



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

**CARRERA PSICOLOGÍA**

**“CORRELATOS ENTRE CONDUCTAS ALIMENTARIAS  
DE RIESGO Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN  
ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE MÉXICO”**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A :**

**SALMA FERNANDA HURTADO JAIME**

**JURADO DE EXAMEN:**

**DIRECTORA:** DRA. BLANCA ESTELA BARCELATA EGUIARTE

**COMITÉ:** DRA. MA. DEL REFUGIO CUEVAS MARTÍNEZ

DRA. GABRIELA ORDÁZ VILLEGAS

LIC. ALAN ALEXIS MERCADO RUÍZ

DRA. RAQUEL RODRIGUEZ ALCANTARA



**CIUDAD DE MÉXICO**

**OCTUBRE, 2022**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la **Universidad Nacional Autónoma de México** por ser mi segundo hogar y abrirme incondicionalmente las puertas durante toda mi formación académica, así mismo, a la **Facultad de Estudios Superiores Zaragoza** por darme la oportunidad de desarrollarme profesionalmente y de lograr todos mis objetivos. Me brindaron todo lo posible para cumplir mis sueños, desarrollarme de todas las formas posibles y lograron darme unos de los mejores e inolvidables años de mi vida.

Asimismo, agradezco a la **Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA-UNAM)** por la beca otorgada como apoyo durante este proceso a través del **Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica PAPIIT IN 305917 “Análisis ecológico multifactorial de la adaptación adolescente en entornos vulnerables y de adversidad para la promoción de un desarrollo positivo”**.

Agradezco profundamente a mis tutores de tesis: a mi tutora principal y maestra, la **Dra. Blanca Estela Barcelata Eguiarte**, agradezco la paciencia y dedicación que me otorgó todo este tiempo, el compartir conmigo su experiencia y conocimiento en muchos ambitos profesionales como de la vida misma. Gracias por siempre alentarme a quitarme los miedos para continuar con mi formación profesional, por dedicar parte de su valioso tiempo en apoyarme en todos los aspectos para lograr sacar adelante este trabajo y por permitirme ser parte de un grandioso equipo.

Gracias a la **Dra. Ma. del Refugio Cuevas Martínez** como mi tutora adjunta, por su apoyo, comprensión y excelente calidad como persona durante todo el proceso de tesis; gracias por su tiempo e involucramiento, sus sugerencias, observaciones y comentarios ayudaron a fortalecer esta investigación y así lograr llevarla acabo. Gracias a la **Dra. Gabriela Ordaz Villegas** como mi tutora externa, por todo su tiempo, su gran entusiasmo, su atención hacía mi y las observaciones precisas que contribuyeron a hacer que éste trabajo fuera mejor.

*Gracias al **Lic. Alan Alexis Mercado Ruíz** como parte de mi comité por su disposición y amabilidad. Gracias por la confianza brindada y por su valiosa ayuda, sus comentarios, observaciones y su dedicación.*

*Gracias a la **Dra. Raquel Rodriguez Alcantara** como parte de mi comité por haber invertido su valioso tiempo, dedicación y compartido su conocimiento conmigo y en este proyecto. Gracias porque desde el primer momento en el que la conocí, me recibió con una sonrisa, estuvo para cualquier dificultad que se me presentara y me apoyó en todos los aspectos posible.*

*Agradezco infinitamente a los directivos de las instituciones educativas, a los padres y adolescentes que consintieron participar en este proyecto y a los compañeros, miembros y amigos del equipo PAPIIT que me apoyaron durante todo este proceso.*

## **DEDICATORIA**

***Un agradecimiento especial y sobretodo dedicatoria a mi familia:*** a mi madre Adriana Jaime y a mi padre Rafael Hurtado que son mi más grande tesoro y sin todo su apoyo, motivación, enseñanzas y sobre todo su amor, no sería posible nada de esto. Gracias por luchar y trabajar arduamente cada día para darme una mejor vida. Me han brindado tanto que no tengo cómo agradecerles, son mi ejemplo y mi motor para siempre dar más de mí. A mis dos hermanas mayores, Ana Sánchez y Lizbeth Sánchez, a mi hermano gemelo Alexis Hurtado, que nunca dejaron de creer en mí y me apoyaron con su valiosa y fuerte hermandad; sus palabras, sonrisas y bromas en momentos duros y críticos fueron alivio, pero, sobre todo, motivación. A mi prima Alejandra Sánchez y a mi tía Elvira Olvera porque siempre fueron fuente de impulso y de apoyo. Su cariño y ánimo me sanó para así seguir dando lo mejor, forman parte de las mujeres de mi vida al igual que mis queridas sobrinas Frida Vázquez y Camila García. Gracias a todos los miembros valiosos de mi familia, incluyendo a los que ya no están físicamente pero siempre los llevo en mi corazón y a mis amadas y traviesas mascotas. Gracias por nunca hacerme sentir sola, por estar conmigo para hacerle frente a todas las caras y situaciones tanto buenas como malas de la vida y como de la investigación, por compartir este camino día a día y continuar ayudándome a crecer como persona y así seguirme demostrando la importancia de la familia. Son mi luz.

***A mis mejores y más especiales amigas,*** Cassandra Rios, Aline Yañez y Elsa Flores que siempre me escucharon, crearon espacios y momentos seguros, cálidos y de diversión que me tranquilizaron y cada palabra suya era un pilar para seguir firme, una enseñanza para no darme por vencida y un apoyo para levantarme con más fuerza.

***A mis otros amigos y amigas de la UNAM y de otros contextos de la vida*** que confiaron en mi y en momentos de duda o desesperación estuvieron siempre cerca de mi de múltiples formas ayudándome de todas las maneras posibles para que este proceso fuera más fácil. Gracias por permitirme estar en sus vidas y por dejar tantas cosas positivas en la mía.

***A mis compañeros del equipo PAPIIT, Raquel, Gladys, David, Cesar, Lilia, Pao, ustedes me inspiraron y no saben lo agradecida que estoy por siempre estar desde el día uno. A mis otros compañeros del proyecto, gracias a todos por su apoyo, los momentos dentro y afuera del cubículo fueron mucho más amenos gracias a ustedes.***

***Por último e igual de importante, me atrevo a decir que más, me agradezco profundamente a mi misma por seguir adelante, por nunca darme por vencida aunque en algún momento se hubiera cruzado por mi mente. Me agradezco por ser una mujer resiliente, fuerte, capaz y siempre a pesar de las circunstancias conservar lo que soy pero sobretodo, por hacerlo hasta lograrlo aunque fuera con miedo. Me llevo tantas enseñanzas para toda mi vida que son muy valiosas y útiles y me servirán para seguir luchando día con día, como hasta ahora.***

***¡GRACIAS TOTALES!***

## ÍNDICE

	Pág.
<b>RESUMEN</b>	8
<b>ABSTRACT</b>	9
<b>INTRODUCCIÓN</b>	10
<b>CAPITULO 1. ADOLESCENCIA: ¿QUÉ ES?</b>	15
1.1. La Adolescencia	15
1.2. Cambios durante la adolescencia	18
1.2.1. Desarrollo Físico	19
1.2.2. Desarrollo Psicológico	19
1.2.3. Desarrollo Cognoscitivo y Social durante la adolescencia	21
1.2.4. Imagen Corporal en la adolescencia	23
<b>CAPITULO 2. ¿EL RIESGO AL COMER?</b>	27
2.1. Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)	28
2.1.1 Anorexia Nervosa (AN)	31
2.1.2 Bulimia Nervosa (BN)	33
2.1.3 Trastorno por Atracón	35
2.2. Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR)	36
<b>CAPITULO 3. BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SALUD</b>	38
3.1. ¿Qué es el Bienestar Psicológico?	38
3.2. Modelo de Bienestar Psicológico de Carol Ryff	39
3.3. El adolescente y su bienestar	41
<b>CAPITULO 4. METODOLOGÍA</b>	46
4.1. Justificación y planteamiento del problema	46
4.2. Pregunta de investigación	47
4.3. Objetivos	47
4.3.1 Objetivo General	47
4.3.2 Objetivos Específicos	47
4.4. Hipótesis	47
4.5. Definición de las variables	48
4.6. Participantes	48
4.7. Tipo de investigación	49
4.8. Instrumentos	49
4.9. Procedimiento	50
4.10. Análisis de Datos	50

<b>CÁPITULO 5. RESULTADOS</b>	51
5.1. Descripción de la muestra	51
5.2 Descriptivas de la muestra total de las Conductas Alimentarias de Riesgo y Bienestar Psicológico	53
5.3. Diferencias entre hombres y mujeres en las Conductas Alimentarias de Riesgo y Bienestar Psicológico	54
5.4 Relación entre Conductas Alimentarias de Riesgo y Bienestar Psicológico	55
 <b>CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b>	 57
 <b>REFERENCIAS</b>	 63
 <b>ANEXOS</b>	 72

## RESUMEN

---

La adolescencia se establece como una etapa evolutiva de gran vulnerabilidad emocional, ya que el joven debe hacer frente a múltiples cambios que pueden aumentar su nivel de estrés y repercutir en un desajuste psicológico. Mientras el adolescente va pasando por todos estos cambios se puede presentar un conflicto en su nutrición. La alteración que puede llegar a tener la conducta de alimentarse puede convertirse a lo que se le conoce como Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) en los cuales se ven distorsionados los patrones de la ingesta alimenticia, repercutiendo de manera negativa e importante en su desarrollo humano en diferentes contextos de su vida diaria. Incluyendo al Bienestar Psicológico (BP) ya que se sabe que es parte primordial de la salud y se manifiesta en todos los contextos de la actividad humana. El objetivo de este estudio fue analizar la relación entre las CAR y el BP en una muestra conformada por 385 adolescentes con un rango de edad de 13 a 17 años de la Ciudad de México y el Estado de México. Se realizó un estudio transversal de tipo comparativo y correlacional. Se concluye que, en este grupo de estudiantes, las conductas de riesgo de mayor presencia son las asociadas a la bulimia, y que, a menores indicadores de bienestar psicológico y emocional, hay más probabilidad de que dicho tipo de conductas aparezcan. Tratándose de una muestra escolar se esperaban menores niveles de CAR y mayores niveles de BP, y al no encontrarse más altos valores en las diferentes dimensiones, podría sugerir que esto podría cambiar si se hicieran estudios específicos por grupos de edad, ya que en la medida de que avanza la adolescencia los procesos de identidad van madurando y va dependiendo menos de parámetros externos. Este estudio aporta datos preliminares que pueden ser una guía valiosa para el desarrollo de programas desde las escuelas y así ayudar a desarrollar medidas más sistemáticas que, por un lado, ayuden a decrementar las CAR, y por otro lado aumenten el BP.

**Palabras clave:** Adolescencia, Conductas Alimentarias de riesgo, Trastornos de la Conducta Alimentaria, Bienestar psicológico.

## ABSTRACT

---

Adolescence is an evolutive stage of emotional vulnerability where youngsters could find several changes in their stress levels resulting in multiple psychological imbalances (such as eating behavior changes that may affect nutrition in general). As the adolescent goes through all these conduct modifications, there may be a conflict in their nutrition. These changings can become eating behavior disorders (CAR in Spanish), where eating patterns are distorted, having a negative and important impact on their human development during their daily life. We can assume that the psychological well-being (BP in Spanish, an essential part for the health) of the adolescent is compromised. The main objective of this study is to analyze the relationship around CAR and BP in a sample made up of 385 teenagers between 13 to 17 years from Mexico City and “Estado de México”. A cross-sectional comparative and correlative study were carried out and concluded that -in this group of students- the risks behaviors (with the leading presence) are those associated with bulimia. The lower the indicators of BP, the more probability of eating disorders will appear. During the school sample, lower levels of CAR and higher levels of BP were expected. Since higher values were not found in the different dimensions, it could suggest that this could change if specific studies were carried out by age groups. It is important to bear in mind that identity processes mature and depend less on external parameters. This study provides preliminary data that could be a valuable guide for the development of school programs and thus help increase the BP.

**Key Words:** Adolescence, Risky Eating Behaviors, Eating Behavior Disorders, Psychological well-being.

## INTRODUCCIÓN

---

La UNICEF (2017) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, que se divide en dos etapas: adolescencia temprana de los 10 y los 14 años y adolescencia tardía, de los 15 a 19 años. Es una etapa del ciclo de vida o una etapa evolutiva de gran inestabilidad emocional, ya que el joven debe hacer frente a múltiples cambios que pueden aumentar su nivel de estrés y repercutir en un desajuste psicológico.

Mientras el adolescente va pasando por todos estos cambios se puede presentar un conflicto en su nutrición. La alteración que puede llegar a tener la conducta de alimentarse puede convertirse en un riesgo (CAR) y esto ha dado origen a lo que se les conoce como Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en los cuales se ven distorsionados los patrones de la ingestión de alimentos, olvidándose y repercutiendo de manera negativa e importante en el estado nutrición del individuo y por ende de su salud física y mental. (Saucedo–Molina Y Unikel, 2010).

Las CAR son conductas inapropiadas similares a las que se presentan en los TCA, pero no cubren sus criterios diagnósticos. Se puede llegar a presentar el uso de laxantes, vomito autoinducido, dietas restrictivas sumamente exigentes, entre otras; estas conductas son reconocidas como dañinas para la salud en sí mismas ya que igual conducen a deficiencias o alteraciones en el funcionamiento psicosocial. (Unikel y et al., 2017)

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), son trastornos que están caracterizadas por alteraciones relacionadas con la alimentación, el peso y la imagen corporal.

Los trastornos que pueden llegar a presentarse más entre la población adolescente son la Anorexia Nervosa (AN) y Bulimia Nervosa (BN). Afectan

principalmente a mujeres en etapas tempranas de la vida como la pubertad y la adolescencia. Dichos trastornos tienen consecuencias tan graves a la salud que pueden causar desde desnutrición e incluso ocasionar la muerte.

Por otro lado, pero inmerso, está la obesidad la cual se considera como un factor de riesgo común a muchas enfermedades crónicas ya que es un acúmulo excesivo de grasa corporal que se traduce en un aumento del peso corporal y que está ligado en cierta parte, ya que algunos investigadores la rechazan y otros la incluyen, como uno más de los TCA. (Secretaría de Salud, 2007)

Revisando los resultados de la ENSANUT 2012, se vio que de los 21,519 de adolescentes mexicanos que participó y que estaban en riesgo de tener un trastorno de la conducta alimentaria fue de 1.3% (1.9% en el sexo femenino y 0.8% en el masculino). La cual fue más alta comparándola con lo registrado en la ENSANUT 2006.

Para datos más recientes, según la encuesta hecha en el 2016 por el Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género (CEAMEG, 2016) de la Cámara de Diputados reveló que los trastornos alimentarios aumentaron 300 % en México durante los últimos 20 años; cada año se registran 20 mil de estos casos entre adolescentes.

Precisó que el 95 % de los casos de anorexia y bulimia se desarrolla a partir de hacer una dieta estricta y 90 % de las personas con estos padecimientos son mujeres, siendo estas las que más lo padecen. De igual forma reveló que el 25 % de mujeres encuestadas entre 15 y 18 años han dejado de comer por 12 horas por miedo a engordar y uno de cada 10 alumnos varones de bachillerato recurre al ayuno como método contra la obesidad o sobrepeso, esto quiere decir que los hombres no se salvan de sufrir alguno de estos trastornos.

Por otro lado, el bienestar psicológico se define, según Ryff y Keyes (1995), como un esfuerzo para que el ser humano se perfeccione y cumpla con su potencial, lo cual tiene que ver con tener un propósito de vida que ayude a darle significado.

Esto implica asumir retos y realizar esfuerzos para superarlos y así alcanzar las metas propuestas, esta balanceado entre expectativas y logros. Posee más categorías, tales como: condiciones de vida, estilo de vida, modo de vida y calidad de vida.

Para Taylor (1991; citado en Garcia-Viniegras y Gonzáles, 2000), el bienestar psicológico es parte de la salud y se manifiesta en todos los contextos de la actividad humana. Afirma que “cuando un individuo se siente bien, es más productivo, sociable, creativo, posee una proyección de futuro positiva, infunde felicidad y esto implica capacidad de amar, amarse a sí mismo, trabajar, tener buena vida social y controlar el medio”.

El Eating Attitudes Test o mejor conocido como “EAT-26” es un instrumento breve, rediseñado del EAT-40 y validado en el año de 1982 por Garner y Garfinkel (2017) contando con 26 preguntas que se contestan a través de una escala de seis puntos tipo Likert. Es usada y ampliamente aceptada para evaluar un conjunto de actitudes y conductas asociadas con los TCA. Siguiendo por otro lado con la escala breve para la Evaluación del Bienestar Psicológico en adolescentes “BIEPS-J”, el cual fue desarrollado y validado por Casullo y Castro (2000), es un instrumento integrado por 13 preguntas dividido en 4 categorías: control de la situación, vínculos, proyectos y aceptación de sí mismo, siendo esta una técnica válida y confiable para la evaluación del bienestar psicológico.

Se sabe que el Bienestar Psicológico tiene relación con distintos factores, pero al hablar de estas conductas alimentarias de riesgo que llegan a afectar más a nuestra población adolescente y pueden dar pie a un TCA, por lo que es necesario desarrollar investigaciones para ver a fondo la relación de estas dos variables y así llegar a identificar y a tratar a nuestros jóvenes de la mejor manera cuando se les presente una situación conflictiva como esta. Por tal motivo esta investigación podría ser útil en un futuro para diseñar estrategias de salud pública para que su Bienestar Psicológico sea saludable y puedan desarrollarse de manera apta en cualquier área y claro, para prevenir la aparición de un trastorno de conducta alimentaria en ellos.

Con lo que respecta a esta tesis, el Capítulo 1 del presente trabajo se describe a detalle lo que es la adolescencia desde varias definiciones que integran aspectos relevantes y características acerca de esta transición, enfocándose cómo es su desarrollo empezando por describir sus etapas, el aspecto físico tanto de mujeres como de hombres, el aspecto psicológico ya que el joven debe hacer frente a múltiples cambios que pueden aumentar su nivel de estrés y repercutir en un desajuste psicológico. Siguiendo por el desarrollo cognoscitivo ya que el adolescente empieza a tener un pensamiento más racional y objetivo. Y cómo se desarrolla de forma psicosocial en los diferentes ámbitos y contextos de su vida.

En lo que concierne al Capítulo 2, nos adentramos en los **Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA)** con una vista hacia el adolescente y como estos pueden estar tan cerca de padecerlos. Empezando por lo que se le conoce como **Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR)** que podría decirse que es una cuerda floja, ya que son una serie de acciones o conductas que lleva a cabo un individuo con el objetivo de la ingesta de alimentos que, si no se tiene el cuidado apropiado, puede llegar a aumentar el riesgo y la probabilidad de que se presente poco a poco algún TCA y tener la posibilidad de llegar a ser agresivo con el área físico, emocional y social.

En cuanto al Capítulo 3, vemos a detalle lo qué es y lo que conforma a el **Bienestar Psicológico (BP)**. También la relación que los adolescentes tienen con su BP ya que podemos verlo como una experiencia propia y sobre todo personal que se va construyendo a través del desarrollo psicológico de la persona misma y de la capacidad para relacionar y relacionarse de manera positiva e integrada con las experiencias de vida que va experimentando y en los contextos por los que va atravesando y cómo si el BP es bajo y no es sólido, puede un adolescente ser más propenso que otro a padecer trastornos nocivos para la salud y nuestra vida en general por la falta de un óptimo funcionamiento psicológico, autoaceptación de su ser, y la falta de control ambiental.

En el Capítulo 4. Metodología, se plantea la justificación y todos los pasos que conciernen al método como la justificación y el planteamiento del problema, la

pregunta de investigación, los objetivos generales y específicos, la hipótesis, el tipo de investigación, las variables de estudio detalladas, los participantes y los criterios de selección, los instrumentos utilizados y el procedimiento que se llevó a cabo.

En el Capítulo 5. Resultados, se presentan los datos derivados de los análisis realizados, de acuerdo con los objetivos y con la finalidad de comprobar las hipótesis planteadas. Se inicia con el reporte descriptivo de la muestra de la población, se presentan los análisis en función de la edad y del sexo al igual que su escolaridad. Finalmente se reportan los datos obtenidos de la correlación de Pearson de las variables de estudio, las diferencias entre sexo y la relación de las variables.

Para concluir con esta investigación, en el Capítulo 6. Discusión y conclusiones, se interpretan los resultados obtenidos y se contrastan con los de otros estudios, se plantean algunas conclusiones, se resaltan las aportaciones del trabajo hecho, se describen algunas limitaciones que se tuvieron a la realización del proyecto, también se dan sugerencias como recomendaciones de futuros estudios. Sin olvidar mencionar que podrán encontrar las referencias utilizadas para la investigación como los anexos.

# CAPITULO 1

## ADOLESCENCIA: ¿QUÉ ES?

---

### 1.1. La Adolescencia

La adolescencia se establece como una etapa evolutiva de gran vulnerabilidad emocional, ya que el joven debe hacer frente a múltiples cambios que pueden aumentar su nivel de estrés y repercutir en un desajuste psicológico. A continuación, se presentan varias definiciones de la adolescencia las cuales cada una se expresa de diferente forma y alimenta de un sentido relevante a la investigación.

La UNICEF (2017) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, que se divide en dos etapas: adolescencia temprana de los 10 y los 14 años y adolescencia tardía, de los 15 a 19 años. Es una etapa del ciclo de vida o una etapa evolutiva de gran inestabilidad emocional, ya que el joven debe hacer frente a múltiples cambios que pueden aumentar su nivel de estrés y repercutir en un desajuste psicológico.

Pacheco (2018) considera esta etapa como la primera fase de la juventud, tradicionalmente se tiene la idea de un periodo marcado por los diversos cambios físicos, emocionales, conductuales y biológicos de la niñez a la juventud, los cambios se asocian a aspectos físicos, transformaciones del cuerpo, emocionales, sexuales y psicológicas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS; 2018) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las

etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios de todo tipo imaginable en su desarrollo. Es importante ver y entender que el comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

La adolescencia igual se puede definir como una etapa evolutiva caracterizada por cambios importantes en el funcionamiento físico, psicológico y social. El adolescente va pasando por una transición en donde va dejando su infancia a un lado para aventurarse hacia la búsqueda de su identidad y autonomía, adquiriéndole importancia a sus iguales y la aceptación de esta. La imagen personal no se queda atrás pues esta se ve influenciada por numerosos cambios físicos derivados de la pubertad, al igual que la forma de pensar (Delgado, 2017).

Erikson (1972, citado en Fernández, 2014) describe a esta etapa de vida que es la adolescencia como la parte más importante en la búsqueda de identidad del ser humano, es buscar el quiénes somos, el cómo nos adecuamos a la sociedad en la que estamos viviendo y lo qué queremos hacer con nuestra vida. Todos estos sentimientos y pensamientos los empieza a vivir y de ahí los vive con más intensidad el ser humano entre los 12 y los 20 años según dicho autor.

Para Papalia, la adolescencia es el periodo de desarrollo del ser humano que abarca por lo general el periodo comprendido de los 11 años a los 20 años en el cual describe que él sujeto alcanza cierto tipo de madurez biológica y sexual; y se busca alcanzar la madurez emocional y social mientras va en el camino; a su vez el adolescente asume responsabilidades con respecto a sus diferentes entornos y adquiere conductas propias dependiendo de los grupos y los iguales que le rodean (Papalia, 2001). Se describe el proceso de la adolescencia, los años desde la pubertad hasta la edad adulta, en tres etapas para su mejor entendimiento:

a) Adolescencia temprana (desde los 10 años a los 13-14 años):

Los procesos psicológicos de la adolescencia comienzan en la pubertad y esto trae de la mano, los importantes cambios corporales que trae consigo. El desarrollo psicológico de esta etapa se caracteriza por la existencia de egocentrismo, característica normal de niños y adolescentes, que va disminuyendo progresivamente, dando paso a un punto de vista socio céntrico a medida que la persona sigue madurando. Se presentan los primeros cambios físicos tanto en mujeres como en hombres e inicia el proceso de maduración psicológica, pasando del pensamiento concreto al pensamiento abstracto.

Esta etapa se caracteriza por la individualidad, ya que el adolescente busca crear sus propios criterios y puntos de vista, en el entorno social quiere dejar de relacionarse y de ser relacionado con los niños, pero aún no es totalmente aceptado por sus iguales, desarrollando cierta desadaptación social, incluso dentro de la familia, lo cual constituye un factor elemental, ya que puede causar algunos desajustes como, por ejemplo, ansiedad, que influyen en la conducta. Estos cambios se conocen como “crisis de entrada en la adolescencia” que también repercuten en su socialización (Papalia, 2001).

b) Adolescencia media (desde los 14 años a los 17 años):

En este periodo, el adolescente consigue un cierto grado de adaptación social y aceptación de sí mismo, se tiene un parcial conocimiento y percepción en cuanto a su potencial, la integración a los grupos sociales de sus iguales le da cierta seguridad y satisfacción al establecer relaciones amistosas y poco a poco va dejando de tomarle importancia la admiración al rol paterno.

Los cambios físicos que comenzaron en la pubertad continúan durante la adolescencia media. La mayoría de los varones comienzan su “crecimiento repentino” y continúan los cambios relacionados con la pubertad y es probable que los cambios físicos estén casi completos en las mujeres y la mayoría de ellas ya tenga menstruaciones regulares.

Un punto importante para mencionar es que en esta etapa a muchos adolescentes les surge el interés en relaciones románticas y sexuales, hay curiosidad sobre la

sexualidad y la identidad de esta misma, se llega a presentar con continuidad la autoestimulación como primer paso para descubrir y explorar su identidad sexual. Muchos jóvenes en la adolescencia media discuten más con sus padres porque luchan por tener más independencia. Es muy probable que pasen menos tiempo con la familia y más tiempo con los amigos ya que el pertenecer y las opiniones de los iguales repercuten e influyen mucho en esta etapa. (Papalia, 2001)

c) Adolescencia tardía (desde los 18 años - 21 años):

Los adolescentes en esta última etapa por lo general ya completaron el desarrollo físico y alcanzaron la madurez biológica definitiva que tendrán como adultos. Para esta edad suelen tener más control de sus impulsos y pueden sopesar los riesgos y recompensas con mayor conciencia. Se centran más en el futuro y basan sus decisiones en sus ilusiones e ideales. Socialmente, las amistades y las relaciones románticas se tornan más estables. Muchos jóvenes restablecen una relación “adulta” con sus padres, considerándolos personas de su mismo nivel y dejándolos de ver como una figura de autoridad.

Físicamente disminuye la velocidad de crecimiento y empieza a recuperar la armonía en la proporción de los diferentes segmentos corporales; estos cambios van dando seguridad y ayudan a superar su crisis de identidad y a establecer su autoconcepto. Por otro lado, existe también un cierto grado de ansiedad, al empezar a percibir las presiones de las responsabilidades, presentes y/o futuras, por iniciativa propia o por el sistema social (Papalia, 2001).

## **1.2. Cambios durante la adolescencia**

Con la entrada en la etapa adolescente, el niño que alguna vez fuimos en todos los sentidos del desarrollo humano irremediamente se transforma. Durante un periodo “corto” se producen cambios elementales que transforman al niño en un joven que se va preparando poco a poco para la vida.

### **1.2.1. Desarrollo Físico**

El cambio físico distintivo en la adolescencia es la pubertad, en general, sabemos cuándo un individuo está pasando por la pubertad, pero es difícil señalar su comienzo y fin. Con excepción de la menarquia (el primer ciclo menstrual de la mujer), el cual ocurre en promedio alrededor de los 12 años y medio de edad, ningún marcador la define. Para los hombres, podríamos mencionar el primer vello que es en la parte facial o bien, el primer sueño húmedo que podrían marcar la aparición de la pubertad, pero ambos pueden pasar desapercibidos.

Estos cambios físicos suelen traer consigo preocupaciones sobre su imagen corporal y su aspecto físico, así mismo ciertas inconformidades y aspectos que bien les gustaría cambiar o mejorar. Conviene tener en cuenta que el desarrollo físico del adolescente no se da por igual en todos los individuos, por lo cual en muchos casos este desarrollo se inicia tempranamente o tardíamente y tampoco el cuerpo se desarrolla todo al mismo tiempo ni con la misma rapidez por lo que la coordinación de movimientos puede sufrir alteraciones provocando temporadas de torpeza. Sea cual sea su velocidad de desarrollo muchos adolescentes tienen una visión distorsionada sobre sí mismos y necesitan que se les asegure que las diferencias son perfectamente normales ya que esto podría empezar a generar ciertos desajustes psicológicos como emociones que podrían repercutir de formas graves como en un TCA, depresión, ansiedad, entre otras cosas. (Papalia, 2001).

### **1.2.2. Desarrollo Psicológico**

Los cambios físicos en el adolescente siempre serán acompañados por cambios psicológicos, tanto a nivel cognitivo como a nivel comportamental, la aparición del pensamiento abstracto influye directamente en la forma en como el adolescente se ve a sí mismo, se vuelve introspectivo, analítico, autocrítico; adquiere la capacidad de construir sistemas y teorías, además de estar interesado por los problemas inactuales, es decir, que no tienen relación con las realidades

vívidas día a día. La inteligencia formal da paso a la libre actividad de la reflexión espontánea en el adolescente, y es así como éste toma una postura egocéntrica intelectualmente (Papalia, 2001).

Sin embargo, la principal característica de la adolescencia es la vulnerabilidad en la que se ve expuesto el chico debido a los cambios físico, psicológicos y sociales (Barcelata, 2004). Algunos teóricos suponen que la adolescencia puede ser vista como una de las etapas más críticas por las que transita un ser humano, en la medida en que ella se le presentan al individuo demandas de diversa índole (emocionales, sociales) cuando aún no está “maduro” ni cuenta con todos los elementos para dar respuesta a ellas, pues se encuentra en plena transición. Los avances acelerados de la sociedad plantean a los jóvenes una serie de demandas cada vez mayores, constituyéndose a la adolescencia una etapa de múltiples retos (Barcelata, 2007).

Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos. Pero el proceso de la adolescencia no es principalmente biológico, aunque la pubertad comience precisamente con estos cambios; se vive y se analiza en función de todos sus cambios y es su significado psicológico y social el que determina la experiencia adolescente.

Ya dicho todo lo anterior, hay que dejar de ver a la adolescencia como una etapa de cambios tormentosos y revalorizar la adolescencia como la etapa de cambios que nos definirá, nos abrirá el paso a posibilidades y oportunidades para ser personas (Rogers, 2007), para despertar, desapegarnos de forma positiva de nuestros vínculos familiares y dar marcha.

Como menciona Ruiz (2013), la adolescencia es una etapa fundamental en el desarrollo psicológico de una persona, pues es el periodo en el que se forja su

personalidad, se consolida su conciencia del yo (adquirida en la primera infancia), se afianza su identidad sexual y se conforma su sistema de valores. Es una época de búsqueda, de oposición, de rebelión, de extremismo a veces; la edad de los ideales, de verlo todo claro para, al instante siguiente, verse inmerso en la confusión mental más absoluta; de transgredir normas y de ir en contra de todo y de todos; de revolución personal para, poco a poco, ir reconstruyendo el propio yo fragmentado.

### **1.2.3. Desarrollo Cognoscitivo y Social durante la adolescencia**

El adolescente desarrolla la capacidad de razonar en abstracto. En la adolescencia se realiza el paso gradual a un pensamiento más objetivo y racional. El adolescente va adquiriendo una mayor habilidad para generalizar, una mayor capacidad para usar abstracciones; la posibilidad de aprender el concepto de tiempo y el interés por problemas que no tienen una implicación personal inmediata. Empieza a pensar abstrayéndose de las circunstancias presentes y a elaborar teorías sobre todas las cosas. Es capaz de razonar de un modo hipotético y deductivo (es decir, a partir de hipótesis gratuitas) y, procediendo únicamente por la fuerza del propio raciocinio, llegar a conclusiones. Los progresos del razonamiento están vinculados al descubrimiento de las ideas generales, que tiene lugar hacia los 14 años, al hallazgo de las trabazones lógicas que unen estas ideas entre sí, así como a la posibilidad de pasar de la simple verificación a la demostración teórica. Razonar es para el adolescente una necesidad vital, y si no puede satisfacerla hablando con adultos, la sacia dedicándose a múltiples actividades, que abandona a menudo en cuanto ha ejercitado su razón. Razona sobre todo lo habido y por haber, de forma gratuita, como si fuera un deporte. Antes de emplear la razón en su finalidad propia, comenzará por saborear la alegría de afirmarse como persona capaz de razonar. Es el despertar del pensamiento personal. Se trata de adquirir un dominio en la actividad intelectual y al mismo tiempo de afirmar la propia personalidad; de ahí la tozudez con que el adolescente defiende sus proposiciones, aunque a veces incluso el mismo es consciente de la falacia de su argumentación (Delgado, 2017).

En la adolescencia media el desarrollo psicosocial en los varones está dominado por la necesidad de logro e independencia, que se persigue en grupo; en las mujeres se caracteriza por el establecimiento de relaciones interpersonales y de amor duales. La interacción entre el adolescente y sus padres cambia y frecuentemente se originan conflictos intergeneracionales.

A menudo se dice que la adolescencia es un periodo de conducta irracional. El crecimiento físico de la pubertad da al cuerpo del adolescente una forma más parecida a la del adulto, haciendo que estos creen que el desarrollo del adolescente se ha completado. Sin embargo, el desarrollo social y emocional es más lento. La falta de acoplamiento entre la apariencia física del adolescente y la forma en que actúa puede hacer que los adultos deduzcan que no actúa de acuerdo con su edad (Dulanto, 2000). La rebeldía que se da a los años de la adolescencia es en realidad una manifestación de la búsqueda de la independencia y de una sensación de autonomía. Los alimentos pueden usarse, y a menudo se usan, como un medio de ejercer la autonomía.

Los adolescentes pueden elegir hacerse vegetarianos como una manera de diferenciarse de sus padres que comen carne o para expresar sus preocupaciones morales y éticas sobre el bienestar de los animales o sobre el medio ambiente. El consumo de comida rápida se convierte en un fuerte factor de atracción social para los adolescentes que los diferencia, de sus padres y de las generaciones anteriores.

El desarrollo psicosocial de los adolescentes influye de manera directa en sus elecciones de alimentos y bebidas. En la adolescencia inicial y media existe el riesgo de que limiten las calorías con objeto de hacer una dieta debido a sus preocupaciones sobre la imagen corporal. Como aún no se ha desarrollado por completo la capacidad de razonamiento abstracto, los adolescentes de esta edad no suelen ser capaces de ver la relación entre sus conductas actuales y el riesgo futuro para su salud. (Mahan & Escott, 2003)

#### **1.2.4. Imagen Corporal en la Adolescencia**

Se entiende por imagen corporal a “la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta”. Por tanto, la imagen corporal no está necesariamente correlacionada con la apariencia física real, siendo claves las actitudes y valoraciones que el individuo hace de su propio cuerpo. Aquellos sujetos que, al evaluar sus dimensiones corporales, manifiestan juicios valorativos que no coinciden con las dimensiones reales presentan una alteración de la imagen corporal (Coleman et al., 2007).

La imagen corporal está formada por diferentes componentes: el componente perceptual (percepción del cuerpo en su totalidad o bien de alguna de sus partes), el componente cognitivo (valoraciones respecto al cuerpo o una parte de éste), el componente afectivo (sentimientos o actitudes respecto al cuerpo o a una parte de éste y sentimientos hacia el cuerpo) y el componente conductual (acciones o comportamientos que se dan a partir de la percepción).

Los adolescentes constantemente andan buscando una identidad y tratan de lograr la independencia y aceptación de sus iguales, esto lo transmiten a través de la preocupación por su aspecto físico. La imagen corporal es un aspecto especialmente relevante en la adolescencia debido a que en esta se experimentan cambios físicos y psicológicos que en ocasiones generan preocupación, rechazo o inseguridad sobre el propio cuerpo, además de estos cambios están las exigencias socioculturales entorno al cuerpo, las cuales provocan en el adolescente sentimientos de ansiedad y desvalorización, si es que no se cumple con el “ideal corporal” (Vaquero-Cristóbal et al., 2013).

Existe una estrecha relación entre la etapa de adolescencia y la alimentación, debido a que es una de las mayores etapas de crecimiento por lo que el aporte de nutrientes es elevado y diverso. Una característica común en la adolescencia y juventud, directamente relacionada con la alimentación es la preocupación por el

aspecto físico, en las mujeres es más frecuente buscar una delgadez extrema, que en ocasiones lleva al seguimiento de dietas incompatibles con la posibilidad de conseguir una situación nutricional correcta. En los varones se busca un aumento de masa muscular, con frecuencia también por caminos equivocados, tomando cantidades excesivas de proteínas o suplementos vitamínicos (Requejo & Ortega, 2000).

Estos cambios físicos implícitos en la adolescencia en cuanto a los hábitos de salud en general, entre ellos, los hábitos de alimentación, en particular, sumados a toda la presión que ejerce el medio ambiente a través de acciones publicitarias y propagandística que envían los medios de difusión en cuanto a estereotipos de belleza, de salud, entre otros, hace que el adolescente continuamente este automonitoreando su propio funcionamiento e imagen corporal comparándola constantemente con una imagen ideal, hace que en ocasiones los adolescentes asimilen o hagan propia dicha imagen esperando que su cuerpo sea igual. Cuando esto no sucede puede ser que en algunos adolescentes surjan sentimientos de insatisfacción con su propia imagen (Coleman, Hendry, & Kloep, 2007).

A lo anterior también pueden sumarse aspectos de tipo socioemocionales como un autoconcepto negativo, baja autoestima (Peris, Maganto, & Kortabarría, 2015), problemas (Ruíz et al., 2013) y/o presencia de ansiedad aumentan la posibilidad de que algunos adolescentes, en particular las chicas tengan sentimientos de rechazo hacia su propio cuerpo (Moreno & Ortiz, 2009). Es como si los adolescentes quedaran atrapados por una imagen corporal “ideal”, poco realista, que se trasmite día a día a través de la televisión, las revistas, las redes sociales y también por sus pares por ejemplo en la escuela, amigos y las relaciones de pareja que en esta época también son muy importantes y la imagen son factores asociados (Vargas, & Barrera, 2002).

Atrás de un problema de alimentación parecen existir creencias o premisas, que pueden ser irracionales, pero que son las que hacen que algunos adolescentes

se conduzcan de cierta manera con respecto a la comida, por ejemplo: a. Mi cuerpo debe ser perfecto, b. Si tuviera un cuerpo perfecto todo sería mejor, c. Si tuviera un cuerpo perfecto entonces todos me aceptarían, me querrían, me integrarían, etc., d., haría lo que fuera por tener un cuerpo perfecto. Todo esto puede tener consecuencias graves para los contextos sociales, emocionales, psicológicos y podrían alterar de forma grave su relación y percepción de la comida .

Aunque las chicas son las que con mayor frecuencia presentan una imagen corporal deficiente y por tanto insatisfacción con su propio funcionamiento e imagen corporal, también hay chicos pueden estar insatisfechas con su cuerpo (Benjet, Méndez, Borges, & Medina-Mora, 2012); no obstante, la insatisfacción puede expresarse de diferentes maneras de acuerdo al sexo, y las mujeres y los hombres, pueden estar insatisfechos por razones diferentes. Las chicas generalmente quieren tener ciertos atributos corporales además de la talla, por ejemplo, ser altas, tener mayor crecimiento en sus pechos o en sus caderas, o tener piernas torneadas. Por otro lado, los chicos, con frecuencia, quisieran tener mayor músculos o bien marcados, ser más altos, más fuertes, por lo que es más fácil que los chicos de talla pequeña y delgados, sean los que puedan desarrollar problemas emocionales como depresión (Lenoir & Silber, 2006).

Sin embargo, las chicas, parecen más vulnerables y presentan más riesgo de mostrar trastornos de alimentación. Algunos de los trastornos alimentarios más frecuentes entre las chicas son la anorexia que implica rehusarse o presentar limitaciones fuertes en la alimentación, la bulimia, que se refleja en comer en demasía en un corto periodo denominado como periodo de “atracones”, y luego vomitar los alimentos. Aunque también hay otro tipo de acciones asociados a la bulimia como hacer ejercicio extremo o exagerado, o ayunar para compensar por comer en exceso (Lora-Cortez, & Saucedo-Molina, 2006).

En un estudio hecho en mujeres adolescentes y jóvenes, muestra que la percepción de la imagen corporal y la insatisfacción con la misma se encuentran

altamente relacionadas con las conductas alimentarias de riesgo, igual se encontró que estas mujeres tienden a sobrestimar su tamaño corporal, mostrando así una mayor insatisfacción (Rieder, 2001 citado en Lora-Cortez y Saucedo-Molina, 2006).

Puede llegar a ser tan excesiva la preocupación sobre el aspecto físico, la imagen corporal, que los jóvenes pueden llegar a presentar ciertas conductas alimentarias no apropiadas para su salud y esto trae como consecuencia la realización de dietas y alteraciones como los trastornos de la conducta alimentaria. (Vaquero-Cristóbal y et al, 2013).

## CAPITULO 2.

### ¿EL RIESGO AL COMER?

---

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, se considera que los trastornos de alimentación tienen una frecuencia que oscila entre 0.5% y 3.5% de la población general y en la población adolescente la proporción es de aproximadamente 270 adolescentes de cada 100 000 (Smink, Van Hoeken, & Hoek, 2012). A pesar de que algunas alteraciones alimentarias en algunos países parecen invisibles y algunas otras son "normalizadas" se consideran un serio problema de salud pública por sus consecuencias sumamente nocivas para la salud física, como problemas gastrointestinales, endocrinológicos, dermatológicos, cardiovasculares y pulmonares con un importante impacto negativo en la salud que eleva el riesgo de mortalidad. Asimismo, impacta otras esferas del funcionamiento, dependiendo de la edad o etapa del ciclo vital, como escuela, el trabajo, etc. ya que pueden llegar a interferir con las labores cotidianas de la gente (Benjet et al., 2012).

Los trastornos alimentarios aparecen habitualmente durante la adolescencia y el principio de la edad adulta. Son más comunes entre las mujeres que entre los hombres. Afecciones como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracones compulsivos se caracterizan por la adopción de comportamientos alimentarios perjudiciales, como la restricción de calorías o el atracón compulsivo. Los trastornos alimentarios son perjudiciales para la salud y, a menudo, coexisten con la depresión, la ansiedad y/o el abuso de sustancias (OMS, 2020).

Los hábitos alimenticios que rigen durante la etapa de la adolescencia van más allá de las particularidades regionales ya que hay una particularidad universal que rige a la adolescencia en su forma de comer y esta puede ser la "influencia", ya sea la influencia de un marco de referencia de una cultura superior o popular para crear un mercado de consumo y hacer a un sector de la población dependiente del mismo o la influencia de los medios de publicidad presentes en todo momento que

no favorecen a la nutrición y anuncian solo lo que está de moda. De esta manera y sin que los adolescentes se lo propongan en un inicio, se llega a establecer un desorden del apetito (Dulanto, 2000).

Mientras el adolescente va pasando por todos estos cambios se puede presentar un conflicto en su nutrición. La alteración que puede llegar a tener la conducta de alimentarse puede convertirse en un riesgo y esto ha dado origen a lo que se les conoce como Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en los cuales se ven distorsionados los patrones de la ingestión de alimentos, olvidándose y repercutiendo de manera negativa e importante en el estado nutrición del individuo y por ende de su salud física y mental (Saucedo–Molina & Unikel, 2010).

Se sabe que ahora en la actualidad, existen varias enfermedades pertenecientes a trastornos acerca de la conducta alimentaria pero los trastornos alimentarios como la anorexia y la bulimia son enfermedades que se relacionan en la adolescencia. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), son trastornos que están caracterizadas por alteraciones relacionadas con la alimentación, el peso y la imagen corporal.

## **2.1 Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)**

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), son trastornos que están caracterizadas por alteraciones relacionadas con la alimentación, el peso y la imagen corporal. Se les considera como una enfermedad psiquiátrica compleja, de índole multifactorial porque hay muchos factores involucrados como rasgos de personalidad como el perfeccionismo (Agüera, 2011), o la autoestima (Moreno et al., 2009) funcionamiento familiar (Ruiz et al., 2013), que se expresan principalmente en mujeres jóvenes y adolescentes. Sin embargo, durante la adolescencia no siempre se pueden identificar de manera clara por lo que el diagnóstico más frecuente es el TCA no especificado, en segundo lugar, el de anorexia nervosa y en tercer lugar el de bulimia nervosa. Estos trastornos tienen en

común una preocupación excesiva por la comida, peso y figura corporal, así como el recurrir a prácticas y hábitos no saludables relacionados con la alimentación que ponen en riesgo su salud integral (Ruiz et al., 2013; Rutzstein, Scappatura, & Murawski, 2014). Esta situación se debe a que muchos de los trastornos alimentarios tienden a asociarse con problemas de salud física pero también psicológicas que pueden cortar el desarrollo saludable de los adolescentes.

Los trastornos que pueden llegar a presentarse más entre la población adolescente son la Anorexia Nervosa (AN) y Bulimia Nervosa (BN). Afectan principalmente a mujeres en etapas tempranas de la vida como la pubertad y la adolescencia. Dichos trastornos tienen consecuencias tan graves a la salud que pueden causar desde desnutrición e incluso ocasionar la muerte (Benjet et al., 2012).

Por otro lado, pero inmerso, está la obesidad la cual se considera como un factor de riesgo común a muchas enfermedades crónicas ya que es un acúmulo excesivo de grasa corporal que se traduce en un aumento del peso corporal y que está ligado en cierta parte, ya que algunos investigadores la rechazan y otros la incluyen, como uno más de los TCA (Secretaría de Salud, 2007).

Revisando los resultados de la ENSANUT (2012), se vio que de los 21,519 de adolescentes mexicanos que participaron y que estaban en riesgo de tener un trastorno de la conducta alimentaria fue de 1.3% (1.9% en el sexo femenino y 0.8% en el masculino). La cual fue más alta comparándola con lo registrado en la ENSANUT 2006.

Para datos más recientes, según la encuesta hecha en el 2016 por el Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género (CEAMEG, 2016) de la Cámara de Diputados reveló que los trastornos alimentarios aumentaron 300 % en México durante los últimos 20 años; cada año se registran 20 mil de estos casos entre adolescentes. Preciso que el 95 % de los casos de anorexia y bulimia se desarrolla a partir de hacer una dieta estricta y 90 % de las personas con estos

padecimientos son mujeres, siendo estas las que más lo padecen. De igual forma reveló que el 25 % de mujeres encuestadas entre 15 y 18 años han dejado de comer por 12 horas por miedo a engordar y uno de cada 10 alumnos varones de bachillerato recurre al ayuno como método contra la obesidad o sobrepeso, esto quiere decir que los hombres no se salvan de sufrir alguno de estos trastornos.

Algunos de los trastornos que pueden llegar a presentarse con más frecuencia entre la población joven son: la Anorexia Nervosa (AN) y Bulimia Nervosa (BN). Afectan principalmente a mujeres en etapas tempranas de la vida como la pubertad y la adolescencia. Dichos trastornos tienen consecuencias tan graves a la salud que pueden causar desde desnutrición e incluso ocasionar la muerte.

Por otro lado, pero inmerso, está la obesidad la cual se considera como un factor de riesgo común a muchas enfermedades crónicas ya que es un acúmulo excesivo de grasa corporal que se traduce en un aumento del peso corporal y que está ligado en cierta parte, ya que algunos investigadores la rechazan y otros la incluyen, como uno más de los TCA. (Secretaría de Salud, 2007).

En los próximos apartados se presentan algunas de las definiciones de los trastornos relacionados con la alimentación o hábitos y comportamientos alimentarios, en general y de acuerdo al *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* en su última versión del 2014 en español (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) en inglés) editado por la Organización Mundial de la Salud (WHO: World Health Organization, , 2014),, así como las definiciones de la clasificación Internacional de los Enfermedades Mentales CID-10 (ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, en inglés).

### **2.1.1 Anorexia Nervosa (AN)**

La anorexia nervosa, es un trastorno alimentario que implica el rechazo de la comida por un miedo irracional y obsesivo a engordar, acompañada de una percepción distorsionada de la imagen corporal de tal manera que las personas no comen hasta el grado de provocar un estado de inanición, con la pérdida consecutiva de nutrientes esenciales para el buen funcionamiento integral (anímico, físico, etc.) y a veces paulatina de funciones fisiológicas de manera llegándose a afectar algunos órganos en especial e incluso sistema, generando problemas graves de salud e incluso hasta la muerte.

Por otro lado, cabe señalar que la anorexia nerviosa es un trastorno que implica un síndrome, a diferencia de la anorexia que es un síntoma que a veces se acompaña de otras alteraciones de la salud y que llega a ser transitoria, pero que por sí sola no representa o no es una enfermedad en sí misma y que también se diferencia de otros trastornos como la bulimia aunque, en ésta, se pueda llegar a presentar una imagen corporal similar a la anorexia nervosa, en cierta etapa o evolución de la enfermedad (Barcelata, 2014).

#### **Definición por el DSM-5**

De acuerdo al DSM-5 (2014) los siguientes son los principales síntomas que el clínico tiene que comprobar para dar un diagnóstico diferencial.

1. Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso o comportamiento que interviene en la ganancia de peso.
2. Restricción de la ingesta de energía, que lleva a un peso bajo significativo.
3. Alteración en la forma en que se experimenta o percibe el peso o figura, influencia indebida del peso o figura en la autoevaluación o falta de reconocimiento de la gravedad del peso bajo.

## Definición por la CIE-10

Según los criterios diagnósticos de la CIE-10 (2019) la AN se caracteriza porque el peso del cuerpo se mantiene por lo menos 15% por abajo del esperado (perdido o nunca adquirido), o el índice de masa corporal es 17.5 o menor. Los pacientes jóvenes pueden presentar fallas para alcanzar el peso esperado en el periodo del crecimiento. La pérdida de peso es auto inducida, evitando comidas “engordadoras” y uno o más de los siguientes: vómito auto inducido, uso de métodos de purga, exceso de ejercicio o uso de supresores del apetito.

Las clasificaciones de los trastornos mentales como el DSM5 y CDI-10, consideran a la anorexia nervosa un trastorno sistémico de alto nivel de gravedad, por sus consecuencias a mediano y largo plazo, caracterizado por algunos signos y síntomas como los siguientes:

- Miedo a ganar peso
- Preocupación exagerada por los alimentación y valor calórico
- No comer, aunque se tenga hambre
- Insistencia de otros para que coma
- Necesidad de verse cada vez más delgado(a).
- Evitar la ingesta de alimentos con alto valor calórico
- Presentar un peso menor que los demás de acuerdo al Índice de Masa Corporal (IMC), con relación a la talla y edad
- Usar mucho tiempo para comer sin ingerir casi nada
- Practicar ayunos continuamente
- Hay una "transparencia" de los hueso o esqueleto a través de la ropa

Como se pudo ver en las definiciones pasadas se puede decir que la AN tiene como deseo el ser delgado y el miedo a engordar se manifiestan en una serie de síntomas que incluyen la reducción propositiva en la ingesta de alimento, lo que

conduce a grandes pérdidas de peso. La AN se asemeja de muchas maneras a otros estados de inanición. (Unikel, Díaz de León, & Rivera, 2017).

Se ha detectado, además, falta parcial o total de conciencia sobre la enfermedad, alteración o distorsión de la imagen corporal (sobreevaluación del tejido y/o peso corporal), hiperactividad (ejercicio excesivo), trastornos en el sueño, grandes expectativas de logros y un negativismo agresivo hacia los intentos de tratamiento. Asimismo, falla o confusión en el reconocimiento del hambre y el apetito (conciencia interoceptiva), sentido de ineficacia con sensación de actuar sólo en respuesta a las demandas de otros, ante lo cual la manipulación de la alimentación proporciona un sentido de logro

### **2.1.2 Bulimia Nervosa (BN)**

La bulimia o bulimia nerviosa es considerado un trastorno alimenticio, acompañado o asociado a trastornos psicológicos que conlleva formas y hábitos alimenticios ya que hay una ingesta de comida en exceso de forma rápida y en muy poco tiempo (atracones), seguidos de arrepentimiento, por lo que el vómito y el uso de laxantes es una de sus características distintivas o que la distinguen de otros trastornos alimentarios. No obstante, también hay temor a engordar también influye a que se lleve a cabo estas conductas casi a manera de ritual que generan círculos de ingesta, culpa, vómito, culpa, depresión, ansiedad, ingesta, etc. que en general son mantenidos por sentimientos de depresivos (Barcelata, 2007).

#### **Definición del DSM-5**

La describe como episodios recurrentes de atracones acompañados de conductas compensatorias inapropiadas para no ganar peso corporal: vómito auto inducido, uso de laxantes, diuréticos y otros medicamentos, ayuno o ejercicio excesivo. La persona tiene una autoevaluación exageradamente influida por el peso y figura.

Existe la presencia de atracones frecuentes y las conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso y para poder diagnosticar estas deben ser al menos una vez a la semana durante tres meses.

### **Definición de la CIE-10**

De acuerdo a los criterios diagnósticos de la CIE-10 (2019) en la bulimia nervosa existe preocupación persistente por la alimentación y un deseo irresistible por comer. El paciente sucumbe a episodios de ingesta de grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo. El paciente intenta contrarrestar los efectos engordadores de la comida con uno o más de los siguientes: vómito auto inducido, abuso de purgantes, periodos alternantes de ayuno, uso de drogas como supresores del apetito, preparaciones tiroideas de diuréticos. Cuando la bulimia ocurre en pacientes diabéticos podrán elegir el rechazo al tratamiento con insulina.

Ambas clasificaciones (DSM-5, 2014; CID-10, 2019) hacen referencia a los siguientes signos y síntomas:

- Consumo inusual de grandes cantidades de alimentos a la vez, mucho más que una persona normal y/o promedio.
- Consumo exagerado de comida, aunque no se tenga hambre
- Consumo mucho más rápido durante el episodio de atracón que durante episodios habituales de alimentación.
- Incapacidad para ejercer el control sobre el consumo de alimentos.
- Sentimientos de pérdida de control durante el atracón.
- Consumo hasta llegar a una sensación de indigestión
- Consumo exagerado de alimentos asociado a un estado emocional, nerviosismo, ansiedad, depresión.
- Sensación de culpa después del consumo exagerado.

### **2.1.3 Trastorno por Atracón**

Recientemente se han distinguido otros trastornos alimentarios que se relacionan con la anorexia nervosa y la bulimia nervosa pero que tiene características diferentes en población de jóvenes, y que también pone en riesgo la salud física y emocional de los adolescentes

#### **Definición del DSM-5**

Dentro de este tipo de problema o trastorno de la conducta alimentaria, pero al parecer diferenciado de la bulimia está el que se llama trastorno por atracón, el cual se presenta sin ataques compulsivos de bulimia o de ingesta-vómito. En la mayoría de los casos, se presenta la existencia de aumento de peso e, incluso, de obesidad debido a periodos de ingesta exagerada por un deseo de comer de manera descontrolada, pero, a diferencia de la bulimia, no busca contrarrestar el atracón provocándose el vómito. Entre los signos y síntomas de mayor frecuencia que se describen se menciona los siguientes:

- Consumo mucho más rápido de alimentos durante el episodio de atracón
- Sentimientos de pérdida de control de la voluntad durante el atracón
- Sensación de no poder parar de comer hasta sentirse físicamente más con ganas náuseas, ganas de vomitar e indigestión a consecuencias del exceso de alimento ingerido.
- Incapacidad para ejercer el control de la necesidad sobre el consumo de alimentos.
- Consumo inusual de grandes cantidades de alimentos a la vez, mucho más que una persona normal y/o promedio
- Come grandes cantidades de comida, incluso cuando no tiene hambre.
- Ganancia rápida de peso y de obesidad en pocos meses.

## **2.2 Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR)**

Se entiende a la conducta alimentaria como el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo en respuesta a una motivación biológica, ligada a lo psicológico y sociocultural, pero todas con el objetivo de la ingesta de alimentos. (Lora-Cortez y Saucedo-Molina, 2006). Las conductas alimentarias, aunque no implican un trastorno como tal como su nombre lo indican, aumentan la elevación del riesgo y la probabilidad de que se presente alguno de los trastornos alimentarios como los descritos anteriormente.

La preocupación por atender este tipo de comportamientos asociados a hábitos alimentarios que paulatinamente pueden desencadenar problemas alimentarios severos, es por el incremento en los trastornos y por la creciente preocupación, en particular entre gente joven, por la imagen corporal y la alimentación. Por supuesto existen muchos más trastornos, sin embargo, los trastornos mencionados son los de mayor prevalencia y los que ponen en mayor riesgo a los adolescentes en el mundo (Lenoir & Silber, 2006; Smink et al., 2012) y en México (Cámara de Diputados, 2016; Saucedo & Unikel, 2010).

Durante la adolescencia, como etapa vulnerable del desarrollo (Coleman, et al., 2007), esta conducta se puede llegar a verse influida por diferentes factores de índole personal, como variables de tipo biológico (genéticos, endocrinológicos) y psicológicos, como factores medioambientales como los familiares o sociales que combinados con los personales, pueden llegar a alterar la nutrición y la necesidad del individuo por alimentarse de manera inadecuada en función de los patrones comportamentales entre ellos, los de consumo y alimentación en un momento determinado (Urzúa, Avendaño, Díaz, & Checure, 2010).

De esta forma las CAR son conductas inapropiadas similares a las que se presentan en los TCA, pero no cubren sus criterios diagnósticos, por lo que la conducta ha dado origen a los denominados trastornos alimentarios que son patologías en las que precisamente los patrones de la ingesta de alimentos se ven

severamente alterados. Aunque las CAR son el principio de los trastornos alimentarios si se puede llegar a presentar en estas conductas el uso de laxantes, vomito autoinducido, dietas restrictivas sumamente exigentes, entre otras; estas conductas son reconocidas como dañinas para la salud en sí mismas ya que igual conducen a deficiencias o alteraciones en el funcionamiento psicosocial. (Unikel et al., 2017).

Entre los factores de índole psicológica que parecen estar relacionado con los trastornos alimentarios en los adolescentes, pero poco estudiados, en México, está el bienestar psicológico.

## CAPITULO 3.

### BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SALUD

---

#### 3.1. ¿Qué es el Bienestar Psicológico?

El bienestar psicológico se define, según Ryff y Keyes (1995), como un esfuerzo para que el ser humano se perfeccione y cumpla con su potencial, lo cual tiene que ver con tener un propósito de vida que ayude a darle significado. Esto implica asumir retos y realizar esfuerzos para superarlos y así alcanzar las metas propuestas, esta balanceado entre expectativas y logros. Posee más categorías, tales como: condiciones de vida, estilo de vida, modo de vida y calidad de vida.

Es un concepto amplio que incluye dimensiones sociales, subjetivas y psicológicas, así como comportamientos relacionados con la salud en general que llevan a las personas a funcionar de un modo positivo. Está relacionado con cómo la gente lucha en su día a día afrontando los retos que se van encontrando en sus vidas, ideando modos de manejarlos, aprendiendo de ellos y profundizando su sensación de sentido de la vida. (Yubero, Blanco, & Larragaña, 2007)

Del mismo modo se puede definir como un concepto ligado a la percepción subjetiva que tienen un individuo respecto a los logros conseguidos por él, y su grado de satisfacción personal con sus acciones pasadas, presentes y futuras” (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). Este se produce en relación con un juicio cognitivo que la persona hace acerca de sus logros, lo que a su vez influye en la conducta dirigida al logro de metas y propósitos, siendo por ello un factor de motivación intrínseca para el estudiante.

Para los filósofos griegos “la buena vida” constituía una virtud. Aristóteles habla del “Sumo Bien” y de la “Felicidad Suma” como el objetivo o finalidad del

transcurrir humano. Igualmente, los discípulos del filósofo chino Confucio describió a una buena calidad de vida en términos de una sociedad ordenada en donde cada ciudadano tiene roles y responsabilidades claramente delimitados y en los que se lo se los puedan ejercer correctamente (Diener, 2000).

Para Taylor (1991; citado en Garcia-Viniegras & Gonzáles, 2000), el bienestar psicológico es parte de la salud y se manifiesta en todos los contextos de la actividad humana. Afirma que “cuando un individuo se siente bien, es más productivo, sociable, creativo, posee una proyección de futuro positiva, infunde felicidad y esto implica capacidad de amar, amarse a sí mismo, trabajar, tener buena vida social y controlar el medio”.

Díaz y et al. (2006) definieron el bienestar psicológico como el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, considerando estas últimas como los principales indicadores del funcionamiento positivo.

### **3.2. Modelo de Bienestar Psicológico de Carol Ryff**

Carol Ryff (1998) desarrolló un modelo de bienestar psicológico con un total de seis dimensiones que miden la satisfacción con la vida del individuo. Este puede considerarse precursor de los actuales modelos de Psicología Positiva, y que aún hoy continúa siendo una de las más brillantes aportaciones en las teorías y aplicaciones relacionadas con el bienestar humano.

El bienestar psicológico se puede definir como un grupo de funciones en diferentes ámbitos relacionados con el desarrollo humano pleno que desde la adolescencia se fortalece y que se asocia con la salud mental (Keyes, 2006; Ryan & Deci, 2001). Esto es, es decir a vivir de forma plena en diferentes dimensiones o que se reflejan en diferentes dimensiones/áreas en las que las personas se sienten realizadas o a través de las que pueden desarrollar su potencial humano.

Estas dimensiones o procesos que se constituyen en indicadores de la satisfacción o el bienestar psicológico son las siguientes:

1) Autoaceptación: está determinada por el grado en que la persona se siente satisfecha con sus atributos personales. Éste es un rasgo central de la salud mental, la persona presenta buena aceptación, reflejándola en una autoestima alta y aceptándose como es, esto favorece el bienestar psicológico general.

2) Relaciones positivas: son las relaciones de confianza con otros, se caracteriza por que la persona tiene la capacidad de amar. Esta capacidad disminuye el estrés e incrementa el bienestar psicológico. Suh (2000) menciona que el tener relaciones satisfactorias con los demás, lleva a las personas a participar en grupos e interesarse por establecer nuevos vínculos incrementando el bienestar psicológico

3) Dominio del entorno: es la habilidad personal para hacer uso de los propios talentos e intereses, así como de las opciones que se vayan presentando. Es la participación activa en el medio ambiente que permite funciones psicológicas positivas.

4) Crecimiento personal: es el nivel en que la persona se encuentra abierta a nuevas experiencias, obteniendo logros, enfrentándose a los retos que la vida presenta.

5) Propósito en la vida: es cuando la persona establece objetivos, tiene sentido de dirección y una intencionalidad en la vida; funciona positivamente y todo esto contribuye al sentimiento de tener una orientación y un lugar en la vida.

6) Autonomía: se refiere a la autodeterminación, la independencia de la persona y la capacidad para regular su propia conducta; si una persona sacrifica su

autonomía, entonces se sentirá insatisfecha y presentará niveles bajos de bienestar psicológico.

Este modelo propuesto por Ryff ha sido estudiado por diversas áreas de la psicología y con variedad de poblaciones.

### **3.3. El adolescente y su bienestar**

Al hablar de la adolescencia se puede decir que es una etapa decisiva en la adquisición y consolidación de los estilos de vida; una etapa en la que los adolescentes muestran especial curiosidad y receptividad ante circunstancias sociales en las que aún son relativamente inexpertos (González, Garcés de los Fayos y García, 2012).

La transición entre la infancia y la adultez tiene su origen en los cambios que se presentan los cuales interactúan con diversos factores individuales, familiares y sociales para facilitar el éxito o fracaso en las tareas de desarrollo propias de la edad. Para lograr con éxito las tareas de desarrollo el adolescente debe experimentar varios cambios, entre ellos modificar sus patrones de relación (Vargas y Barrera, 2002). Esta etapa de transición en la cual se están dando cambios físicos, cognitivos y emocionales puede llegar a afectar las relaciones de los adolescentes con sus padres y con los iguales (Motrico, Fuentes & Bersabé, 2001).

El proceso por el que pasan los adolescentes para definirse a sí mismos, está relacionado con el intento de integrar su personalidad y construir su identidad, considerando sus propias emociones, pensamientos y conductas. En consecuencia, los efectos que tienen estos cambios en el adolescente pueden adquirir un carácter estresante y tener diversos efectos psicológicos (Barra, Cerna, Kramm y Veliz, 2006). Tales factores son evidencia del periodo de vulnerabilidad que viven los adolescentes, en donde la influencia de la familia y los amigos, entre otros es

fundamental, puesto que las redes de apoyo que de aquí se deriven pueden tener efectos positivos o negativos sobre esta población (Barrón, 1992; Ruiz et al., 2013) es por ello que se resalta la necesidad de brindar apoyo social para el bienestar del adolescente.

En la adolescencia, una fuente importante de bienestar social e incluso de satisfacción son las relaciones con los pares en la escuela y en la comunidad, ya que cobran un significado especial, al contribuir a su propia identidad, de intercambios con los otros, lo que rebasan las relaciones familiares (Long, Huebner, Wedell, & Hills 2012; Morgan et al., 2011).

Casullo y Castro (2002) encontraron que los adolescentes de alto riesgo percibían menos bienestar psicológico, en cuanto a sus proyectos de vida y las dimensiones de control de la situación; por su parte, los adolescentes con bajo riesgo, presentaron altos puntajes en sus vínculos afectivos o personales y mayor percepción del control de su medio ambiente.

En el estudio que realizó Rivas (2015) con adolescentes mexicanos, y en donde se utilizó la Escala de Bienestar Psicológico para Adolescentes (González y Andrade, 2015), se puede observar con respecto a las correlaciones que ven lo que corresponde al Bienestar psicológico, los hombres tienden a tenerlo más estable y presentar una mayor actitud positiva hacia sí mismo que las poropias mujeres ya que en ellas puede deberse a que precisamente como se explicó en los capítulos anteriores, la adolescencia es uno de los periodos más críticos y socialmente duros en cuanto a la imagen corporal relacionada fuertemente con el auto-concepto, ya que en estas edades se hallan los mayores índices de preocupación por el cuerpo (Hermes y Keel, 2003), especialmente en mujeres puesto que en su mayoría recurren a dietas de control de peso y presentan variables cognoscitivas y conductuales de padecer alguno trastorno de la conducta alimentaria (Lameiras, Calado, Rodríguez y Fernández, 2003).

En cuanto al estado de salud, se ha observado una relación entre el ejercicio físico y el bienestar psicológico. Un estudio de Cantón (2001) encontró que el bienestar psicológico se relaciona con la actividad física y deportiva, así como con emociones positivas. Posteriormente, Cantón, Checa y Vellisca (2015) también encontraron que el bienestar estaba relacionado con mejores estrategias de afrontamiento. González, Garcés de los Fayos y García del Castillo (2011) muestran que la actividad física en la escuela puede ayudar a que los adolescentes perciban de manera positiva su entorno y tengan una sensación de bienestar psicológico lo que a su vez se asocia a un autoconcepto positivo y un mejor desarrollo cognitivo. Por otro lado, algunas investigaciones (Balaguer, Castillo, & Duda, 2008; Warburton, Nicol, & Bredin, 2006) y reportan que el ejercicio moderado e incluso fuerte contribuye tener mejor salud y como consecuencia también una sensación mayor de bienestar psicológico.

Por otra parte, en un estudio (Babyak et al., 2000) con adolescentes mostró que los adolescentes que hacían algún tipo de actividad física tenían menos probabilidad de presentar depresión y así como un afecto más positivo. Pareciera que el bienestar psicológico se asocia de manera negativa con la depresión. También observó que los hombres tendían a hacer más ejercicio que las mujeres y a presentar niveles más altos de bienestar psicológico. Otro estudio, en contraste, entre las niñas sin sobrepeso, la dieta crónica, los comportamientos poco saludables de control de peso y los comportamientos de control de peso extremo disminuyeron, y la satisfacción corporal mejoró durante este período de tiempo. También se observó que los comportamientos de control de peso disminuyeron y la satisfacción corporal mejoró durante este período de tiempo. Además, entre los niños sin sobrepeso, la prevalencia de control de peso insalubre y extremo las conductas disminuyeron, al igual que las puntuaciones medias de depresión (Loth, Wall, Larson, & Neumark-Sztainer, 2015).

Por otro lado Casullo y Solano (2002), realizaron un estudio correlacional para ver la asociación entre características de personalidad, algunos problemas o trastorno clínicos como la depresión, los trastornos alimentarios (entre otros) y el bienestar psicológico, y encontraron que alrededor del 30% de los adolescentes de alto riesgo que tenían alguno de esos síntomas, percibían menos bienestar psicológico, en particular menos puntajes en los proyectos de vida y en el control de la situación en comparación que los adolescentes de bajo riesgo.

En una investigación más reciente se estudiaron las relaciones entre el autoconcepto físico tanto con el bienestar como con el malestar psicológico en adolescente y al mismo tiempo, su relación con los trastornos alimenticios comparando una muestra no clínica y otra con anorexia o bulimia. Trabajaron con adolescentes de 12 a 23 años y encontraron que de todas las dimensiones del autoconcepto físico, el atractivo físico fue la que obtuvo los valores más altos de relación con la ansiedad, la depresión y el bienestar psicológico; pero también notaron de manera similar a los estudios citados arriba, que cuanto el autoconcepto físico pero hay ejercicio, entonces parece ser que el deporte es una forma de aumentar el bienestar subjetivo y reducir el grado de angustia psicológica en pacientes con anorexia o bulimia.

En otras palabras, se observa evidencia que muestra que el autoconcepto físico guarda una relación positiva con el bienestar psicológico y una relación negativa con el malestar psicológico, es decir, a mayor autoconcepto positivo percibido, mayor bienestar experimenta los adolescentes y jóvenes; al contrario, a menores niveles de ansiedad y depresión menor riesgo de que presenten un trastorno de conducta alimentaria.

Recientemente, Denegri., Castaño Schnettler, y Vivallo (2016), muestran datos que indican que las prácticas alimentarias no solo se relacionan con el bienestar subjetivo, sino que hay una influencia socio afectiva y sociocultural en el

comportamiento de consumo de ciertos alimentos y los patrones alimenticios. Además de que las prácticas alimentarias también están relacionadas con la convivencia familiar y social y de su asociación con el comportamiento alimentario.

## CAPITULO 4.

### METODOLOGÍA

---

#### 4.1. Justificación y planteamiento del problema

Se sabe que el bienestar psicológico tiene relación con distintos factores, pero al hablar de estas conductas alimentarias de riesgo que llegan a afectar más a la población adolescente y pueden dar pie a conductas alimentarias de riesgo que su vez es un preámbulo a los trastornos de conducta alimentaria. Las estimaciones indican que los trastornos alimentarios aparecen entre los 15 a los 19 años, y que 270 adolescentes de cada 100 000 presentan algún problema alimentario (Smink, Van Hoeken, & Hoek, 2012) por lo que es necesario desarrollar investigaciones para analizar a fondo la relación de estas dos variables y así llegar a identificar y a tratar a los jóvenes de la mejor manera cuando se les presente una situación conflictiva como esta. Es importante una detección temprana, ya que el inicio de tratamiento temprano mejora la respuesta y el pronóstico de los trastornos alimentarios en la adolescencia. Por ello se hace hincapié que se dé un tratamiento temprano lo cual requiere de un diagnóstico y derivación oportunos a un equipo especializado. Las complicaciones médicas, hace que a veces se requiera una intervención interdisciplinaria específicamente dirigida al trabajo con adolescentes adolescencia dada la complejidad y delicado de este trastorno en una etapa sensible del desarrollo como la adolescencia (López & Treasure, 2011).

Por tal motivo esta investigación estuvo orientada desde una visión preventiva a partir de un diagnóstico en la escuela, con la idea de que los resultados pueden ser útiles en un futuro para diseñar estrategias de salud pública para que el bienestar psicológico se pueda desarrollar de manera adecuada en diversas áreas y para prevenir la aparición de un trastorno de conducta alimentaria en los jóvenes y adolescente que ponga en riesgo su desarrollo e integridad física.

## **4.2. Pregunta de Investigación**

¿Existe relación entre las conductas alimentarias de riesgo y el bienestar psicológico en los adolescentes de secundaria y bachillerato de la Ciudad de México?

## **4.3. Objetivos**

### **4.3.1 Objetivo General**

- Analizar la relación que tienen las conductas alimentarias de riesgo y el bienestar psicológico en adolescentes de secundaria y bachillerato de la Ciudad de México.

### **4.3.2 Objetivos Específicos**

- Identificar la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en los adolescentes
- Describir las conductas de riesgo alimentarias en los adolescentes por sexo
- Describir el bienestar psicológico de los adolescentes por sexo
- Analizar la relación entre las conductas alimentarias de riesgo y el bienestar psicológico en los adolescentes.
- Analizar la diferencia entre las conductas alimentarias de riesgo y el bienestar psicológico en los adolescentes por sexo.

## **4.4. Hipótesis**

- Hi: Existe relación entre las conductas alimentarias de riesgo y el bienestar psicológico.
- Ho: No existe relación entre las conductas alimentarias de riesgo y el bienestar psicológico.

- Hi: Existe alguna diferencia entre hombres y mujeres en relación con las Conductas Alimentarias de Riesgo y Bienestar Psicológico.
- Ho: No existe alguna diferencia entre hombres y mujeres en relación con las Conductas Alimentarias de Riesgo y Bienestar Psicológico.

#### **4.5. Definición de las variables**

- **Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR)**

Definición conceptual: Son aquellas manifestaciones que no cumplen con los criterios para poder ser un trastorno alimentario, pero que son conductas características de los mismos, tales como práctica de dietas, atracones, conductas purgativas, miedo a engordar, entre otros (Urzúa et al., 2010).

Definición operacional: Puntajes obtenidos a partir de la escala Eating Attitudes Test de 26 reactivos (Garner & Garfinkel, 2017)

- **Bienestar Psicológico (BP)**

Definición conceptual: Se concibe como el esfuerzo por la perfección que representa la realización del propio potencial (Ryff & Singer, 1998).

Definición operacional: Puntajes obtenidos en la Escala de Bienestar Psicológico para Adolescentes. (Gonzales-Fuentes y Andrade, 2015).

#### **4.6. Participantes**

La muestra fue seleccionada de manera no probabilística intencional y estuvo conformada por 385 adolescentes con un rango de edad de 13 a 17 años (M=14.61, DE=1.09), 235 mujeres (61.0 %) y 150 hombres (39.0 %), estudiantes residentes de la Ciudad de México y el Estado de México de diferentes escuelas a nivel secundaria y nivel bachillerato, públicas y privadas, todas del turno matutino.

### **Criterios de inclusión:**

- Adolescentes escolarizados de 13 a 17 años.
- Adolescentes que asistan a secundarias o preparatorias ya sean públicas o privadas en la Ciudad de México o del Estado de México.
- Participación voluntaria.

### **Criterios de exclusión:**

- Participantes que no alcanzan o rebasan el límite de edad.
- Participantes que no respondan de manera correcta el instrumento o dejen más de 10 ítems sin contestar.
- Participantes que por alguna razón no deseen continuar con la aplicación del instrumento.
- Participantes que presenten alguna discapacidad física o mental que impida comprender y/o contestar el instrumento de evaluación.

## **4.7 Tipo de investigación**

La investigación fue de campo, transversal, exposfacto, de corte cuantitativo y correlacional (Kerlinger y Lee, 2002).

## **4.8 Instrumentos**

Se utilizó la escala Eating Attitudes Test, de 26 reactivos (EAT-26: Garner & Garfinkel, 2017), escala tipo Likert. El EAT-26 tiene varias validaciones que demuestran su importancia, entre ellas la realizada en población adolescente mexicana por Álvarez et al. (2004). Es una prueba también usada por Monterrosa-Castro et al., (2012), quien encontró nivel adecuado de consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach= 0.93) y punto de corte de 28 para sensibilidad del 83% y especificidad del 91%.

Se utilizó la Escala de Bienestar Psicológico para Adolescentes (EBP-A), elaborada y validada para adolescentes mexicanos por Gonzales-Fuentes y Andrade (2015) basada en la teoría del modelo de Ryff y Keyes (1995). Contiene 29 reactivos escala tipo Likert de cuatro puntos (1= Totalmente de acuerdo, 2= De acuerdo, 3= En desacuerdo, 4=Totalmente en desacuerdo), divididos en siete factores ( $\alpha=.76$ ), que explican el 60.51% de la varianza total: crecimiento personal ( $\alpha=.79$ ), relaciones positivas con otros ( $\alpha=.81$ ), propósito de vida ( $\alpha=.80$ ), auto-aceptación ( $\alpha=.74$ ), planes a futuro ( $\alpha=.77$ ), rechazo personal ( $\alpha=.77$ ) y control personal ( $\alpha=.83$ ).

#### **4.9. Procedimiento**

Se contactó a las autoridades correspondientes para solicitar su colaboración para poder evaluar a su población de alumnos y se presentó el consentimiento informado a los alumnos participantes con previa autorización de los directivos de las instituciones escolares. Se les informo el propósito del estudio y su participación fue voluntaria, anónima y confidencial de acuerdo al Código Ético del Psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología (2007). Se aplicaron los instrumentos de manera grupal en las instituciones educativas, en el salón de clases con el apoyo de dos psicólogos entrenados previamente, quienes dieron las instrucciones escritas de manera oral para unificar la aplicación a los distintos grupos. Una vez contestadas las pruebas, se realizó la captura de datos y posteriormente se llevaron a cabo los análisis de datos en el SPSS 21.

#### **4.10. Análisis de datos**

Se realizaron análisis descriptivos y de diferencias de medias por sexo a través de t de Student, y análisis de correlación bivariados con r de Pearson, a través del paquete estadístico SPSS en su versión 21.

## CAPITULO 5.

### RESULTADOS

---

#### 5.1 Descripción de la muestra

La muestra estuvo conformada por 385 adolescentes con un rango de edad de 13 a 17 años ( $M=14.5$ ,  $DE=.893$ ), 61.0% mujeres ( $n=235$ ) y 39.0% hombres ( $n=150$ ) estudiantes residentes de la Ciudad de México y el Estado de México de diferentes escuelas a nivel secundaria y nivel bachillerato, públicas y privadas, todas del turno matutino.

La figura 1 muestra que la mayor parte de los estudiantes tienen 14 años de edad y que aproximadamente una cuarta parte de las muestras la componen adolescentes de 15 años, seguidos de los 16 y en menor porcentaje los de 13 años y por último los de 17 años.

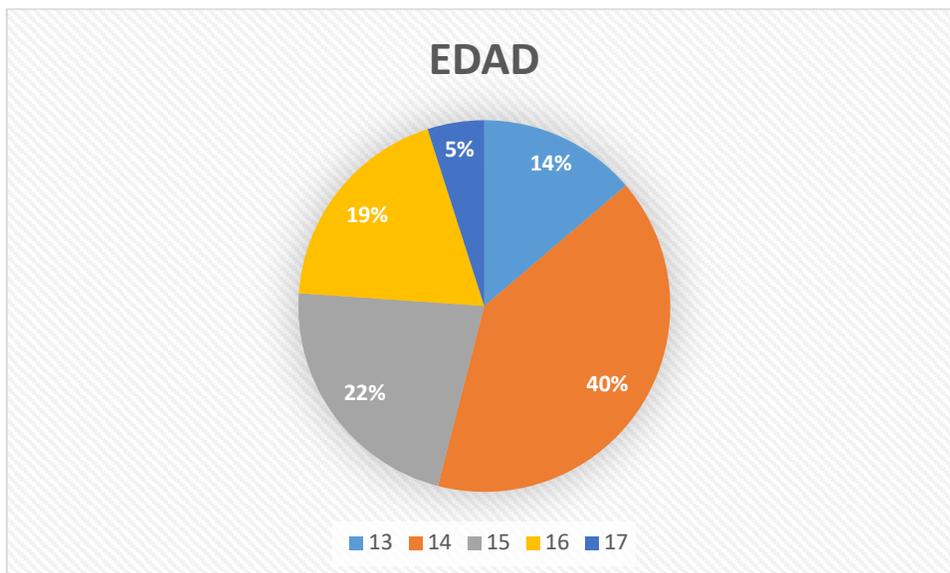


Figura 1. Distribución de los participantes por edad

Como se puede observar en la figura 2, hubo una cantidad mucho más grande de mujeres con respecto a los hombres que participaron en este estudio.



Figura 2. Distribución de los participantes de acuerdo al sexo

En la figura 3 se aprecia que la distribución de adolescentes de nivel escuelas secundarias y de preparatorias fue equitativa, 50% y 50%, respectivamente.



Figura 3. Distribución de los participantes de acuerdo al nivel escolar

## 5.2 Descriptivas de la muestra total de las Conductas Alimentarias de Riesgo y Bienestar Psicológico

En la tabla 1 se pueden apreciar las medias y desviaciones estándar de las conductas de riesgo notándose que hay una elevación importante de las conductas de riesgo en general, evaluadas por el EAT- 26, pero en especial puntajes elevados en lo que respecta a conductas asociadas a bulimia a una preocupación por la comida, seguidas dietas y el control oral.

Tabla 1.

*Medias y desviaciones estándar de Conductas Alimentarias de Riesgo*

<b>Dimensiones</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>
Conductas Alimentarias de Riesgo (EAT-26)	3.88	.648
Dieta	3.74	.734
Bulimia y Preocupación por la Comida	4.20	.746
Control Oral	3.71	.760

*Nota: N=385*

En cuanto al bienestar psicológico, se observan puntuaciones moderadas en el bienestar psicológico total (medido por la Escala de Bienestar Psicológico para adolescentes (EBP-A). Asimismo, se nota que la puntuación más alta está en rechazo personal, mientras que el puntaje más bajo corresponde a la dimensión de crecimiento personal, así como en propósito de vida en la que puntúan bajo.

Tabla 2.

*Medias y desviaciones estándar del Bienestar Psicológico*

<b>Dimensiones</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>
Bienestar Psicológico para Adolescentes (EBP-A)	2.32	.296
Crecimiento Personal	1.84	.787
Relaciones Positivas	2.34	.400
Propósito de Vida	2.05	.886
Autoaceptación	2.40	.390
Planes a Futuro	2.53	.325
Rechazo Personal	2.74	.837
Control Personal	2.36	.680

### 5.3. Diferencias entre hombres y mujeres en las Conductas Alimentarias de Riesgo y Bienestar Psicológico

Con respecto a las diferencias entre hombres y mujeres en los tipos o dimensiones de conductas de riesgo, en la Tabla 3, se puede observar en primer lugar que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los hombres y las mujeres, excepto con una diferencia con significancia marginal en cuanto a la dieta. Se observa que tanto los muchachos como las muchachas presentan puntajes moderados a altos en la escala total, es decir en las conductas alimentarias de riesgo y preocupan por la comida con tendencia a presentar más conductas asociadas con la bulimia.

Tabla 3.

*Media y desviación estándar, prueba t de Student de las Conductas Alimentarias de Riesgo*

Factores	Hombres n=150		Mujeres n=235		t de Student
	M	DE	M	DE	
Dieta	3.74	.770	3.74	.713	.052
Bulimia y preocupación por la comida	4.15	.731	4.23	.755	-1.13
Control Oral	3.75	.726	3.68	.780	.871
Conductas Alimentarias de Riesgo (EAT-26)	3.88	.657	3.86	.643	-.075

\* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$ ; \*\*\* $p \leq .001$

En relación a las diferencias entre hombres y mujeres en el bienestar psicológico total y sus diferentes dimensiones la Tabla 4, presenta las medias que indican valores ligeramente más altos en los muchachos que en las muchachas. Se observa que solo hay diferencias significativas, con mayor diferencia en primer lugar en crecimiento personal, en la que los hombres presentan valores mayores que las mujeres; seguidas por relaciones positivas y propósito de vida, también con mayores puntajes en los hombres en comparación con las mujeres. Cabe resaltar,

que el rechazo personal es una de las dimensiones con las medias más altas en ambos grupos, mientras que la más baja está en crecimiento personal.

Tabla 4.

*Media y desviación estándar, prueba t de Student del Bienestar Psicológico*

Dimensiones	Hombres n=150		Mujeres n=235		t de Student
	M	DE	M	DE	
Crecimiento personal	1.98	.916	1.75	.679	2.81*
Relaciones positivas	2.43	.407	2.29	.387	3.28*
Propósito de Vida	2.18	.924	1.97	.852	2.29*
Autoaceptación	2.37	.394	2.41	.387	-1.19
Planes a futuro	2.48	.335	2.56	.315	-2.39*
Rechazo personal	2.72	.890	2.74	.804	-.212
Control personal	2.37	.752	2.35	.631	.290
Bienestar Psicológico para Adolescentes (BP-A)	2.36	.316	2.30	.281	2.07

\* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$ ; \*\*\* $p \leq .001$

#### **5.4 Relación entre Conductas Alimentarias de Riesgo y Bienestar Psicológico**

Por último los análisis para determinar la correlación entre el total de conductas alimentarias de riesgo y el total del bienestar psicológico, así como entre sus dimensiones específicas que se presentan en la Tabla 5. En esta tabla se puede observar que se manifiesta de manera consistente el rechazo personal presenta correlaciones positivas estadísticamente significativas con la bulimia y preocupación por la comida, como con el control oral, y con el total de conductas alimentarias de riesgo (EAT-26). Que la bulimia y preocupación por la comida, es la que más correlaciones negativas y estadísticamente significativas tiene con el bienestar psicológico, por ejemplo, con crecimiento personal, relaciones positivas, y control personal, excepto con rechazo personal con la cual la correlación fue negativa y estadísticamente significativa. Por otro lado, el control personal tuvo una correlación estadística significativa con la dieta.

Tabla 4.

*Correlaciones bivariadas entre las Conductas Alimentarias de Riesgo y el Bienestar Psicológico*

<b>Dimensiones</b>	<b>Dieta</b>	<b>Bulimia y preocupación por la comida</b>	<b>Control oral</b>	<b>Conductas Alimentarias de Riesgo (EAT-26)</b>
Crecimiento Personal	.010	<b>-.111*</b>	-.100	-.078
Relaciones Positivas	-.080	<b>-.134**</b>	-.030	-.093
Propósito de Vida	.022	-.049	-.013	-.016
Autoaceptación	.052	.067	-.048	.027
Planes a Futuro	-.031	.046	-.038	-.008
Rechazo Personal	.095	<b>.178**</b>	<b>.172**</b>	<b>.172**</b>
Control Personal	<b>-.114*</b>	<b>-.121*</b>	-.012	-.094
Bienestar psicológico para Adolescentes (BP-A)	.004	-.037	.001	-.012

Nota: N=385

\* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$

## CAPITULO 6.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

---

Al revisar algunas encuestas de salud mental y salud en general de los adolescentes como la ENSANUT (2012), se pudo observar que 21,519 de adolescentes mexicanos estaban en riesgo de tener un trastorno de la conducta alimentaria, con un porcentaje dos veces más alto en las mujeres que en los hombres. Ya para el 2016 el Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género (CEAMEG, 2016) de la Cámara de Diputados reveló que los trastornos alimentarios aumentaron 300% en México durante los últimos 20 años, y en un alto número de casos se presentan en jóvenes y adolescentes. También reportó que el 25 % de las mujeres encuestadas entre 15 y 18 años han dejado de comer por 12 horas por miedo a engordar y que cada uno de cada 10 alumnos varones de bachillerato recurre al ayuno como método contra la obesidad o sobrepeso, por lo que también los hombres no están exentos de sufrir alguno de estos trastornos.

Algunos de los trastornos alimentarios que pueden llegar a presentarse con más frecuencia entre la población joven son, la Anorexia Nervosa (AN) y Bulimia Nervosa (BN) que afectan en mayor medida a las mujeres en etapas tempranas de la vida como la pubertad y la adolescencia. Dichos trastornos tienen consecuencias tan graves a la salud que pueden causar desde desnutrición e incluso ocasionar la muerte.

Estos datos sumados a que en general la adolescencia es considerada una etapa es una de las etapas del ciclo vital física, psicológica y socialmente vulnerable, por la gran cantidad de simultáneos y vertiginosos de tipo físico, emocional, conductual y biológico que implican a su vez transformaciones del cuerpo que generan percepciones poco objetivas (Coleman et al., 2007).

Asimismo, conocer que es una etapa en donde la necesidad de pertenencia, lo que opinen los amigos, la pareja y los pares en las escuelas tiene mucha influencia tienen mucha influencia y son más importantes que los de la familia. También son muy influenciados en general, y los medios de comunicación mandan mensajes que tienen que ver con su imagen corporal, lo que está bien o de moda y lo que no está de moda (Vaquero-Cristóbal et al., 2013). De tal forma su autoestima e identidad están en riesgo.

Todo esto, hicieron que se planteara la siguiente pregunta: ¿Existe relación entre el bienestar psicológico y las conductas alimentarias de riesgo en los adolescentes de secundaria y bachillerato de la Ciudad de México? Por tanto, el objetivo de esta investigación fue analizar la relación que tienen las conductas alimentarias de riesgo y el bienestar psicológico en adolescentes de secundaria y bachillerato de la Ciudad de México.

Con respecto a las conductas alimentarias de riesgo, los primeros análisis de toda la muestra reflejan que en general hay una tendencia de moderada a alta a presentar conductas de riesgo alimentarias en toda la muestra, especialmente con lo que respecta a presentar comportamientos asociados a la bulimia que reflejan una preocupación particular por la comida.

Con relación a quiénes tienen a presentar más conductas de riesgo, los hombres o las mujeres, los hallazgos en este grupo de estudiantes, muestran de manera similar a otros estudios (Rutzstein et al., 2014; Saucedo et al., 2010; Unikel et al., 2017) que las mujeres presentan más preocupación por la comida y a presentar o experimentar más conductas asociadas a la bulimia, lo que también las ubican como un grupo de riesgo en comparación con los hombres, así como de presentar conductas o hábitos relacionados con el riesgo de desarrollar bulimia, aunque los valores están alrededor del promedio.

En cuanto los análisis del bienestar psicológico, por un lado, llama la atención, que en la muestra total, la dimensión que implica rechazo personal fue la que mayor puntaje tuvo, lo que parece indicar que en este estudio todos los adolescentes, tanto

hombres como mujeres tienden a percibir rechazo. Asimismo, el crecimiento personal es la dimensión que más bajos valores presentó, es decir, parece que la sensación de plenitud y de crecimiento personal en este grupo de estudiantes adolescentes tiende a ser baja. De manera similar propósito de vida fue la segunda dimensión con las medias más bajas. Esto tal vez se deba a que en la medida de que los adolescentes van creciendo sus perspectivas de vida son más claras y en el caso de esta muestra la mayoría de los chicos se encuentran en lo que se denomina adolescencia media, con chicos entre 14 y 15 años de edad (Benjet et al., 2012; Delgado, 2017). Estos resultados parecen apoyar, por un lado, el que la adolescencia es aún un periodo vulnerable todavía en desarrollo (Coleman, et al., 2007, Pacheco, 2016), en particular los estudiantes de esta muestra.

Por otro lado, los análisis de todas las dimensiones del bienestar psicológico tomando en cuenta el sexo, los resultados indican que los muchachos tienen mayores niveles de bienestar psicológico en general y en más dimensiones que las muchachas y que estos resultados son significativos. Por ejemplo, aunque crecimiento personal es la dimensión más baja tanto en hombres como en mujeres, los chicos tienen una sensación mayor de crecimiento personal que algunos estudios han indicado que tiene relación también con la satisfacción personal, lo cual es un indicador positivo del desarrollo. También y a diferencia de otros estudios (Pacheco, 2018; Vargas et al., 2002) que indican que las mujeres tienden a establecer más relaciones positivas, los hombres de este estudio al parecer perciben más relaciones positivas y satisfactorias que las mujeres. Además, los hombres también reportar tener un propósito de vida más claro que les genera más bienestar psicológico en general, en comparación con las mujeres.

Sin embargo, el crecimiento personal, las relaciones positivas y el propósito de vida no son las dimensiones con los valores más alto, lo cual podría reflejar el carácter cambiante de la percepción que está en buena medida influida por un momento determinado, dadas las variaciones de humor y estado de ánimo de la adolescencia (Fernández, 2014).

Por otro lado, los análisis de todas las dimensiones del bienestar psicológico tomando en cuenta el sexo, indican que los muchachos tienen mayores niveles de bienestar psicológico en general y en más dimensiones que las muchachas y que estos resultados son significativos. Por ejemplo, aunque crecimiento personal es la dimensión más baja tanto en hombres como en mujeres, los chicos tienen una sensación mayor de crecimiento personal que algunos estudios han indicado que tiene relación también con la satisfacción personal, lo cual es un indicador positivo del desarrollo. También y a diferencia de otros estudios que indican que las mujeres tienden a establecer más relaciones positivas, los hombres de este estudio al parecer perciben más relaciones positivas y satisfactorias que las mujeres. Además, los hombres también reportar tener un propósito de vida más claro que les genera más niveles de bienestar psicológico en general, en comparación con las mujeres. No obstante, un recurso que se alcanza a percibir en este grupo de estudiantes, es que presentan planes a futuro, es decir se establecen metas, son capaces de ver hacia adelante y plantearse objetivos (Rivas, 2016).

Los últimos análisis en cuanto a los resultados de los análisis correlacionales entre las conductas alimentarias de riesgo (CAR) y el bienestar psicológico (BP), poco estudiado en especial con población mexicana en donde no se encontró literatura al respecto, se observó que, si existe relación entre las CAR y el BP como en otros estudios (Denegri, et al., 2016), aunque no entre todas y cada una de sus dimensiones.

En primer lugar, llama la atención que Bulimia y preocupación por la comida, es la que se relaciona de manera negativa con más dimensiones del bienestar psicológico, aunque de manera moderada. Es decir, que, a mayor crecimiento personal, relaciones positivas, y control personal, menos conductas asociadas a la bulimia y preocupación por la comida. Sin embargo, a más rechazo personal más conductas asociadas a bulimia.

Por otra, parte, la dieta también se relaciona con el control personal de forma negativa, esto es, en la medida de que aumenta el control personal, disminuyen los problemas asociados con la dieta, aunque esta relación tiende a ser un poco baja.

El control oral por su parte se relaciona con el rechazo personal al igual que el total de las conductas de riesgo se relacionan con la sensación de rechazo personal.

Para concluir, puede decirse que en este grupo de estudiantes las conductas de riesgo de mayor presencia son las asociadas a la bulimia, y que a menores indicadores de bienestar emocional más probabilidad de que dicho tipo de conductas aparezcan. Esto tal vez debido a que, aunque hay una preocupación por cuidar lo que se come, el peso, y talla, la problemática no se refleja directamente y las muchachas en especial no se exponen a la crítica, ya que a través del comer aparentemente bien y después vomitar sin ser visto o tomar laxantes, se puede perder peso y mantener la talla sin ser criticado abiertamente (Coleman, et al., 2007). Todo esto parece reflejar una preocupación generalizada por la imagen y funcionamiento corporal que en general es esperado en la adolescencia, pero también por la crítica de pares y amigos, principalmente (Lenoir & Silber, 2006).

Tratándose de una muestra escolar se esperaban menores niveles de conductas alimentarias de riesgo y mayores niveles de bienestar emocional, y al no encontrarse más altos valores en las diferentes dimensiones, podría sugerir que esto podría cambiar si se hicieran estudios específicos por grupos de edad, ya que en la medida de que avanza la adolescencia los procesos de identidad van madurando y el adolescente va dependiendo menos de parámetros externos como redes sociales, mercadotecnia, que dictan cual es la imagen ideal, cual es el patrón de comportamiento adecuado, exitoso, etcétera (Peris et al., 2015)

Cabe señalar, que estos datos podrían ser una guía para el desarrollo de programas desde las escuelas. Se tienen que desarrollar medidas más sistemáticas que, por un lado, ayuden a decrementar las CAR, y por otro que aumenten el BP. Las acciones en el primer caso, no necesariamente tienen que ver con sanciones o prohibiciones o clases de nutriología. Tal vez sea necesario que se desarrollen programas que incrementen la actividad física, que además de tener un impacto directo en la salud física lo tiene en la salud emocional como lo menciona Babyack et al. (2000). Además, porque como se mencionó muchos de los trastornos

alimentarios tienen una relación con factores emocionales como la depresión y la ansiedad (Loth et al., 2015).

Los programas enfocados en la actividad física, también podrían ayudar a mejorar la sensación de bienestar psicológico como se demuestran de manera consistente en estudios previos (Balanger et al., 2008; Cantón et al., 2015; González et al., 2011; Warburton et al., 2006). Hay evidencia de que al aumentar el bienestar psicológico aumenta el autoconcepto físico y viceversa. Al aumentarse la actividad física también se aumenta la autoestima o el autoconcepto de la propia imagen y pueden disminuir problemas asociados (Rodríguez, R. (2009).

También los programas paralelos para aumentar el bienestar psicológico, tendrían que hacerse en las escuelas, como parte integral ya que hay una interacción entre depresión y bajo nivel de bienestar, es decir mayor depresión menor bienestar, y al revés, mayor bienestar menor depresión y con ello menos conductas alimentarias de riesgo.

A pesar de las potenciales aportaciones de este estudio, también es importante señalar que algunas de las limitaciones de este estudio, por ejemplo, el alcance de los análisis estadísticos, y el que sea uno de los pocos estudios que reportan la asociación entre las CAR y el BP (Denegri et al., 2016)

Se recomienda continuar con la investigación, empleando otras muestras, de diferentes regiones del país, con diferentes grupos de edad, incluyendo otras variables relacionadas como, por ejemplo, autoeficacia (Barcelata, 2014), autoestima (Balaguer et al., 2008), personalidad (Agüera et al., 2011) y realizar otros análisis estadísticos que permitan ver los posibles cambios a lo largo de la adolescencia.

## REFERENCIAS

---

- Agüera, Z., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Penelo, E., Wagner, G., Karwautz, A. & Fernández-Aranda, F. (2011). Comparación de rasgos de personalidad entre pacientes con trastorno de la conducta alimentaria y sus hermanas sanas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2(1), 53-61.
- Álvarez-Rayón, G., Mancilla-Díaz, J.M., Vázquez, R., Unikel, C., Caballero, A. & Mercado-Corona, D. (2004). Validity of the eating attitudes test: A study of Mexican eating disorders patients. *Eating and Weight Disorders*, 9, (4), 243-248.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. España: Editorial Médica Panamericana:
- Babiyak, M., Blumenthal, J. A., Herman, S., Khatri, P., Doraiswamy, M., Moore, K., ... & Krishnan, K. R. (2000). Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosomatic Medicine*, 62(5), 633-638.
- Balaguer, I., Castillo, I., & Duda, J. L. (2008). Apoyo a la autonomía, satisfacción de las necesidades, motivación y bienestar en deportistas de competición: un análisis de la teoría de la autodeterminación. *Revista de Psicología del Deporte*, 17(1), 123-139.
- Barcelata, B. (2004). Estrés y adolescencia. En Barcelata. (Ed.). *Estrés y salud*. (pp. 111-147) México: FES Z, UNAM.
- Barcelata, B. (2007). Evaluación clínica y psicológica en la adolescencia. En García, M. (Comp.), *Estrategias de evaluación e intervención en psicología*. (pp.37-76). México: Miguel Ángel Porrúa-UNAM
- Barcelata, B. (2014). Trastornos alimentarios en la adolescencia. Un abordaje sistémico-integral. En R. Guillen (Ed.), *Psicología de la obesidad: Esferas de*

*la vida, multidisciplinaria y complejidad*, 2a. Ed. (pp. 147-161). México: El Manual Moderno.

Barcelata, B., Lucio, E. & Durán, C. (2006). Construcción, confiabilidad, validez de contenido y discriminante del inventario autodescriptivo del adolescente. *Acta Colombiana De Psicología*, 9, (2), 5-18. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79890202>

Benjet, C., Méndez, E., Borges, G., & Medina-Mora, M. E. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Mental*, 35(6), 483-490.

Barra, E., Cerna, R., Kramm, D., & Véliz, V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 24, (1), 55-61.

Cámara de Diputados (2016). En los últimos 20 años aumentaron en 300 por ciento los trastornos alimentarios: CEAMEG. Boletín. 1548. Recuperado en: <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2016/Mayo/17/1548-En-los-ultimos-20-anos-aumentaron-en-300-por-ciento-los-trastornos-alimentarios-CEAMEG>

Cantón, E. (2001). Deporte, salud, bienestar y calidad de vida. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 1(1), 27-38.

Cantón-Chirivella, E., Checa-Esquiva, I., & Vellisca-González, M. Y. (2015). Bienestar psicológico y ansiedad competitiva: el papel de las estrategias de afrontamiento/Competitive Anxiety and Psychological Well-being: the Role of Coping Strategies. *Revista Costarricense de Psicología*, 34(2), 71-78.

Casullo, M. M., & Solano, A. C. (2002). Patrones de personalidad, síndromes clínicos y bienestar psicológico en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(2), 129-140.

- Coleman, J., Hendry, L. B., & Kloep, M. (2007). *Adolescence and health* (Vol. 4). John Wiley & Sons.
- Delgado, B. (2017). *Psicología del desarrollo en la infancia y la adolescencia*. Universidad de Alicante, España.
- Denegri Coria, M. D. C., Castaño Cano, A. L., Schnettler Morales, B. L., & Vivallo Urra, O. G. (2016). Bienestar subjetivo y patrones de alimentación en adultos chilenos: Un estudio cualitativo. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(2), 105-115.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) en español, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Asociación Psiquiátrica Americana.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. *The American Psychologist*, 55(1), 34-43.
- Dulanto, E. (2000). Desarrollo psicosocial normal. En E. Dulanto (Comp.) *El Adolescente*. México: Mc Graw-Hill.
- Erikson, E. (1972). *Sociedad y adolescencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández, A. (2014). Adolescencia, crecimiento emocional, proceso familiar y expresiones humorísticas. *EDUCAR*, 50 (2), 445-466.
- Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF. (2017). *La Infancia*. Recuperado en: <https://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos.html>
- Garner, D. & Garfinkel, P. (2017). *The Eating Attitudes Test*. Recuperado de <https://www.eat-26.com>

- García-Viniegras, C. (2005). El bienestar psicológico: Dimensión subjetiva de la calidad de vida. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 8(2), 1-20.
- García-Viniegras, C. (2002). La categoría bienestar psicológico, su realidad con otras categorías sociales. *Revista de Medicina General Integral*, 16(6).
- González, J., de los Fayos, E. J. G., & del Castillo, Á. G. (2011). Percepción de bienestar psicológico y fomento de la práctica de actividad física en población adolescente. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 21(2), 55-71.
- González-Fuentes, M. & Andrade, P. (2016). Escala de Bienestar Psicológico para Adolescentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 42(2). 69-83.
- González, J., Garcés de los Fayos, E., & García, A. (2012). Indicadores de bienestar psicológico percibido en alumnos de educación física. *Revista de Psicología del Deporte*, 21(1), 183-187.
- Hermes, F. & Keel, P. (2003). The influence of puberty and ethnicity on awareness and internalization of the thin ideal. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 465-46.
- ICD-10 (2019) International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, Recuperado de <https://icd.who.int/browse10/2019/en>
- Kerlinger, F. & Lee, B. (2002). *Investigación del comportamiento* (4.ª ed.). McGraw-Hill.
- Keyes, C. (2006). Mental health in adolescence: Is America's youth flourishing? *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 395-402
- Lameiras, M., Calado, M., Rodríguez, Y. & Fernández, M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 23-33.

- Lenoir, M., & Silber, T. J. (2006). Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 1): criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 104(3), 253-260.
- Long, R. F., Huebner, E. S., Wedell, D. H., & Hills, K. J. (2012). Measuring school-related subjective well-being in adolescents. *American journal of Orthopsychiatry*, 82(1), 50.
- López, C. & Treasure, J. (2011). Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85-97.
- Lora-Cortez, I. & Saucedo-Molina, T.J. (2006). Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 29 (3). 60-67.
- Loth, K., Wall, M., Larson, N., & Neumark-Sztainer, D. (2015). Disordered eating and psychological well-being in overweight and non-overweight adolescents: Secular trends from 1999 to 2010. *International Journal of Eating Disorders*, 48(3), 323-327.
- Mahan, K. & Escott, S. (2003). *Nutrición y Dietoterapia de Krause*. México: McGraw-Hill.
- Monterrosa-Castro, A., Boneu-Yépez, D., Muñoz-Méndez, J. & Almanza-Obredor, P. (2012). Trastornos del comportamiento alimentario: Escalas para valorar síntomas y conductas de riesgo. *Revista Ciencias Biomédicas*, 3(1). 99-111.
- Morgan, M. L., Vera, E. M., Gonzales, R. R., Conner, W., Bena Vacek, K., & Dick Coyle, L. (2011). Subjective well-being in urban adolescents: Interpersonal, individual, and community influences. *Youth & Society*, 43(2), 609-634.
- Moreno González, M. A., & Ortiz Viveros, G. R. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 27(2), 181-190.

- Motrico, E., Fuentes, M.J., & Bersabé, R. (2001). Discrepancias en la percepción de los conflictos entre padres e hijos/as a lo largo de la adolescencia. *Anales de Psicología*. 17(1). 1-13.
- Organización Mundial de la Salud (OMS: 2018). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Recuperado en: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
- Organización Mundial de la Salud (OMS: 2020). Salud mental del adolescente. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Pacheco, L. (2018). *Adolescencia rural indígena, escuela y masculinidades*. Universidad del Valle / ISSN en línea 2500 – 6738
- Papalia, D. (2001). Psicología. McGraw-Hill. Libro escaneado Internet Right. Piaget, J. (1998) El criterio moral del niño. Barcelona: Martínez Roca, 1967.
- Peris, M., Maganto, C., & Kortabarria, L. (2015). Autoestima corporal, publicaciones virtuales en las redes sociales y sexualidad en adolescentes. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 3(2), 171-180.
- Requejo A. & Ortega R. (2000). Nutriguía: Manual de nutrición clínica en atención primaria. España : Editorial Complutense.
- Rivas, D. (2015) Análisis multifactorial del bienestar óptimo y la conducta prosocial como indicadores del desarrollo positivo en adolescentes mexicanos. México: FES Zaragoza, UNAM
- Rodríguez, R. (2009). Autoconcepto físico y bienestar/malestar psicológico en la adolescencia. *Revista de Psicodidáctica*, 14(1), 155-158.
- Rogers, C. (2007). El proceso de convertirse en persona. Barcelona: Paidós.
- Ruiz-Martínez, A. O., Vázquez Arévalo, R., Mancilla Díaz, J. M., Viladrich i Segué, C., & Halley Castillo, M. E. (2013). Factores familiares asociados a los

- trastornos alimentarios: una revisión. *Revista Mexicana e Trastornos Alimentarios*, 4(1), 45-57.
- Rutzstein, G., Scappatura, M. L., & Murawski, B. (2014). Perfeccionismo y baja autoestima a través del continuo de los trastornos alimentarios en adolescentes mujeres de Buenos Aires. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5(1), 39-49.
- Ryan, R., & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Reviews Psychological*, 52(1), 141-166.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality & Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Ryff, C. & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4).
- Ryff, C. & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A Eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39
- Saucedo-Molina, T., & Unikel, C. (2010). 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*, 33(1), 11-19. Recuperado en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v33n1/v33n1a2.pdf>
- Secretaría de Salud, SS. (2007). Compilación Una mirada de Género en la Investigación en Salud Pública en México. México. Recuperado en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/genero/boletines/una%20mirada%20de%20genero.pdf>

- Smink, F. R., Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports, 14*(4), 406-414.
- Suh, E. (2000). Self, the hyphen bwtween culture and subjective well-being In E., Diener, E., & E., Suh (Eds.). *Culture and subjective well-being*. The MIT press.
- Unikel, C., Díaz de León, C. & Rivera, J. (2017). Conductas alimentarias de riesgo y factores de riesgo asociados: desarrollo y validación de instrumentos de medición. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Urzúa, A., Avendaño, F., Díaz, S., & Checura, D. (2010). Calidad de vida y conductas alimentarias de riesgo en la preadolescencia. *Revista chilena de nutrición, 37*(3), 282-292. Recuperado en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v37n3/art03.pdf>
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M., & López-Miñarro, P. (2013). Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria, 28*(1), 27-35. Recuperado en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v28n1/04revision04.pdf>
- Vargas, E. & Barrera, F. (2002). Adolescencia, relaciones románticas y actividad sexual: una revisión. *Revista Colombiana de Psicología, 11*, 115-134.
- Velásquez, C., Montgomery, W., Montero, V., Pomalaya, R., Dioses, A., Araki, R., Velásquez, N., & Reynoso, D. (2014). Bienestar psicológico, asertividad y rendimiento académico en estudiantes universitarios sanmarquinos. *Revista de Investigación en Psicología, 11*(2), 139-152. Recuperado en: <http://dx.doi.org/10.15381/rinvp.v11i2.3845>
- Warburton, D. E., Nicol, C. W., & Bredin, S. S. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAE, 174*(6), 801-809.
- World Health Organization. (2014). *International statistical classification of diseases and related health problems* (Vol. 1). World Health Organization.

Yubero, S., Larragaña, E. & Blanco, A. (2007). *Convivir con la violencia: un análisis desde la psicología y la educación de la violencia en nuestra sociedad*. Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha.

## ANEXOS

### ANEXO 1. ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO PARA ADOLESCENTES (BP-A)

*BP-A, Bienestar Psicológico para Adolescentes (Gonzales-Fuentes y Andrade, 2015)*

#### INSTRUCCIONES

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones relacionadas con lo que los adolescentes piensan sobre sí mismos o sobre su comportamiento. Deberás **marcar en la hoja de respuestas** la letra **A, B, C, D o E** según el **grado** en el que estés de acuerdo con las afirmaciones. No hay respuestas correctas o erróneas. No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde lo que crees que se ajusta mejor a tu forma de pensar.

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

	A Totalmente de acuerdo	B De acuerdo	C En desacuerdo	D Totalmente en desacuerdo
68. Estoy interesado(a) en adquirir habilidades nuevas.				
69. Estoy abierto(a) a nuevas experiencias que contribuyan a mi formación personal.				
70. Me intereso en perfeccionar mis habilidades.				
71. Mi actitud es de apertura al conocimiento y la innovación				
72. Estudio para saber más y enfrentar los retos de la vida.				
73. Si me esfuerzo logro lo que quiero.				
74. Me relaciono fácilmente con personas de mi edad.				
75. Se me hace difícil hacer nuevos amigos (as).				
76. Me cuesta trabajo relacionarme con las personas.				
77. Tengo buenas relaciones con mis compañeros (as).				
78. Me llevo bien con mis compañeros (as).				
79. Tengo metas claras sobre lo que quiero hacer en mi vida.				
80. Tengo un plan sobre lo que quiero hacer con mi vida los próximos años.				
81. Tengo un plan de vida que le da dirección y guía a mis acciones.				
82. Me he propuesto lograr varias metas.				
83. Me quiero con todos mis defectos.				
84. Acepto mis defectos.				
85. Quisiera tener un cuerpo diferente.				
86. Odio mis defectos.				
87. Hacer planes para el futuro es perder el tiempo.				
88. Hacer un proyecto de vida es una pérdida de tiempo.				
89. Para lograr lo que quiero es importante hacer planes.				
90. Si lucho por alcanzar mis metas las alcanzaré.				

**ANEXO 1. ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO PARA ADOLESCENTES  
(BP-A)**

<b>91.</b> Odio mi carácter.				
<b>92.</b> Odio mi manera de ser.				
<b>93.</b> Quisiera tener otro carácter.				
<b>94.</b> Controlo mi comportamiento aunque esté alterado (a).				
<b>95.</b> Puedo controlar mis impulsos.				
<b>96.</b> Domino fácilmente mi carácter.				

Muestra Investigación

## ANEXO 2. ESCALA EATING ATTITUDES TEST (EAT26)

EAT-26, ESCALA EATING ATTITUDES TEST (Garner & Garfinkel, 2017)

### INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones relacionadas con lo que los adolescentes piensan sobre sí mismos o sobre su comportamiento acerca de su alimentación. Deberás indicar, marcando la casilla correspondiente, las cosas que tú piensas acerca de ti mismo. Deberás marcar en la **hoja de respuestas** la letra **A, B, C, D o E** según el **grado** en el que estés de acuerdo con las afirmaciones. No hay respuestas correctas o erróneas. No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde lo que crees que se ajusta mejor a tu forma de pensar.

A	B	C	D	E
Con Mucha Frecuencia	Frecuentemente	Algunas Veces	Casi Nunca	Nunca

	A CON MUCHA FRECUENCIA	B FRECUENTEMENTE	C ALGUNAS VECES	D CASI NUNCA	E NUNCA
147. Me da mucho miedo pesar demasiado.					
148. Procura no comer aunque tenga hambre.					
149. Me preocupo mucho por la comida.					
150. A veces me he "atracado" de comida. Sintiendo que era incapaz de parar de comer.					
151. Corto mis alimentos en trozos pequeños.					
152. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.					
	A CON MUCHA FRECUENCIA	B FRECUENTEMENTE	C ALGUNAS VECES	D CASI NUNCA	E NUNCA
153. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (pan, arroz, papas, etc.)					
154. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.					
155. Me he provocado el vómito después de comer (aunque no me sienta mal)					
156. Me siento muy culpable después de comer.					
157. Me preocupa el deseo de estar más delgado (a).					
158. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.					
159. Los demás piensan que estoy demasiado delgado(a).					
160. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.					
161. Tardo en comer más que las otras personas.					
162. Procuro no comer alimentos con azúcar.					
163. He hecho dietas para tratar de bajar de					

## ANEXO 2. ESCALA EATING ATTITUDES TEST (EAT26)

peso.					
<b>164.</b> He hecho ayunos para tratar de bajar de peso					
<b>165.</b> Siento que los alimentos controlan mi vida.					
<b>166.</b> Me controlo en las comidas.					
<b>167.</b> Noto que los demás me presionan para que coma.					
<b>168.</b> Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.					
<b>169.</b> Me siento incómodo (a) después de comer dulces.					
<b>170.</b> Me comprometo a hacer régimen (dietas).					
<b>171.</b> Me gusta sentir el estómago vacío.					
<b>172.</b> Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.					
<b>173.</b> Tengo ganas de vomitar después de las comidas.					

**174.** ¿Alguna vez has usado pastillas para bajar de peso? Si respondiste que sí especifica cuáles.

**175.** ¿Alguna vez has usado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso? Si respondiste que sí especifica cuantas veces al mes.

Muestra Investigación