela y Carreño-García (2004). El cuestionario fue elaborado con base en los criterios diagnósticos del DSM-IV. Cuenta con una estructura interna de tres factores con una varianza explicada de 64.7%. Consta de 10 preguntas sobre 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 pastillas para bajar de peso) y purgativo (vómito autoinducido, uso de laxantes y de diuréticos). Este instrumento no cuenta con ítems inversos, cuenta con 4 opciones de respuesta: nunca o casi nunca, algunas veces, frecuentemente (dos veces en una semana) o muy frecuentemente (más de dos veces en una semana), y la mayor puntuación en el cuestionario corresponde a mayor cantidad de anomalías en la conducta alimentaria.

Propiedades Psicométricas: Fiabilidad: Dicho instrumento cuenta con una confiabilidad de alfa .83 y el análisis discriminante mostró que casi el 90% de los casos fueron correctamente agrupados.

A partir de los análisis el punto de corte de 10 fue el que mostró los mejores resultados: arrojó una sensibilidad de 0.81 y una especificidad de 0.78, con un valor predictivo positivo de 0.38 y un valor predictivo negativo de 0.96. Cabe mencionar que este instrumento

establece preguntas principalmente por conductas, y la frecuencia con la que éstas se manifiestan, con lo cual permite obtener datos sobre prácticas dañinas sin importar con qué elementos psicológicos se relacionen.

En un estudio realizado por Sánchez-Sosa (2009) se encontró una estructura factorial de tres dimensiones A) Conducta Purgativa (ítems 4, 8, 9,10); B) Conductas Compensatorias (ítems 1,5,6,7) y C) Atracones (ítems 2,3) que explican el 61.78% de la Varianza total. La consistencia interna global del instrumento fue de .73 y para los factores se obtuvieron índices bajos pero aceptables Factor 1 .77; factor 2 .68 y factor 3 .69. (*Ver anexo 7, pág. 87*)

3. 4 Procedimiento

Una vez seleccionadas las escalas a utilizar, se aplicaron 240 cuestionarios a estudiantes de preparatoria perteneciente a varios Municipios del Estado de Nuevo León.

En la aplicación del cuestionario se consideraron una serie de compromisos institucionales tanto de servicio como de formación que garantizara una recolección de datos de calidad y el cumplimiento ético de proporcionar a las instituciones los resultados

del estudio y el compromiso de atender las posibles necesidades detectadas producto de la investigación.

Una vez determinado el número de alumnos del centro académico seleccionado para participar en la investigación, se procedió a informar al director sobre el propósito de la investigación con el fin de solicitar la aplicación del cuestionario que serviría para la obtención de datos relevantes en el proyecto.

Asimismo se estableció un compromiso entre las personas que participaron como colaboradores del estudio teniendo a su cargo la tarea de aplicar los instrumentos además de concientizar a los encuestados de la importancia de la veracidad de sus respuestas.

La importancia de llevar a cabo una recolección de datos de calidad con los requisitos antes señalados facilita por una parte la fiabilidad de las respuestas de los participantes.

Con anterioridad, se estableció fecha y hora en que los alumnos serían convocados para responder a los cuestionarios. En cada aula, se entregaron a cada alumno los cuestionarios a contestar asignándose dos encuestadores para cada salón.

Antes de responder a dichos cuestionarios, los colaboradores hicieron hincapié en que se trataba de un estudio en donde se les solicita su colaboración voluntaria garantizándoles la confidencialidad y el anonimato de las respuestas. A continuación, se les proporciono a todos los sujetos una serie de instrucciones, con el propósito de que lleven a cabo el trabajo con la mayor claridad posible.

Una vez explicado cómo tendrían que contestar, se les solicito que cada uno trabajara individualmente en presencia de los colaboradores. Se les instó también a que en caso de surgir cualquier duda, preguntaran a las personas encargadas de pasar los cuestionarios y no a los compañeros de clase.

Para evitar el efecto de fatiga y la posibilidad de obtener respuestas falseadas se hicieron dos versiones de cuestionario (distribuyendo de diferente manera las escalas) y se aplicó, en dos tiempos de 20 minutos con un receso de 10 minutos. Debido a la extensión del cuestionario se consideró necesario este descanso ya que la cantidad de ítems del cuestionario podría fatigar a los participantes propiciando respuestas falseadas.

Respecto a la captura de la base de datos se contó con la colaboración de dos capturista, los cuales fueron capacitadas en el manejo del SPSS.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

4.1 Análisis Descriptivos

En capítulos anteriores se plasmó el marco conceptual y teórico que fundamenta la presente investigación, además de definir objetivos, especificar la muestra empleada, así como la descripción del procedimiento y las técnicas utilizadas en el análisis de los datos.

Con la finalidad de dar cumplimiento a los objetivos planteados, en este capítulo, se describirán los análisis estadísticos sobre la información recabada.

Con el fin de determinar la prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo, se consideraron tres rangos los cuales fueron definidos en función de los valores medios y la desviación estándar obtenidos. En la Figura 1 se presenta la ausencia de conductas alimentarias de riesgo, así como sus valores moderados y altos, observándose que el 10.8% de los participantes no presentan conductas alimentarias de riesgo, mientras que el 71.7 % de los encuestados manifiestan conductas alimentarias de riesgo moderadas y el 17.5% expresan valores altos de CAR.

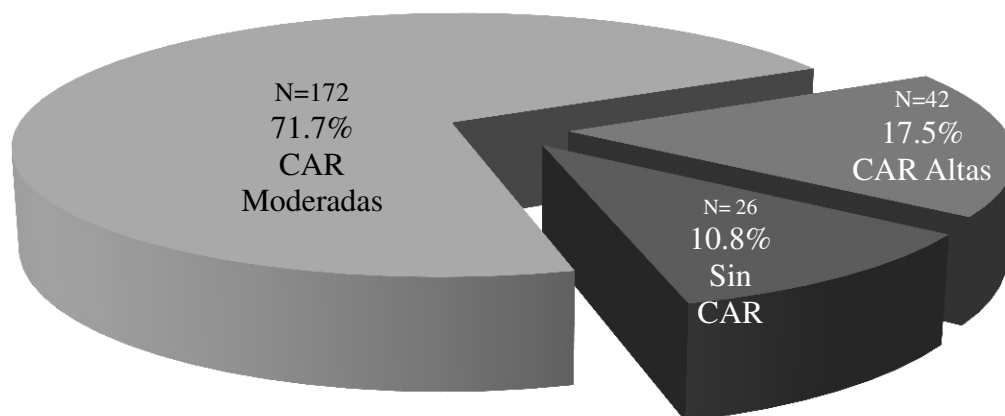


Figura 1. Prevalencia de Conductas Alimentarias de Riesgo

Para dar cumplimiento al segundo objetivo planteado en relación a la incidencia de las variables personales analizadas: sintomatología depresiva, soledad, malestar psicológico e insatisfacción de imagen corporal. Los resultados de muestran en las tablas 2, 3, 4 y 5 respectivamente

La tabla 2 presenta los porcentajes de sintomatología depresiva de la muestra estudiada, de los cuales el 12.5% declaran no presentar sintomatología depresiva. Por otra parte, el 72.1% asume síntomas depresivos moderados y el 15.4% de los adolescentes de la muestra presentan valores altos de sintomatología depresiva. Asimismo, en la tabla 3 se muestran los porcentajes de acuerdo a los mismos rangos presentados en las anteriores variables encontrando un 53.3% de alumnos sin malestar psicológico, 32.1% de malestar leve o moderado y un 14.6% exhibieron valores altos de malestar psicológico. La

incidencia de soledad de los adolescentes analizados se expresa en la tabla 4 en donde se observa que el 18.8% de los casos no reporta puntuaciones que denoten soledad, mientras que el 61.3% de los casos responden con valores moderados y el 20.0% manifiestan valores graves de soledad. Finalmente, en la tabla 5 se pueden observar los valores reportados por la muestra seleccionada en relación a la insatisfacción de imagen corporal en donde se muestra que el 60.8% de la muestra no expresa insatisfacción con su cuerpo, el 17.5% y el 14.6% manifiestan insatisfacción leve y moderada mientras que el 7.1% denota una extrema insatisfacción con su imagen corporal.

Tabla 2. Incidencia de Sintomatología Depresiva

	Frecuencia	Porcentaje
Sin Sintomatología Depresiva	30	12,5
Sintomatología Depresiva Moderada	173	72,1
Sintomatología Depresiva Alta	37	15,4
Total	240	100,0

Tabla 3. Porcentajes de Malestar Psicológico

	Frecuencia	Porcentaje
Sin Malestar Psicológico	128	53,3
Leve Malestar Psicológico	77	32,1
Grave Malestar Psicológico	35	14,6
Total	240	100,0

Tabla 4. Porcentajes de Soledad

	Frecuencia	Porcentaje
Sin Soledad	45	18,8
Soledad Moderada	147	61,3
Soledad Grave	48	20,0
Total	240	100,0

Tabla 5. Porcentajes de Insatisfacción de Imagen Corporal

	Frecuencia	Porcentaje
Sin Insatisfacción de Imagen Corporal	146	60,8
Leve Insatisfacción de Imagen Corporal	42	17,5
Moderada Insatisfacción de Imagen Corporal	35	14,6
Extrema Insatisfacción de Imagen Corporal	17	7,1
Total	240	100,0

En respuesta al tercer objetivo relacionado con el contexto familiar, en la tabla 6 se indican los porcentajes relacionados con el funcionamiento familiar de los jóvenes encuestados. Los datos arrojan que el 9.6% de la muestra expresa niveles bajos de funcionamiento familiar, por su parte, el 22.9% manifiesta valores medios y finalmente el 67.5% indican niveles altos de funcionamiento familiar.

Tabla 6. Porcentajes de Funcionamiento Familiar

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo Funcionamiento Familiar	23	9,6
Mediano Funcionamiento Familiar	55	22,9
Alto Funcionamiento Familiar	162	67,5
Total	240	100,0

El índice de victimización escolar del cuarto objetivo de esta investigación, se puede observar en la tabla 7 en la que se presentan los datos relacionados a esta variable del contexto escolar. Los valores expresados por los sujetos analizados reportan que un 12.9% manifiestan estar exentos de victimización, mientras que el 78.3% admite una victimización moderada y el 8.8% experimenta una victimización constante.

Tabla 7. Porcentajes de Victimización Escolar

	Frecuencia	Porcentaje
Sin Victimización	31	12,9
Victimización moderada	188	78,3
Victimización Constante	21	8,8
Total	240	100,0

4.2 Análisis de Correlación

Atendiendo al quinto objetivo específico y final del presente estudio se procedió a analizar las relaciones existentes entre las conductas alimentarias de riesgo y las variables personales, familiares y escolares.

Los resultados obtenidos muestran correlaciones significativas con las cuatro variables personales. Sin embargo como se puede observar la relación más alta refiere a las variable negativa de insatisfacción de imagen corporal ($r^0 = .540$; $p = .000$). Asimismo, para la variable sintomatología depresiva se muestran igualmente correlaciones moderadamente

altas ($r^o = .403$; $p = .000$), mientras que para las variables de malestar psicológico y soledad se obtuvieron correlaciones similares ($r^o = .283$; $p = .000$) y ($r^o = .273$; $p = .000$) respectivamente. Ver tabla 8.

El análisis de las conductas alimentarias de riesgo relacionadas con el contexto familiar muestra una correlación significativa aunque baja con la variable positiva de funcionamiento familiar ($r^o = -.178$; $p = .000$). Finalmente, la relación de las conductas alimentarias de riesgo con el contexto de socialización escolar muestra una correlación significativa y moderada con la variable negativa de victimización escolar ($r^o = .249$; $p = .000$). Ver tabla 8

Tabla 8. Correlaciones de las variables de estudio

	Variables Personales					Escuela	Familia
	CAR	SD	MP	SOL	IIC	VICESC	FF
CAR	1						
SD	,403**	1					
MP	,283**	,713**	1				
SOL	,273**	,593**	,601**	1			
IIC	,540**	,544**	,515**	,450**	1		
VICESC	,249**	,474**	,495**	,457**	,479**	1	
FF	-,178**	-,348**	-,363**	-,361**	-,182**	-,159*	1

CAPÍTULO 5

DISCUSION

De los datos descriptivos arrojados en relación al primer objetivo de la investigación, se puede destacar que casi el 90% de los estudiantes manifiestan conductas alimentarias de riesgo. En relación a los valores altos de CAR reportados en esta investigación (17.5%) se observa que este porcentaje es coincidente con investigaciones realizadas por Sánchez-Sosa (2009), quien afirma que la prevalencia de conducta alimentaria de riesgo en adolescentes escolarizados es de un 20%, a través de un análisis de conglomerados realizado.

En cuanto al segundo objetivo, que refiere a la incidencia de las variables personales de sintomatología depresiva, soledad, malestar psicológico e insatisfacción de imagen corporal, los resultados obtenidos concuerdan de igual forma con estudios realizados por diversos investigadores. Los hallazgos reportados en esta investigación muestran una prevalencia elevada en cuanto a los niveles de sintomatología depresiva de los alumnos encuestados, que concuerdan en cierta forma con la investigación realizada por Cova, Melipillán, Valdivia, Bravo, y Valenzuela (2007) quienes han reportado 32% de sintomatología depresiva en estudiantes de enseñanza media. En el caso del malestar psicológico se puede destacar que cerca de la mitad de los alumnos encuestados, manifiesta niveles moderados y altos de malestar psicológico. A este respecto, Estévez, Herrero y Musitu (2005) indican que diversos problemas relacionados con el contexto familiar y

escolar, influyen directamente en el grado de malestar psicológico experimentado por los adolescentes.

En relación a la soledad que experimentan los estudiantes de preparatoria se encontró más del 80% de los encuestados admite niveles moderados y graves de soledad. Lo mismo encontramos en investigaciones realizadas por Cuny (2001) en donde expresa que el 79% de un grupo de alumnos expresa tener sentimientos de soledad.

Por otra parte los índices de insatisfacción de imagen corporal encontrados nos dicen que más de la mitad de los alumnos encuestados no demuestra insatisfacción en su imagen corporal, el 14.6% reportan insatisfacción leve y moderada, mientras que el 7.1% de los estudiantes de nivel medio denota una insatisfacción por su cuerpo de forma extrema. Confirmando a lo anteriormente descrito existen investigaciones de Ballester, Gracia, Patiño, Suñol y Ferrer (2002) realizado a 1,025 estudiantes en donde ellos reportan que el 9% de adolescentes manifiestan una preocupación extrema por su figura y peso, mientras que el 13,1% mostraba una preocupación moderada.

En cuanto a los cifras reportadas en relación al funcionamiento familiar, se encuentra que casi el 10% los alumnos encuestados denotan bajo funcionamiento familiar. Lo cual resulta interesante pues de acuerdo con Parke (2004) se ha constatado que la calidad de las relaciones en la familia facilita el adecuado aprendizaje de habilidades sociales básicas necesarias para desarrollar relaciones de apoyo satisfactorias dentro y fuera del contexto familiar.

Continuando con el cuarto objetivo de esta investigación, se encontró que los estudiantes analizados reportan que cerca del 9% experimenta una victimización constante. Estos hallazgos concuerdan con los resultados obtenidos por Povedano, Estévez, Martínez y Monreal (2012) quienes señalan que alrededor de un 7% de los estudiantes son víctimas de acoso por sus iguales.

En cuanto a la relación de las variables estudiadas cabe resaltar que las variables personales de insatisfacción de imagen corporal y sintomatología depresiva son las más relacionadas con las conductas alimentarias de riesgo, guardando una estrecha concordancia con los resultados de otros estudios (Sánchez-Sosa, 2007 y 2009; Ballester, De Gracia, Patiño, Suñol, y Ferrer, 2002; Johnson y Wardle, 2005)

Esto mismo sucede para la variable de sintomatología depresiva, en donde se tienen correlaciones moderadamente altas, mientras que para las variables de malestar psicológico y soledad se obtuvieron correlaciones similares. Lo que viene a confirmar la hipótesis de que las variables de tipo emocional inciden de manera importantes en las conductas alimentarias de riesgo. (Sanchez, 2009; Nolen, Stice, Wade y Bohon, 2007; Measelle; Stacey Hogansen, 2006)

El análisis de las conductas alimentarias de riesgo relacionadas con el contexto familiar arroja una correlación significativa aunque baja con la variable positiva de

funcionamiento familiar. Finalmente, la relación de las conductas alimentarias de riesgo con el contexto de socialización escolar se encuentra una correlación significativa y moderada con la variable negativa de victimización escolar.

Existen una serie de limitaciones en esta investigación que sugieren tomar con cautela los resultados obtenidos, en primer lugar, es preciso considerar que la naturaleza correlacional del estudio impide situar antecedentes y consecuentes con precisión, además de contemplar que la información obtenida en esta investigación es a partir de autoinforme, lo que sugiere que como el adolescente es quien responde a todas las cuestiones, las relaciones observadas en el estudio pueden atribuirse a una tendencia de respuesta en los adolescentes más que a relaciones válidas entre los constructos. Por lo que para futuros estudios se recomienda utilizar información procedente de otras fuentes (profesores, compañeros, padres, psicólogos, etc.). Asimismo, la técnica estadística empleada en el análisis de los datos no permite establecer relaciones causales entre las variables por lo que recomiendo que futuras investigaciones consideren utilizar técnicas estadísticas como la regresión y el modelamiento estructural que permitan profundizar sobre el conocimiento de las conductas alimentarias de riesgo.

Es de mucha relevancia en el ámbito educativo, el realizar es tipo de investigaciones que ayuden a analizar las diversas variables personales, familiares y escolares con las conductas alimentarias de riesgo en los estudiantes de preparatoria, ya que la presencia de estos trastornos puede interferir con el adecuado desarrollo de los alumnos, provocando en ellos bajo rendimiento académico y un posible abandono escolar.

Finalmente, cabe señalar que pese a las limitaciones antes señaladas considero que de acuerdo a la similitud de los resultados de esta investigación con los reportados por otros estudios sobre el tema, este trabajo puede servir de base para futuras investigaciones que pretendan profundizar en los aspectos aquí tratados.

REFERENCIAS

Alderete, A., Plaza, S. y Berra, C. (2004). Modelo económico: Trabajo, vulnerabilidad y malestar psicológico. Temas de ciencia y tecnología Notas. Buenos Aires: Secretaría de Ciencia y Tecnología.

Baile, J. Guillen, F., y Garrido, E. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el BodyShapeQuestionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2 (3), 439–450

Baile, J. Raich, R. Garrido, E. (2003). Evaluación de insatisfacción corporal en adolescentes: efecto de la forma de administración de una escala. *Anales de psicología*, 19 (2). 22 - 27

Ballester D, Gracia,M, Patiño,J, Suñol, y M. Ferrer, M(2002). Actitudes Alimentarias y Satisfacción Corporal en Adolescentes: Un Estudio de Prevalencia. Universidad de Girona, (Depto. de Psicología).Ballester, D., y Guirado, M., (2003). Detección de conductas alimentarias de riesgo en niños de once a catorce años. *Psicothema*, 15 (4), 556-562.

Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 11-20

Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria*;18 (6): 289-295.

Benjet,C, Méndez, E, Borges, G yMedina, M. (2012) Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Mental*.35:483-490

Brenlla, M. y Aranguren, M. (2010). Adaptación argentina de la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K10). *Revista de Psicología*. 28(2), 311-342.

Bronfenbrenner, U. (2002). *La Ecología del Desarrollo Humano*. Barcelona: Paidós.

Calado, M., Lameiras, M., y Rodríguez, Y. (2004) Influencia de la imagen corporal y la autoestima en la experiencia sexual de estudiantes universitarias sin trastornos alimentarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 357-370.

Caqueo, A. y Lemos, S. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*, 20, 577-582.

Cava, M. J. (2011). Familia, profesorado e iguales: claves para el apoyo a las víctimas de acoso escolar. *Psychosocial Intervention*, 20 (2), 183-192.

Cava, M.J. Buelga, S., Musitu, G. y Murgui, S. (2010). Violencia escolar entre adolescentes y sus implicaciones en el ajuste psicosocial: un estudio longitudinal. *Revista de Psicodidáctica*, 15 (1), 21-34

Cava, M.J., Musitu, G. y Murgui, S. (2007). Individual and social risk factors related to overt victimization in a sample of Spanish adolescents. *Psychological Reports*, 101, 275-290.

Cava, M.J., Musitu, G., Buelga, S. y Murgui, S. (2010). The relationships of family and classroom environments with peer relational victimization: An analysis of their gender differences. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(1), 156-165.

Chávez, E; Camacho, E; Maya, M y Márquez, O. (2007) Conductas alimentarias y sintomatología de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de nutrición. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentario*. vol.3, n.1, pp. 29-37. ISSN 2007-1523.

Coleman, J. C. y Hendry, L. B. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.

Cooper, P.J. Taylor, M.J. Cooper, Z. (1987) The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal Eating Disorder*, 6, 485-494.

Cova, F., Melipillán, R., Valdivia, M., Bravo, E., y Valenzuela B. (2007). Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media. *Revista chilena de pediatría*, 78 (2), 150-159.

Crick, R. N. y Grotpeter, J. K. (1996). Children's treatment by peers: Victims of relational and overt aggression. *Development and Psychopathology*, 8, 367-380.

Cuny, José Antonio. Actitud y sentimiento de soledad en un grupo de adolescentes universitarios de LimaPersona [en línea] 2001, (Sin mes) : [Fecha de consulta: 26 de septiembre de 2015] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147118178004>> ISSN 1560-6139

Díaz-Aguado, M. J. (2002). Convivencia escolar y prevención de la violencia. Madrid: Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia, CNICE.

Espina, A. Ortego, M.A. Ochoa, I. Yenes, F. Alemán, A. (2001) La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema*. 13 (4), 533-538.

Estévez, E., Herrero, J. y Musitu, G. (2005). The influence of violent behavior and victimization school on psychological distress: the role of parents and teachers. *Adolescence*, 40, 183-196.

Estévez, E., Jiménez, T. y Moreno, D. (2010). Cuando las víctimas de violencia escolar se convierten en agresores: "¿Quién va a defenderme?". *European Journal of Education and Psychology*, 3 (2), 177-186.

Estévez, E., Martínez, B. y Musitu, G. (2006). La autoestima en adolescentes agresores y víctimas en la escuela: La perspectiva multidimensional. *Intervención Psicosocial*, 15, 223-232.

Estévez, E., Murgui, S. y Musitu, G. (2009). Psychosocial adjustment in bullies and victims of school violence. *European Journal of Psychology of Education*, XXIV (4), 473-483.

Estévez, E., Musitu, G. y Herrero, J. (2005b). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud Mental*, 28, 81-89.

Expósito, F. y Moya, M. C. (1999). Soledad y Apoyo Social. *Revista de Psicología Social*, 2-3, 319-339.

Figuroa, A, García, O, Revilla, A, Villarreal, L y Unikel, C. (2010) Modelo estético corporal, insatisfacción con la figura y conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. *RevMedInstMex Seguro Soc* ; 48 (1): 31-38

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. La adolescencia. Una etapa fundamental, 2011 New York, NY: U.S. Recuperado de: http://www.unicef.org/spanish/publications/files/pub_adolescence_sp.pdf

Funes, J. (2005). Propuestas para observar y comprender el mundo de los adolescentes. O de cómo mirarlos sin convertirlos en un problema. Congreso ser adolescente hoy, FAD, Madrid. Disponible en: http://www.fad.es/sala_lectura/CSAH_P.pdf

Gila, A. Castro, J. Gomez, M. & Toro, J. (2005). Social and body self-esteem in adolescents with eating disorders. *International journal of psychology and psychological therapy*, 1 (1), 63–71.

Gracia, E. y Musitu, G. (2000). *Psicología social de la familia*. Barcelona: Paidós

Guadarrama, R, y Mendoza, S. (2009) Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo. *Enseñanza e investigación en psicología* vol. 16, num. 1: 125-136.

Hernández, R, Fernández, C, y Baptista, P. (2003) *Metodología de la Investigación*. Mexico: McGraw-Hill

Herrero, J., Estévez, E. y Musitu, G. (2006). The relationships of adolescent school-related deviant behaviour and victimization with psychological distress: testing a general model of the mediational role of parents and teachers across groups of gender and age. *Journal of Adolescence*, 29, 671-690.

Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta nacional de Nutrición y Salud 2012. México, D.F.: México. Recuperado de: <http://www.insp.mx/ensanut/>

Ireland, J. L. y Power, C. L. (2004). Attachment, Emotional Loneliness, and Bullying Behaviour: A Study of Adult and Young Offenders. *Aggressive behavior*, 30, 298-312.

Jiménez, T. (2006). Familia y Problemas de Desajuste en la Adolescencia: el Papel Mediador de los Recursos Psicosociales. Tesis para presentar grado doctoral. Universitat de Valencia. Facultat de Psicologia. España.

Jiménez, T. I., Musitu, G., Ramos, M. J. y Murgui, S. (2009). Community involvement and victimization at school: an analysis through family, personal and social adjustment. *The Journal of Community Psychology*, 37 (8), 959-974.

Johnson, F., y Wardle, J. (2005). Dietary restraint, body dissatisfaction and psychological distress: A prospective analysis. *Journal of abnormal psychology*, 114 (1), 119 – 125

Kessler, R. y Mroczek, D. (1994). Final version of our non-specific Psychological Distress Scale. Ann Arbor: Survey Research Center of the Institute for Social Research, University of Michigan.

León R, Gómez-Peresmitré, Platas, S. (2008) Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. *Salud Mental*; 31:447-452

López,P, Molina, Z, Rojas, L, Angarita., C.(2009).Conductas alimentarias a riesgo asociadas a los trastornos de la alimentación y su relación con la imagen corporal percibida en adolescentes. *MedULA* 18: 149- corporal image.

Luengo, A. (1999). Análisis psicosocial del consumo de drogas en los adolescentes gallegos. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia

McCubbin, H. y McCubbin, M. (1987). Family stress theory and assessment: The T-Double ABCX Model of Family Adjustment and Adaptation. En H. McCubbin y A. Thompson (Eds.), Family assessment for research and practice. Madison: University of Wisconsin.

Measelle, J., Stice, E., y Hogansen, J. (2006) Developmental Trajectories of Co-Occurring Depressive, Eating, Antisocial, and Substance Abuse Problems in Female Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 115 (3), 524 -538.

Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100 (4), 674-701.

Montaño-Castrejon, N., Reyes-Velásquez, V, (2006). A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. *Revista Biomédica*, 17 (4), 243-249.

Moral, M. y Ovejero, A. (2004). Jóvenes, globalización y postmodernidad: crisis de la adolescencia social en una sociedad adolescente en crisis. *Papeles del Psicólogo*. 87

Morales, A. (2012). Conductas de Riesgo frente a la Anorexia en adolescentes de 12 a 18 años. Otavalo.

Moreno, D. (2010). Violencia, Factores de Ajuste Psicosocial y Clima Familiar y Escolar en la Adolescencia. Tesis para presentar grado doctoral. Universidad Pablo de Olavide. Facultad de Ciencias Sociales área de Psicología Social. Sevilla

Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. y Cava, M. (2001). Familia y adolescencia: Análisis de un modelo de intervención psicosocial. Madrid: Síntesis.

Musitu, G., y Cava, M. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención psicosocial*, 12 (2), 179-192.

Musitu, G., y Cava, M. (2006). Familia y Escuela: La influencia del contexto familiar en las relaciones entre alumnos. Universidad de Valencia.

Musitu, G., Jiménez, T.I. y Murgui, S. (2007). El rol del funcionamiento familiar y del apoyo social en el consumo de sustancias de los adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*, 32 (3) 370-380.

Mynard, H. y Joseph, S. (2000). Development of the multidimensional peer-victimization scale. *Aggressive Behavior*, 26, 169-178.

Nazario, L. (2012). Trastornos de conducta alimentaria. Obtenido de <http://www.galenusrevista.com/Trastornos-de-conducta-alimentaria.html>

Nolen, S., Stice, E., Wade, E., y Bohon, C., (2007). Reciprocal Relations Between Rumination and Bulimic, Substance Abuse, and Depressive Symptoms in Female Adolescents. *Journal-of-Abnormal-Psychology*, 116 (1), 198-207

Olwens, D. (1998). *Conductas de acoso y amenaza entre escolares*. Madrid: Morata.

Parke, R. (2004). Development in family. *Annual Review of Psychology*, 55, 365-399.

Patterson G. R., De Baryshe, B. D., y Ramsey, E. A (1989). Developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44, 329-335.

Povedano , A., Estévez, E., Martínez, B. y Monreal, M. C. (2012). Un perfil psicosocial de adolescentes agresores y víctimas en la escuela: Análisis de las diferencias de género. *Revista de Psicología Social*, 27(2), 169-182

Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurements*, 1, 385-401.

Raich, R. (2001). *Imagen Corporal conocer y valorar el propio cuerpo*. Ed. Pirámide. España.

Rangel JL, Valerio L, Patiño J, García M (2004) Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *RevFacMedUNAM* ; 47 (1)

Rivarola, M. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en humanidades*, 2 (8), 149 -161.

Rodríguez, B., y Fuentes, I. (1 de Enero de 2011). Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en mujeres de nivel superior del estado de México. Obtenido de <http://www.losmedicamentos.net/articulo/conductas-alimentariasde-riesgo-prevalencia-en-mujeres-de-nivel>

Rodríguez, S. y Cruz, S. (2006). Evaluación de la imagen corporal en mujeres latinoamericanas residentes en Guipúzcoa. Un estudio exploratorio. *Anales de Psicología*. 22 (2) 186 – 199.

Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness scale (version 3): reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66, 20-40.

Saldaña, C. (2001). Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente. Madrid: Pirámide

Sánchez, I, Bernal, R.(2012) Insatisfacción corporal en hombres y mujeres de población rural. Universidad Autónoma del Estado de México Facultad de Ciencias de la Conducta Licenciatura en Psicología.

Sánchez-Sosa, J.C. (2007). Insatisfacción de Imagen Corporal e Índice de masa corporal en Relación con Conducta Alimentaria de Riesgo. Tesis para obtener el grado de maestría en ciencias. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Sánchez-Sosa, J.C. (2009). *Un Modelo explicativo de conducta alimentaria de riesgo en adolescentes escolarizados*. (Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Nuevo León).

Saucedo, T y Unikel, C. (2009) Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Mental* 2010;33:11-19

Segrin, Ch. (2003). Age moderates the relationship between social support and psychosocial problems. *Human Communication Research*, 29(3), 317-342.

Sepúlveda, A.R., León, J.A., y Botella, J. (2004). Aspectos controvertidos de la imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Clínica y Salud*, 15 (1), 55-74.

Silva, J, Behar R, Cordella P, Ortiz M, Jaramillo K, Alvarado R, Jorquera MJ. (2012) Estudio multicéntrico para la validación de la versión en español del EatingDisorderDiagnosticScale. *Rev. méd. Chile*, vol.140, n.12, pp. 1562-1570.

Smilkstein, Ashworth y Montano (1982). Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *Journal of FamilyPractice*, 15(2), 303-11

Storch, E. y Masia-Warner, C. (2004). The relationship of peer victimization to social anxiety and loneliness in adolescent females. *Journal of Adolescence*, 27, 351-362.

Subsecretaría de Educación Media Superior (SEMS) de la SEP(2014). Tercera Encuesta Nacional sobre Exclusión, Intolerancia y Violencia en las Escuelas de Educación Media Superior.

Unikel, C., Bojórquez, I. y Carreño, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Revista Salud Pública*, 46, 509-515.

ANEXOS

Anexo 1

Funcionamiento Familiar

Ahora vas a ver unas frases que describen la relación con tu familia. Piensa en qué medida estas frases responden a tu verdadera situación con ellos.

		Casi Nunca	A veces	Casi Siempre
FF1	¿Estás satisfecho(a) con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problema?	1	2	3
FF2	¿Conversan entre ustedes (familia) los problemas que tienen en casa	1	2	3
FF3	¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	1	2	3
FF4	¿Estás satisfecho(a) con el tiempo que tu familia y tu pasan juntos?	1	2	3
FF5	¿Sientes que tu familia te quiere?	1	2	3

Anexo 2

Escala de Victimización

A continuación, verás unas frases que se refieren a comportamientos que algunos estudiantes realizan en la escuela. Por favor, contesta con sinceridad y sin ningún miedo si algún compañero/a de la escuela se ha comportado así contigo.

Nunca 1	Pocas veces 2	Muchas veces 3	Siempre 4
------------	------------------	-------------------	--------------

VIC1	Algún compañero/a me ha golpeado para hacerme daño de verdad	1	2	3	4
VIC2	Algún compañero/a ha contado mentiras sobre mí para que los demás no quieran estar conmigo	1	2	3	4

VIC3	Algún compañero/a se ha metido conmigo	1	2	3	4
VIC4	Algún compañero/a me ha gritado	1	2	3	4
VIC5	Cuando algún compañero/a se ha enojado conmigo me ha apartado de mi grupo de amigos	1	2	3	4
VIC6	Algún compañero/a me ha insultado	1	2	3	4
VIC7	Algún compañero/a me ha ignorado o tratado con indiferencia	1	2	3	4
VIC8	Cuando algún compañero/a se ha enojado conmigo me ha tratado con indiferencia o me ha hecho a un lado.	1	2	3	4
VIC9	Algún compañero/a me ha amenazado	1	2	3	4
VIC10	Algún compañero/a me ha tratado con indiferencia o me ha hecho a un lado para conseguir lo que él/ella quería	1	2	3	4
VIC11	Algún compañero/a se ha burlado de mí para fastidiarme de verdad	1	2	3	4
VIC12	Algún compañero/a ha contado rumores sobre mí y me ha criticado a mis espaldas	1	2	3	4
VIC13	Algún compañero/a me ha robado	1	2	3	4
VIC14	Algún compañero/a me ha tratado con indiferencia o me ha hecho a un lado a propósito para que me sienta mal	1	2	3	4
VIC15	Algún compañero/a me ha dado una paliza	1	2	3	4
VIC16	Algún compañero/a se ha metido con mi familia	1	2	3	4
VIC17	Algún compañero/a ha compartido mis secretos con otros	1	2	3	4
VIC18	Algún compañero/a me ha acusado de algo que yo no he hecho	1	2	3	4
VIC19	Algún compañero/a le ha dicho a los demás que no sean mis amigos/as	1	2	3	4
VIC20	Algún compañero/a me ha despreciado o humillado	1	2	3	4

VICC. Cuando has respondido a las preguntas anteriores, ¿en quién estabas pensando?	
En un compañero especialmente	1
En una compañera especialmente	2
En un compañero especialmente, acompañado de un grupo de amigos/as que le apoyan	3
En una compañera especialmente, acompañada de un grupo de amigos/as que le apoyan	4
En varios compañeros/as que son un grupo de amigos	5
En varios compañeros/as que no son amigos entre sí	6

VICF. Estas situaciones que te han ocurrido en la escuela, ¿con qué frecuencia te han pasado?	
Nunca me han pasado esas cosas	1
Solo me han pasado 1 o 2 veces en el curso	2
Me han pasado 1 o 2 veces durante varios meses	3
Me han pasado 1 o 2 veces a la semana durante varios meses	4
Me han pasado todos o casi todos los días del curso	5

Anexo 3

Sintomatología depresiva.

A continuación encontrarás preguntas sobre tus pensamientos durante el ÚLTIMO MES.

No intentes contabilizar el número de veces que pensaste de una manera en particular; es mejor que indiques aquella que te parezca la alternativa más adecuada.

1 Nunca	2 Pocas veces	3 Algunas veces	4 Muchas veces	5 Siempre
--------------------------	--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------

DURANTE EL ÚLTIMO MES:

SD1. Me molestaron cosas que generalmente no me molestan...	1	2	3	4	5
SD2. No me dieron ganas de comer, tenía poco apetito....	1	2	3	4	5
SD3. Sentía como si no pudiera quitarme de encima la tristeza, ni siquiera con la ayuda de mi familia o amigos.	1	2	3	4	5
SD4. Pensé que valía tanto como otras personas....	1	2	3	4	5
SD5. Me costaba concentrarme en lo que estaba haciendo.....	1	2	3	4	5
SD6. Me sentí deprimido/a , triste, cansado sin ganas de nada, sin saber porque	1	2	3	4	5
SD7. Me parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo....	1	2	3	4	5
SD8. Me sentí esperanzado/a con respecto al futuro.....	1	2	3	4	5
SD9. Creí que mi vida había sido un fracaso....	1	2	3	4	5
SD10. Me sentí temeroso/a.....	1	2	3	4	5
SD11. No dormí bien.....	1	2	3	4	5
SD12. Fui feliz....	1	2	3	4	5
SD13. Hablé menos de lo casi siempre hablo.....	1	2	3	4	5
SD14. Me sentí solo/a.....	1	2	3	4	5
SD15. La gente era poco amistosa.....	1	2	3	4	5
SD16. Disfruté de la vida....	1	2	3	4	5
SD17. Tenía ganas de llorar	1	2	3	4	5
SD18. Me sentí triste.....	1	2	3	4	5
SD19. Sentí que no le gustaba a la gente....	1	2	3	4	5
SD20. Sentí que ya “no podía más”.....	1	2	3	4	5

Anexo 4

Cuestionario de la Forma Corporal

A continuación encontraras una serie de preguntas respecto a tu figura corporal, te recordamos que no existen respuestas buenas o malas. Todas tus respuestas son valiosas por lo que agradeceremos que contestes con la mayor veracidad posible.

		Nunca	Es Raro	A Veces	A Menudo	Muy a Menudo	Siempre
IC1	Cuando te aburres, ¿te preocupas por tu figura?						
IC2	Has estado preocupada/o por tu figura que has pensado que debías ponerte a dieta?						
IC3	Has pensado que tus muslos, caderas o nalgas son demasiado grandes en proporción con el resto de tu cuerpo?						
IC4	Has tenido miedo a convertirte en gordo/a (o más gordo/a)?						
IC5	Te ha preocupado el que tu piel no sea suficientemente firme?						
IC6	Sentirte lleno (después de la comida) te ha hecho sentir gordo/a?						
IC7	Te has sentido tan mal con tu figura que has llorado por ello?						
IC8	Has evitado correr para que tu piel no saltara?						
IC9	Estar con gente delgada te ha hecho reflexionar sobre tu figura?						
IC10	Te has preocupado por el hecho de que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?						
IC11	El solo hecho de comer una pequeña cantidad de						

	alimento te ha hecho sentir gordo/a?						
IC12	Te has fijado en la figura de otros jóvenes y has comparado la tuya con la de ellos desfavorablemente?						
IC13	Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando ves televisión, leyendo o conversando)						
IC14	Estar desnudo/a cuando te bañas ¿te ha hecho sentir gordo/a?						
IC15	Has evitado llevar ropa que marcasen tu figura?						
IC16	Te has imaginado cortando partes grasas de tu cuerpo?						
IC17	Comer dulces, pasteles u otros alimentos altos en calorías, ¿te han hecho sentir gordo/a?						
IC18	Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo a una fiesta) porque te has sentido mal respecto a tu figura?						
IC19	Te has sentido excesivamente gordo/a y lleno/a?						
IC20	Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo?						
IC21	La preocupación por tu figura, ¿te ha inducido a ponerte a dieta?						
IC22	Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estomago estaba vacío (por ejemplo por la mañana)?						
IC23	Has pensado que tienes la figura que tienes a causa de tu falta de autocontrol? (que no puedes controlar el comer menos)						
IC24	Te ha preocupado que la gente vea “llantitas” en tu cintura?						

IC25	Has pensado que no es justo que otras chicas/os sean más delgadas/os que tu?						
IC26	Has vomitado para sentirte más delgado/a?						
IC27	Estando en compañía de otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (Ej. En un autobús)?						
IC28	Te ha preocupado que tu piel tenga celulitis?						
IC29	Verte reflejada en un espejo ¿te hace sentir mal respecto a tu figura?						
IC30	Has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuanta grasa hay?						
IC31	Has evitado situaciones en las cuales la gente pudiera ver tu cuerpo (albercas, baños, vestidores)?						
IC32	Has tomado laxantes para sentirte más delgado/a?						
IC33	Te has fijado más en tu figura cuando estas en compañía de otra gente						
IC34	La preocupación por tu figura te hace pensar que deberías hacer ejercicio?						

Anexo 5

Escala de Malestar Psicológico

Las siguientes preguntas describen formas en que la gente actúa o se siente. Marca la opción que mejor se adecue a tu situación actual, teniendo en cuenta el último mes (Por favor, marca una respuesta para cada inciso, si estás inseguro haz tu mejor estimación).

En el último mes	Nunca	Pocas veces	A veces	Muchas Veces	Siempre
MP1. ¿Con qué frecuencia te has sentido	1	2	3	4	5

cansado(a), sin ningún motivo?					
MP 2. ¿Con qué frecuencia te has sentido nervioso(a)?	1	2	3	4	5
MP 3. ¿Con qué frecuencia te has sentido tan nervioso(a) que nada te podía calmar?	1	2	3	4	5
MP 4. ¿Con que frecuencia te has sentido sin esperanza?	1	2	3	4	5
MP 5. ¿Con qué frecuencia te has sentido inquieto(a) o intranquilo(a)?	1	2	3	4	5
MP 6. ¿Con que frecuencia te has sentido tan impaciente que no puedes mantenerte mucho tiempo en un lugar(a)?	1	2	3	4	5
MP 7. ¿Con qué frecuencia te has sentido deprimido(a)?	1	2	3	4	5
MP 8. ¿Con qué frecuencia te has sentido tan triste que nada podía animarte?	1	2	3	4	5
MP 9. ¿Con que frecuencia has sentido que todo lo que haces te cuesta un gran esfuerzo?	1	2	3	4	5
MP 10. ¿Con que frecuencia te has sentido inútil?	1	2	3	4	5

ANEXO 6

Escala de Soledad

Las siguientes frases describen cómo se siente a veces la gente. Debes indicar con qué frecuencia el contenido de la frase describe la forma en que te se sientes. Para ello rodea uno de los cuatro números. Por ejemplo: “¿Con qué frecuencia te sientes feliz?.” Si nunca te sientes feliz deberías rodear con un círculo el número 1 : NUNCA; si siempre te sientes feliz, deberías rodear el número 4 : SIEMPRE.

NUNCA	POCAS VECES	FRECIENTEMENTE	SIEMPRE
1	2	3	4

SOL1	Con qué frecuencia sientes que te entiende la gente que te rodea.	1	2	3	4
SOL2	Con qué frecuencia sientes que te falta compañía.	1	2	3	4

SOL3	Con qué frecuencia piensas que no hay nadie a quien puedas pedir ayuda.	1	2	3	4
SOL4	Con qué frecuencia te sientes solo/a.	1	2	3	4
SOL5	Con qué frecuencia sientes que formas parte de un grupo de amigos/as.	1	2	3	4
SOL6	Con qué frecuencia piensas que tienes mucho en común con la gente que te rodea.	1	2	3	4
SOL7	Con qué frecuencia sientes que no tienes a nadie cerca de ti.	1	2	3	4
SOL8	Con qué frecuencia piensas que tus intereses e ideas no son compartidas por quienes te rodean.	1	2	3	4
SOL9	Con qué frecuencia piensas que eres una persona sociable y amistosa	1	2	3	4
SOL10	Con qué frecuencia te sientes vinculado y unido a otra gente.	1	2	3	4
SOL11	Con qué frecuencia te sientes rechazado/a.	1	2	3	4
SOL12	Con qué frecuencia piensas que tus relaciones sociales no son importantes.	1	2	3	4
SOL13	Con qué frecuencia piensas que nadie te conoce realmente bien.	1	2	3	4
SOL14	Con qué frecuencia te sientes aislado/a de los demás.	1	2	3	4
SOL15	Con qué frecuencia piensas que puedes encontrar compañía cuando lo deseas.	1	2	3	4
SOL16	Con qué frecuencia sientes que hay gente que realmente te comprende.	1	2	3	4
SOL17	Con qué frecuencia te sientes tímido/a.	1	2	3	4
SOL18	Con qué frecuencia sientes que estás con gente alrededor, pero que no están realmente contigo.	1	2	3	4
SOL19	Con qué frecuencia sientes que hay gente con quien puedes hablar.	1	2	3	4
SOL20	Con qué frecuencia piensas que hay gente a quien puedes pedir ayuda	1	2	3	4

ANEXO 7

Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo

Nos gustaría saber tu opinión respecto a tus hábitos alimenticios en los últimos 3 meses.

Lee cada pregunta y señala con una X el número que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada.

1	2	3	4
Nunca o Casi Nunca	A Veces	Con frecuencia 2 veces en	Con mucha frecuencia

		una semana	más de 2 veces en una semana
--	--	------------	------------------------------

CAR1	Me ha preocupado engordar	1	2	3	4
CAR2	En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida	1	2	3	4
CAR3	He perdido el control de lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)	1	2	3	4
CAR4	He vomitado después de comer para tratar de bajar de peso	1	2	3	4
CAR5	He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más)	1	2	3	4
CAR6	He hecho dietas para tratar de bajar de peso	1	2	3	4
CAR7	He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso	1	2	3	4
CAR8	He usado pastillas para tratar de bajar de peso.	1	2	3	4
CAR9	He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso.	1	2	3	4
CAR10	He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso.	1	2	3	4