

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE ENFERMERÍA MOCHIS
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS EN ENFERMERÍA



SALUD MENTAL POSITIVA, ADICCIÓN A LA COMIDA Y ESTADO NUTRICIO
DE LOS ADOLESCENTES

TESIS

QUE COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN ENFERMERÍA

PRESENTA

LIC. HUGO CASTAÑEDA MEJORADA

DIRECTORES DE TESIS:

DCE. ROSARIO EDITH ORTIZ FELIX

DRA. ELIZABETH GUZMAN ORTIZ

LOS MOCHIS, SINALOA, MÉXICO, JUNIO DE 2022.



Dirección General de Bibliotecas
Ciudad Universitaria
Av. de las Américas y Blvd. Universitarios
C. P. 80010 Culiacán, Sinaloa, México.
Tel. (667) 713 78 32 y 712 50 57
dgbuas@uas.edu.mx

UAS-Dirección General de Bibliotecas

Repositorio Institucional Buelna

Restricciones de uso

Todo el material contenido en la presente tesis está protegido por la Ley Federal de Derechos de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

Queda prohibido la reproducción parcial o total de esta tesis. El uso de imágenes, tablas, gráficas, texto y demás material que sea objeto de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente correctamente mencionando al o los autores del presente estudio empírico. Cualquier uso distinto, como el lucro, reproducción, edición o modificación sin autorización expresa de quienes gozan de la propiedad intelectual, será perseguido y sancionado por el Instituto Nacional de Derechos de Autor.

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial
Compartir Igual, 4.0 Internacional



Agradecimiento

Quisiera agradecer a Dios por darme salud y la fortaleza necesaria para permitirme culminar una de mis metas de vida.

Agradezco a nuestro rector Jesús Madueña Molina y a la universidad Autónoma de Sinaloa por el apoyo a los estudiantes para poder culminar los estudios, en especial a MCIE. Luz Ester Verdugo Blanco y a la Facultad de Enfermería Mochis por abrirme las puertas de la institución y permitirme culminar esta meta tan importante que me propuse hace 2 años, por donde pasé por momentos buenos y malos.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por el apoyo económico proporcionado para el desarrollo de mis estudios de Maestría en Ciencias en Enfermería.

A la DCE. Rosario Edith Ortiz Félix, por su dirección, orientación y comprensión en mi proceso de aprendizaje. Por brindarme de todos sus conocimientos, por su apoyo incondicional y sobretodo ser una persona muy profesional y humanitaria.

A mis asesoras la DCE. Patricia Enedina Miranda Félix y a la Dra. Xolyanetzin Montero Pardo por el apoyo brindado durante mi proceso de tesis y por cada una de las observaciones que me realizaron y que hicieron que mi proyecto de investigación se fortaleciera más.

Agradezco a cada uno de mis maestros que estuvieron a cargo de mi formación académica, donde cada uno de ellos aportó un poco de sus conocimientos y dedicación.

A los directivos de la Prepa Ruiz Cortines de la Universidad Autónoma de Sinaloa, por abrirme las puertas y brindarme su apoyo en la colecta de mis datos en su población estudiantil.

Y final mente a mis compañeros de clase, que con ellos pase buenos y malos en una etapa de aprendizaje bastante satisfactoria y en especial a mi compañera Jenifer que gracias a su apoyo y su amistad hizo de este proceso más ameno.

Dedicatoria

Este trabajo se lo dedico a las personas que más amo en este mundo, que siempre han creído en mí y siempre me han apoyado, a mis padres Abel y Beatriz, que siempre estuvieron en todo momento conmigo, apoyándome y nunca dejaron que me rindiera, sin su apoyo este propósito no se hubiera culminado.

A mi hermana Paulina que me ayudo cuando la necesitaba y me dio la alegría que necesitaba en los momentos adecuados, por darme ánimos para salir adelante y así poder un ejemplo para ella.

Y al resto de mi familia y amigos que quiero y aprecio, que ellos me impulsan a salir adelante, cumplir mis metas, sueños y ser mejor día con día. Gracias por tanto y por todo.

Resumen

Objetivo: Determinar la influencia de la salud mental positiva y la adicción a la comida sobre el IMC/edad de los adolescentes.

Metodología: El presente estudio fue un diseño correlación predictivo con corte transversal. El muestreo aleatorio simple y la muestra fue de 239 adolescentes de edad de 14 a 18 años. Para medir las variables de interés se utilizó cedula de datos personales, la Escala de Salud Mental Positiva y la Escala de Adicción a la Comida.

Resultados: Participaron 239 adolescentes, la media de edad de los participantes fue de 16.03 ($DE=.854$) años y el IMC/edad 23.04 ($DE= 5.06$). El 59.4% fueron mujeres, lo que corresponde al estado nutricional el 28.5% cuenta con exceso de peso y el 20.5% tiene un bajo peso. Para determinar la influencia de la salud mental positiva (satisfacción personal, resolución de problemas, autocontrol, relación interpersonal) y la adicción a la comida sobre el IMC/edad de los adolescentes, se aplicó regresión lineal múltiple, se obtuvo un modelo el cual fue significativo ($F = 12.568$, $gl = 12$, $p= 0.003$), se identificó que los criterios: intento/deseo de dejar el consumo ($\beta= .814$, $p= .006$), consumo a pesar de las consecuencias ($\beta= .778$, $p= .004$), y tolerancia ($\beta= -.612$, $p= .031$), contribuyeron al modelo, al igual que la dimensión de salud mental positiva: relación interpersonal ($\beta= .287$, $p= .037$).

Conclusiones: Los adolescentes que cuentan con adicción a la comida tienen como principales problemas el intento/deseo de dejar el consumo, la tolerancia y el uso continuo a pesar del conocimiento de las consecuencias adversas. Para la salud mental positiva los adolescentes cuentan con un bajo nivel de relación interpersonal y relaciones interpersonales íntimas, la deficiencia de esta se pudiera atribuir debido a la situación de pandemia de COVID-19 que se está viviendo el mundo.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco referencial	5
Estudios relacionados	14
Definición de términos	18
Objetivos	19
Capítulo II	
Metodología	20
Diseño del estudio	20
Población, muestreo y muestra	20
Criterios de inclusión y eliminación	21
Instrumentos de medición	21
Procedimiento de recolección de la información	23
Consideraciones éticas	24
Plan de análisis de los datos	26
Capítulo III	
Resultados	28
Capítulo IV	
Discusión	37
Conclusiones	41

Contenido	Página
Sugerencias	41
Limitaciones	42
Referencias	43
Apéndices	53
A. Carta de aprobación de ética	54
B. Autorización de la colecta de datos	55
C. Consentimiento informado	56
D. Asentimiento informado	58
E. Cedula de datos personales	60
F. Escala de Salud Mental Positiva	61
G. Escala de Adicción a la Comida	63
Resumen autobiográfico	65

Lista de Tablas

Contenido	Página
Tabla 1. Características personales.	28
Tabla 2. Estadística descriptiva de Salud Mental Positiva.	29
Tabla 3. Estadística descriptiva de Salud Mental Positiva por sexo.	29
Tabla 4. Tabla cruzada de Adicción a la Comida por edad, sexo y Estado Nutricio.	30
Tabla 5. Frecuencia de los criterios de Adicción a la Comida.	31
Tabla 6. Prueba U de Mann-Whitney criterios de Adicción a la Comida por sexo.	32
Tabla 7. Prueba de Kruskal- Wallis para conocer si existen diferencias en los criterios de Adicción a la Comida por el Estado Nutricio.	34
Tabla 8. Modelo de regresión lineal múltiple para determinar la influencia de la Salud Mental Positiva y la Adicción a la Comida sobre el IMC/edad de los adolescentes.	36

Capítulo I

Introducción

Actualmente el mundo enfrenta una doble carga elevada de problemas relacionados con el peso, como lo es con el bajo peso (BP), el sobrepeso (SP) y la obesidad (OB). El BP se define como un nivel bajo de grasa corporal y masa muscular; de lo contrario el SP y OB se definen como acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Estos estados se consideran factor de riesgo, tanto para enfermedades infecciosas, anemia u osteoporosis, así como también para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles como: diabetes mellitus, hipertensión, enfermedad cardiovascular, cáncer y actualmente el COVID-19, mismas que ponen en peligro la vida de las personas y son muy difíciles de tratar en lugares con limitados recursos y con sistemas de salud que ya están sobrecargados (González, Cruz, García & García, 2020; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

A nivel mundial, se ha evidenciado que no existen datos confiables sobre los estados de peso por deficiencia en adolescentes, solo existen datos en niños menores de 5 años presentan delgadez extrema y es la causa del 45% de las muertes en esta edad, por el contrario, entre 2000 y 2016, la proporción de adolescentes con sobrepeso aumentó del 10% a casi el 20%. En 2016, había más de 340 millones de niños y adolescentes (de 5 a 19 años) con sobrepeso u obesidad, mismos que continúan en aumento actualmente (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2019; OMS, 2020). Es importante mencionar que, en México, tampoco existen bases de datos formales que indiquen el bajo peso en los adolescentes. La prevalencia de sobrepeso en adolescentes para ambos sexos fue de 26.8%, al compararse por sexo se encontró que 26.7% de las adolescentes mujeres tienen sobrepeso, así como 26.9% son hombres. La

prevalencia de obesidad en ambos sexos fue de 17%, donde 17.9% de las adolescentes mujeres tiene obesidad y un 16.2% de hombres presenta esta condición. En Sinaloa, en diciembre del 2021 se registraron 673 niños menores de 5 años con desnutrición, en cuanto a la obesidad se registraron 2,169 casos en la población entre los 5 y 19 años (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT], 2021; Secretaria de salud [SSA], 2021).

La adolescencia es definida como un periodo de crecimiento y desarrollo del ser humano que se produce después de la niñez entre los 10 y los 19 años. Esta es 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. Muchos adolescentes experimentan diversos problemas de adaptación que pueden impactar en la salud mental. La salud mental se define como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia. Al igual que podemos decir que la salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, este puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. En un sentido positivo, la salud mental positiva se entiende como los síntomas de afecto positivo, de desarrollo personal y contexto social, esta se puede categorizar en cuatro dimensiones; la satisfacción personal, la resolución de problemas, la integración o autocontrol y habilidades de relación interpersonal, algunos estudios muestran que hay puntuaciones bajas en cuanto a las dimensiones de la salud mental positiva, las cuales han sido la satisfacción personal y actitud pro-social, en mujeres y hombres respectivamente; por lo antes mencionado si el adolescente llega a parecer alguna dificultad esta lo podría llevar

a conductas de riesgo como lo son las adicciones (OMS, 2020; OMS, 2018; Machado & Bandeira, 2015; González & Valdez, 2016).

La adicción es una enfermedad primaria que afecta al cerebro, que está constituida por un conjunto de signos y síntomas característicos. Su origen es multifactorial involucrando distintos factores como: biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. El estudio de las adicciones se ha enfocado tradicionalmente en la dependencia a drogas naturales o sintéticas, legales o ilegales; sin embargo, en los últimos años ha incrementado el interés por la investigación sobre adicciones comportamentales, siendo la Adicción a la Comida (AC) una de estas (Estevez et al., 2017; Rojas et al., 2020).

La AC está caracterizada por el deseo incontrolable de ingerir alimentos que son altos en grasas y azúcares, que conduce a un deterioro o malestar clínicamente significativo en diferentes áreas del funcionamiento, además puede presentarse en forma de trastornos de atracón compulsivo. Este tipo de adicción, está significativamente relacionada con problemas de salud físicos, así como también puede favorecer la malnutrición por exceso (SP y OB), un estudio donde se buscó establecer una relación entre los índices de obesidad y la AC obtuvo como resultado que los síntomas clínicos de esta adicción se correlacionaron positivamente con la obesidad, donde los adictos a los alimentos tenían un aumento de peso y por lo tanto aumento en el IMC y grasa corporal (Figueroa & Cjuno, 2018; Pedram et al., 2013). El SP y la OB en la adolescencia son problemas de salud pública que han tomado mayor importancia en el mundo, esto debido a que afecta a un gran número de países de bajo y mediano ingreso (Rojas et al., 2020).

La literatura sugiere la importancia del estudio de las variables mencionadas con anterioridad, sin embargo, hasta el momento no se han encontrado estudios que aborden la posible relación entre la salud mental positiva y la adicción a la comida, lo que resulta interesante ya que la salud mental pudiera estar influyendo para que se de este proceso de adicción y con ello incrementar el riesgo de desarrollar procesos crónicos. Además, es importante que se registren las prevalencias de malnutrición ya sea por deficiencias o exceso. Debido a la pandemia de COVID-19, los estudios muestran que los sujetos con obesidad tienen más riesgo para la hospitalización y desarrollar una enfermedad más grave que tiene como consecuencias llevarte a la muerte, en caso de enfermar de COVID-19 (Petrova et al., 2020). Por lo antes mencionado, los adolescentes son un grupo prioritario de atención para los profesionales de enfermería, esto debido a que el confinamiento podría repercutir en la salud emocional y el desarrollo de adicciones comportamentales como la AC y por ende favorecer el incremento de SP y la OB, la cual se presenta por el consumo de bebidas azucaradas y comidas con un alto contenido de grasas o fritas; es por eso que estudiar las variables antes mencionadas podría aportar al conocimiento para proponer intervenciones destinadas a prevenir estados crónicos en adolescentes, al igual que se puede proporcionar información sobre la necesidad de modificar los hábitos de alimentación para tener una buena salud. Por lo antes mencionado, el propósito del presente estudio es determinar la influencia de la salud mental positiva (satisfacción personal, resolución de problemas, autocontrol, relación interpersonal) y la adicción a la comida sobre el IMC/edad de los adolescentes.

Marco referencial

En este apartado, hace una descripción de lo que es adolescencia, además se definen a detalle las variables de estudio salud mental positiva, adicción a la comida y estado nutricional.

La adolescencia es una etapa formativa única. Los múltiples cambios físicos, emocionales y sociales que ocurren durante este período pueden predisponer a los adolescentes a problemas de salud mental. La promoción de la salud mental de los adolescentes nos ayuda a protegerlos de experiencias adversas y factores de riesgo que pueden afectar su potencial, que es fundamental para el bienestar de los adolescentes, así como para su salud física y psicología adulta (OMS, 2020c). La adolescencia es un momento para desarrollar y mantener hábitos sociales y emocionales que son importantes para la salud mental, como adoptar un estilo de vida saludable, hacer ejercicio con regularidad, desarrollar habilidades interpersonales, afrontar situaciones difíciles, resolver problemas y aprender. También es importante estar en un entorno favorable en la familia, la escuela y la comunidad en general (OMS, 2020).

Salud Mental Positiva

Algunos adolescentes corren mayor riesgo de padecer trastornos de salud mental a causa de sus condiciones de vida o de situaciones de estigmatización, discriminación, exclusión o falta de acceso a servicios y apoyo de calidad. Los adolescentes con problemas de salud mental son vulnerables a la exclusión social, la discriminación, la estigmatización (la cual afecta en la búsqueda de ayuda), las dificultades educativas, los comportamientos de riesgo y la mala salud física (OMS, 2020c). La OMS, define la salud mental como el estado de bienestar en el cual el individuo consciente de sus

propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y tener la capacidad para hacer contribuciones a la comunidad (OMS, 2013).

La dimensión positiva de la salud mental fue operacionalizada por Keyes como un modelo jerárquico con 3 factores (bienestar emocional o subjetivo, psicológico y social) según el orden interrelacionados. Según Keyes, el primer intento de sistematizar la salud mental positiva fue por Jahoda en 1958, donde identificó seis componentes en la salud mental positiva: autoaceptación, crecimiento personal o autorrealización, integración del yo, autonomía, percepción preservada de la realidad y dominio del medio ambiente (Keyes, 2002; Keyes y López, 2002; Keyes, 2006; Jahoda, 1958).

Los estudios de Jahoda y Gurin et al. produjo dos campos de estudio complementarios de la salud mental positiva: el bienestar psicológico y el bienestar subjetivo o emocional (Jahoda, 1958; Gurin et al., 1960). El bienestar psicológico, enfatiza el desarrollo del potencial individual que son definidas o tareas evolutivas que ocurren junto con el desarrollo, como poseer una actitud positiva hacia uno mismo; tener relaciones cálidas con los demás; ser autodeterminante e independiente; evaluar experiencias personales; tener un sentido de dominio y competencia en la gestión del medio ambiente; tener un sentido de dirección y metas y objetivos para vivir; y tener un sentimiento de desarrollo continuo y apertura a nuevas experiencias (Ryff, 1989).

El bienestar subjetivo o emocional, se define como un conjunto de fenómenos, que incluyen respuestas emocionales, dominios de satisfacción con la vida el cual tiene tres componentes principales: satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo. Es por eso por lo que un individuo con un bienestar emocional está satisfecho con su

vida y tiene un afecto positivo frecuente y un afecto negativo poco frecuente (Diener, 1984). Keyes por su parte amplió el campo de estudio del bienestar al incluir aspectos relacionados con el desarrollo interpersonal y social. Los componentes del bienestar social son la capacidad de demostrar una actitud positiva y aceptación frente a las diferencias individuales; creencia de que la sociedad que son capaces de evolucionar positivamente; preocupación e interés por la sociedad y otras personas; y sentimiento de aceptación y apoyo por parte de una comunidad (Keyes, 1998).

En las últimas décadas, Lluch propone factores que pueden ser explicados sobre la salud mental positiva que son diferentes a los planteados por Jahoda, por lo que sus hallazgos nos llevan a plantear un nuevo modelo de salud mental positiva, cuyo perfil está compuesta por 6 dimensiones que son: satisfacción personal, actitud prosocial, integración, autonomía, resolución de problemas y autoactualización y habilidades de relación interpersonal (González & Valdez, 2016).

Por otro lado, la salud mental positiva se ha definido como una capacidad conformada por percepción subjetiva de bienestar y armonía, e indicadores de funcionamiento psicosocial y físico, disposición hacia actitudes positivas y capacidad de adaptación satisfactoria al medio, que permiten alcanzar metas vitales y de autodesarrollo, de acuerdo con el contexto (Barrera & Flores, 2020). Se compone de las siguientes dimensiones: 1) Bienestar cognitivo emocional, refleja estados de ánimo agradables, de armonía integral, optimismo y una percepción de satisfacción con la vida y con la propia persona; 2) dominio del entorno, se refiere a habilidades de autonomía, autoconfianza, autocuidado y resolución de problemas; 3) habilidades sociales, son para la interacción y adaptación social satisfactorias, los cuales posibilitan la generación de

vínculos afectivos satisfactorios y un autoconcepto social positivo; 4) empatía y sensibilidad social; refleja la capacidad de comprender lo que implica formar parte de una sociedad; 5) bienestar físico; se refiere a conductas, hábitos y percepciones que reflejan la satisfacción con el propio estado de salud y que generan bienestar y placer; 6) autorreflexión, que se refiere a habilidades cognitivas de análisis, autoconocimiento y reflexión e introspección sobre los propios sentimientos, acciones y necesidades, y 7) malestar psicológico, componente cognitivo que refleja distorsión de la realidad y percepción de malestar físico y emocional, hacia la propia persona y el ambiente, lo que dificulta el ejercicio de habilidades de salud mental positiva; la ausencia de este factor es lo que se mide (Barrera & Flores, 2020).

Como se observa en los párrafos anteriores, existen diferentes conceptualizaciones y categorías de salud mental positiva, y este estudio abordará cuatro dimensiones, la primera dimensión corresponde a la satisfacción personal, lo que implica un alto nivel de autoconcepto, preocupación por la satisfacción con la vida y optimismo. para el futuro. La segunda es la capacidad de resolución de problemas, que es la capacidad de analizar situaciones difíciles que se presentan, incluida la capacidad de tomar decisiones y adaptarse a situaciones cambiantes, y la tercera dimensión, integración o autocontrol, se refiere a la capacidad de afrontar el estrés y conflicto en el equilibrio emocional, que permite un mejor manejo del conflicto, y el cuarto corresponde a las habilidades interpersonales para brindar apoyo emocional y construir relaciones cercanas (González & Valdez, 2016).

Adicción a la Comida

La OMS en su informe Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas define la adicción como una enfermedad emocional, física y con predisposición genética. Para entenderla mejor hay que explicar que son dos enfermedades en una: la enfermedad física y la enfermedad mental (Fundación RECAL, 2019). La enfermedad física consiste que con el paso del tiempo se desarrollan “alergias” a sustancias o alimentos. Esto provoca que el adicto cuando toma estas sustancias no pueda dejar de consumirla y siga intoxicándose. Muchas personas sufren hoy en día de alergias a muchas cosas, pero aquí está la diferencia y el problema, mientras que una persona alérgica no volverá nunca a tomarlo, el adicto lo consumirá sin importarle las consecuencias de pérdida; ésta es la enfermedad mental. De tal manera que la adicción se compone de dos enfermedades conjuntas: la física que crea alergia y compulsión y la mental que hace que se repita el proceso, la obsesión (Fundación RECAL, 2019).

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 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, a menudo coexisten con la depresión, la ansiedad y/o el abuso de sustancias (OMS, 2020c). Existen adicciones a sustancias y de comportamiento. Todas comparten el mismo proceso de evolución y una sintomatología. Se definen dos tipos básicos de adicción: adicción a sustancias y adicción a comportamientos. La adicción más

frecuente es la relacionada con el abuso de drogas, pero las consecuencias pueden tener un impacto parecido a cuando se abusa de comportamientos como el uso de internet, el sexo, el ejercicio físico, el juego, las compras y la comida, o cualquier otro comportamiento compulsivo que se convierta en obsesión y descontrola la vida del afectado (Fundación RECAL, 2019b).

En las últimas décadas, ha habido mucho debate sobre si ciertos tipos de alimentos tienen potencial adictivo, especialmente los alimentos de alta palatabilidad como el chocolate, el helado, las bebidas con alto contenido de azúcar, las papas fritas y el pan blanco, arroz, dulces y pastas, o incluso los atracones y/o los comportamientos de "craving" (es decir, el deseo, las ansias o la urgencia de comer) en personas con trastorno por atracón u obesidad pueden ser comportamientos adictivos (Keser et al., 2015; Davis et al., 2011; Granero et al., 2014; Pedram et al., 2013). La adicción a la comida fue escuchada por primera vez en 1956 por Randolph, quien creía que el consumo regular de los alimentos sensibles de una persona podría provocar una variedad de síntomas similares a la adicción (Randolph, 1956). Sin embargo, en los últimos años, coincidiendo con la creación de la Yale Food Addiction Scale (YFAS), (Gearhardt, Corbin, & Brownell, 2009), cuando se ha incrementado el número de publicaciones científicas cuyo foco de estudio es esta nueva adicción (Salamone & Correa, 2013).

La mayoría de los estudios han utilizado los criterios de dependencia a sustancias basados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) para evaluar la sintomatología de AC. La AC se ha definido como una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de ciertos alimentos a pesar de sus consecuencias nocivas. Sin embargo,

aunque se han constatado similitudes entre los mecanismos neurobiológicos implicados en la adicción y en el consumo de ciertos alimentos, el diagnóstico de AC aún no ha sido reconocido oficialmente (Agüera, 2016). Si bien el concepto de AC sigue siendo un constructo que sigue en estudio, hasta el día de hoy no es posible diagnosticar ni hablar de trastorno. Sin embargo, parece que las futuras líneas de investigación van dirigidas a poder reconocer la AC como un trastorno adictivo (Agüera, Wolz, Sánchez, Sauvaget, Hilker, Granero & Aranda, 2016).

Al igual que en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, uno de los síntomas clave de la AC el cual fue mencionado anteriormente es el “*craving*”, este ha sido definido como un deseo o ansia apremiante, urgente e irreprimible, lo que resulta en la mayoría de los casos en una pérdida de control (O’Brien, 2011; Skinner & Aubin, 2010). Además, actúa como componente esencial en una dependencia y en el mantenimiento de la abstinencia, por lo que contribuye en el desarrollo, mantenimiento y recaída de una conducta adictiva. Hoy en día, los tratamientos de primera elección para tratar las adicciones, y en particular para el “*craving*”, se basan en tratamientos farmacológicos y/o psicoterapéuticos. Sin embargo, estos muestran ciertas limitaciones y manifiestan la necesidad de nuevos tratamientos (Marazziti, Presta, Baroni, Silvestri, & Dell’Osso, 2014).

La adicción a la comida cuenta con un grupo de criterios los cuales son siete; estas son: el consumo en mayor cantidad, donde este nos habla donde los alimentos son consumidos con frecuencia en una cantidad superior o durante un periodo más extenso; el intento/deseo dejar el consumo de los alimentos; el tiempo en la obtención, uso y recuperación, este criterio hace referencia al tiempo que la persona invierte para la

obtención de esos alimentos, el tiempo que usa para el consumo del alimento y la recuperación el mismo después de haber consumido el alimento; la reducción de las actividades sociales, el individuo no asiste a las reuniones sociales para evitar el consumo; el uso continuo a pesar del conocimiento de las consecuencias adversas, esto nos habla de que el individuo continua con el consumo de los alimentos a pesar de tener conocimientos que esto le puede traer consecuencias adversas tanto físicas como psicológicas; la tolerancia, es el consumo excesivo de los alimentos hasta obtener la intoxicación o su efecto deseado; y la sustancia para aliviar la abstinencia, se traduce como el consumo del alimento para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.

Estado Nutricio

El estado nutricio es la condición del organismo que resulta de la relación entre las necesidades nutritivas individuales, la ingestión, absorción y gasto energético. Para que este sea medido se apoya con el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC), que es un número que se calcula del peso y la estatura de un niño. El IMC es un indicador de la gordura que es confiable para la mayoría de los niños y adolescentes.

El IMC no mide la grasa corporal directamente, pero las investigaciones han mostrado que tiene una correlación con mediciones directas de la grasa corporal, tales como el pesaje bajo el agua y la absorciometría dual de rayos X (Mei et al 2002). El IMC se puede considerar una alternativa para medidas directas de la grasa corporal. Además, el IMC es un método económico y fácil de realizar para detectar categorías de peso que pueden llevar a problemas de salud. Para los niños y adolescentes, el IMC es específico con respecto a la edad y el sexo, y con frecuencia se conoce como el IMC por

edad (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC], 2015).

Calcular e interpretar el IMC usando la calculadora de percentiles del IMC requiere de algunos pasos: 1) Antes de calcularlo, se deben tener las medidas precisas de estatura y peso, 2) Calcule el IMC y el percentil usando la fórmula que es el peso en kilogramos dividido por la estatura en metros cuadrados, 3) Revise el percentil calculado del IMC por edad y los resultados. El percentil del IMC por edad se utiliza para interpretar el número del IMC porque este es tanto específico para la edad como para el sexo para los niños y adolescentes. Estos criterios son diferentes de los que se usan para interpretar el IMC en los adultos, los cuales no tienen en cuenta la edad ni el sexo. La edad y el sexo se tienen en cuenta en los niños y en los adolescentes por dos razones, la cantidad de grasa corporal cambia con la edad y varía entre las niñas y los niños y 4) Ubique la categoría del nivel de peso para el percentil del IMC por edad (CDC, 2015).

Después de calcularse el IMC en los niños y adolescentes, el número del IMC se registra en las tablas de crecimiento de los CDC para el IMC por edad (para niños o niñas) para obtener la categoría del percentil. Los percentiles son el indicador que se utiliza con más frecuencia para evaluar el tamaño y los patrones de crecimiento de cada niño en los Estados Unidos. El percentil indica la posición relativa del número del IMC del niño entre niños del mismo sexo y edad. Las tablas de crecimiento muestran las categorías del nivel de peso que se usan con niños y adolescentes (bajo peso, peso saludable, sobrepeso y obeso). Las categorías del nivel de peso del IMC por edad y sus percentiles correspondientes son: bajo peso (menos del percentil 5), peso saludable

(percentil 5 hasta por debajo del percentil 85), sobrepeso (percentil 85 hasta por debajo del percentil 95) y obeso (igual o mayor al percentil 95) (CDC, 2015).

Estudios Relacionados

Salud Mental Positiva

Toribio, González, Oudhof y Gil (2018) realizaron un estudio con el objetivo de analizar la salud mental positiva entre hombres y mujeres, en 533 estudiantes de la Ciudad de Toluca, Estado de México. Todos estudiantes de nivel medio superior, hombres (44.4%) y mujeres (55.6%), entre 14 y 20 años. Los resultados mostraron que el 38.3% de la muestra se encuentra en un nivel alto y el 16.1% en muy alto nivel de salud mental positiva. Se obtuvo la media de salud mental positiva ($M = 122.9$, $DE = 12.9$), que de acuerdo con los rangos establecidos equivale a un nivel bajo de salud mental positiva.

Gonzales et al, (2014) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la salud mental positiva en estudiantes de educación media del municipio de Calarcá, Colombia. Los resultados mostraron que la media y mediana por género e ítem presentaron valores coincidentes; en mujeres la media y mediana más alta fue 3.5, correspondiente a habilidades interpersonales, la más baja fue la de satisfacción personal con una media y mediana de 2.7; en hombres la media y más representativa el número de dígitos es 4.0, que corresponde a satisfacción personal y la más baja fue de 3.0 la cual corresponde a la actitud pro-social.

Pérez, Serrano, Ardila & Duque (2012) realizaron un estudio con el objetivo de identificar indicadores de salud mental positiva en población universitaria de la ciudad de Armenia, Quindío-Colombia. Fue en 78 estudiantes de entre 16 y 23 años,

los resultados mostraron indicadores significativos de Salud Mental Positiva en el 91% de los participantes, lo que demuestra fuertes habilidades en factores como la satisfacción personal, actitud prosocial, autonomía, resolución de problemas, autoactualización y capacidad de relación interpersonal. Es de especial interés el puntaje bajo hallado en la subescala de autocontrol, criterio relacionado con el equilibrio emocional.

Adicción a la Comida

Santaolaya et al (2019) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la asociación entre adicción a la comida e IMC en niños mexicanos de 10 a 16 años, en una población de 349 niños; el 55.9% del sexo masculino y el 44.1% del sexo femenino de 10 a 16 años, con una edad media de 13.28 años. La media del peso fue de 55 kg; la mediana de la talla fue de 158 cm y la mediana del IMC 22.2 kg/m². Se detectó que un 27.2% de los alumnos con diagnóstico de sobrepeso u obesidad según el IMC. Con respecto a la adicción a la comida se detectó que el 15.8% de las personas contaban con propensión a desarrollar dicha afección, así como el 12% con adicción a la comida. Los reactivos con mayor proporción fueron tolerancia, continuación del uso a pesar de conocer las consecuencias del consumo desmedido. Del 27.7% de los alumnos que fueron diagnosticados como propensos y/o adictos a la comida, se estableció una comparación con respecto al sexo, a la edad y al IMC, por frecuencias absolutas se observó que los hombres resultaron más propensos y adictos que las mujeres ($p=0.060$); los mayores de 13 años ($p=0.001$) y los que tuvieron un IMC de 25.0 kg/m² ($p=0.001$). Al comparar ambos grupos se detectó que la edad (OR = 1.83, IC 95% = 1.13-2.54) y el IMC (OR = 3.49, IC 95% = 2.11-5.79)

fueron dos factores de riesgo de que los alumnos de primaria presentaran propensión y/o adicción a la comida. Para examinar el efecto de la propensión y la adicción a la comida en el sexo, edad e IMC se realizó una regresión logística, y se detectó que la edad y el IMC son factores de riesgo de esta problemática.

Guevara et al (2019) al realizar una investigación con el objetivo de conocer la prevalencia de la adicción a la comida de acuerdo a la edad, sexo e IMC y determinar la asociación entre la adicción a la comida y el estado nutricional en adolescentes del norte de México, la población fue constituida por 245 adolescentes estudiantes de 15 a 17 años de edad, de una preparatoria pública en Nuevo León, México, donde los resultados muestran que 245 adolescentes, predominando el sexo femenino (53.1 %), con una edad media de 15.83 años, la media de índice de masa corporal fue de 23.18 kg/mt² (DE = 3.74) en hombres y 24.57 kg/mt² (DE = 4.00) en mujeres. El 87.8% de los adolescentes presentó positivo el criterio “deseo frustrado de parar el consumo”, el 36.3% la tolerancia, y el 34.3% el consumo a pesar de las consecuencias. El 20.7% de los adolescentes con sobrepeso presentan adicción a la comida.

Borisenkov, Tserne y Bakutova (2018) realizaron una investigación con el objetivo de evaluar la frecuencia de detección de AC en adolescentes, asociaciones entre AC y características sociodemográficas, la población que se incluyó fueron 1,144 estudiantes, de 14 escuelas secundarias en Syktyvkar, Rusia. Los resultados fueron que, del total de adolescentes estudiados, el 4.5% tenía AC. El percentil de IMC de los participantes del estudio tuvo una media 47.8 ± 21.9 . Del total de la población del estudio, el 6.8% se clasificaron como con sobrepeso y el 2.6% eran

obesos. Las clasificaciones de sobrepeso y obesidad fueron más comunes en los hombres ($p < 0.001$), en el grupo de edad de 12 a 14 años ($p < 0.026$) y en adolescentes con AC ($p < 0.000$). Los datos indican que la AC se asocia positivamente con la obesidad, la edad y el sexo.

Naghashpour et al (2018) realizaron un estudio con el objetivo de detectar la frecuencia de AC y evaluar la relación entre la AC, indicadores sociodemográficos y antropométricos entre los estudiantes de la escuela primaria iraníes, se incluyeron 3908 estudiantes de 7 a 13 años que estudiaban en escuelas primarias de Juzestán, Irán. Los resultados muestran que la prevalencia de adicción a la comida fue del 17.3%. Además, los síntomas más comunes asociados con la adicción a la comida fueron incapacidad para reducir, abstinencia y tolerancia. Los estudiantes con diagnóstico de adicción a la comida eran mayores que los no diagnosticados ($p = 0.04$). Los varones y los estudiantes mayores de 8 años mostraron una puntuación de adicción a la comida más alta que las mujeres y los estudiantes menores de 8 años ($p = 0.05$). En las mujeres, se encontraron correlaciones positivas significativas entre los indicadores antropométricos, incluido el IMC y la puntuación z del índice de masa corporal, con la puntuación de adicción a la comida ($p = 0.01$).

En síntesis, se ha encontrado que la AC está afectando más a la población de los niños y adolescentes de entre 7 a 18 años, donde además esta se ve asociada positivamente con la edad, la OB, el SP y el sexo, siendo más frecuente en hombres que en mujeres; la mayor parte de los adolescentes que presentaban un incremento del IMC o tienen SP o corren el riesgo de padecer AC. Por otro lado, la Salud Mental Positiva muestra que los adolescentes cuentan con una salud mental positiva baja.

Definición de Términos

Salud Mental Positiva en adolescentes

Capacidad de funcionamiento psicosocial y físico que permiten alcanzar metas vitales de autodesarrollo en presencia de un mayor número de situaciones positivas. Para el presente estudio se definió como la capacidad de los adolescentes para afrontar situaciones conflictivas, tomar decisiones asertivas, relacionarse satisfactoriamente con otras personas y sentirse satisfecho ante la vida. Se midió con Escala de Salud Mental Positiva en niños y adolescentes mexicanos (González & Valdez, 2016).

Adicción a la comida en adolescentes

El deseo incontrolable de ingerir alimentos altos en grasas y azúcares. Para el presente estudio se definió como el deseo incontrolable del adolescente por consumir mayor cantidad de alimentos altos en grasas y azúcares con mayor frecuencia durante los últimos 12 meses. Se midió con la escala de YALE para adicción a la comida para niños (YFAS-C) y adolescentes mexicanos (Jiménez, 2017).

Estado Nutricio de los adolescentes

Es la condición física que presenta una persona, como resultado del balance entre sus necesidades de ingesta y gasto energético. Para el presente estudio, se define como la categoría de peso en la que se encuentre el adolescente y puede ser: bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad. Se midió a través del indicador de IMC que se da entre la relación del peso y la talla. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

Objetivos

Objetivo general

Determinar la influencia de la salud mental positiva y la adicción a la comida sobre el IMC/edad de los adolescentes.

Objetivos específicos

1. Describir la salud mental positiva por sexo de los adolescentes.
2. Describir la adicción a la comida de acuerdo a la edad, sexo y estado nutricional de los adolescentes.
3. Describir la frecuencia de los criterios de la adicción a la comida en los adolescentes.
4. Conocer si existen diferencias de los criterios de adicción a la comida por sexo de los adolescentes.
5. Conocer si existen diferencias de los criterios de adicción a la comida por estado nutricional de los adolescentes.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describe el diseño de estudio seleccionado para la respuesta a los objetivos planeados, las características de la población, el muestreo, la muestra y los criterios de selección, descripción de los instrumentos y mediciones, procedimiento de recolección de datos, las consideraciones éticas y legales, así como el plan de análisis de datos.

Diseño del estudio

El presente estudio fue un diseño correlación predictivo con corte transversal. Dicho estudio busco predecir el valor de las variables independientes las cuales son salud mental positiva, adicción a la comida sobre la variable dependiente IMC/edad de los adolescentes, que será en una situación dada y transversal porque los datos serán colectados en un solo momento (Grove & Gray, 2019).

Población, Muestreo y Muestra

La población fueron adolescentes de edad de 14 a 18 años inscritos en una institución pública medio superior en la localidad de Adolfo Ruiz Cortines, Guasave, Sinaloa. El muestreo aleatorio simple, la muestra se calculó a través del paquete estadístico Netquest, donde el universo fueron 738 adolescentes, una heterogeneidad de 50%, un margen de error de 5 y con un nivel de confianza del 95%, resultando 239 adolescentes.

Criterios de Exclusión

Se excluyeron a todo adolescente que padezca de alguna enfermedad o padecimiento que le pueda causar algún problema de salud como alguna enfermedad endocrinológica o neurológica, que este tomando algún tipo de medicamento psiquiátrico.

Criterios de eliminación

Se eliminarán los cuestionarios que no se respondidos en el 90% en su totalidad.

Instrumentos de medición

Previo a la aplicación de los instrumentos se realizaron dos preguntas filtro, una vez que estas fueron respondidas se recolectaron datos personales de adolescentes y padres mediante una cédula, que consta de: edad, sexo, peso y estatura del adolescente.

Para la medir la Salud Mental Positiva se aplicó la Escala de Salud Mental Positiva en niños y adolescentes mexicanos (González & Valdez, 2016), la escala consta de 30 ítems, el cual mide 4 dimensiones: la satisfacción personal (cuenta con 12 ítems), resolución de problemas (cuenta con 7 ítems), integración o autocontrol (cuenta con 6 ítems) y habilidades de relación interpersonal (cuenta con 5 ítems). La escala es de tipo Likert con cuatro opciones de respuesta: que va de nunca que será igual a 1, hasta siempre que será igual a 4. Para la muestra se reporta un Alpha de Cronbach de 0.80 en población mexicana.

La adicción a la comida se midió a través de la escala YALE de adicción a la comida (YFAS-C) para niños y adolescentes mexicanos. La escala tiene un total de 25

reactivos que miden las experiencias de comportamientos adictivos alimenticios en los últimos 12 meses; tienen diferentes opciones de puntuación, las primeras 18 preguntas son en una escala tipo Likert de 5 puntos (nunca, una vez al mes, 2-4 veces al mes, 2-3 veces a la semana, 4 o más veces a la semana o diario: correspondientes a 0, 1, 2, 3 o 4 puntos, respectivamente) evalúan conductas que pueden presentarse ocasionalmente en individuos sin problemas de adicción y las últimas 8 preguntas son dicotómicas Si o No. Tres preguntas (19, 20 y 24) no se consideran para la calificación de la escala; el resto de los ítems miden los siete criterios de AC, a excepción de los reactivos 15 y 16 que pregunta sobre el deterioro clínicamente significativo o la depresión causada por los hábitos alimenticios. Existen umbrales de puntuación específicos para las preguntas con respuesta en escala de cinco puntos, que las convierten en variables dicotómicas. La puntuación de cada criterio se obtiene con la suma de los ítems que lo componen y se considera como cumplido (o positivo) si es mayor o igual a 1.

Se interpreta por recuento de síntomas y la diagnóstica. Por recuento de síntomas, se suman los síntomas/criterios cumplidos, lo que da como resultado un rango 0-7, la autora la recomienda en población no clínica. Se diagnostica AC si se cumplen con tres o más síntomas y con un deterioro clínicamente significativo (que es análogo a los requisitos de la dependencia de sustancias de diagnóstico en el DSM-IV-TR (APA, 2008)).

Los YFAS originales mostraron consistencia interna adecuada (a's de Kuder-Richardson fueron 0.86 y 0.75 para los elementos y criterios de los síntomas, respectivamente) y una buena validez convergente, con construcciones similares y una buena validez discriminante con construcciones diferentes.

Recolección de la información

Para la recolección de datos se solicitó la autorización del comité de investigación y ética en investigación de la Universidad Autónoma de Sinaloa en la Facultad de Enfermería Mochis. Una vez que se autorizó el estudio y se realizaron todos los trámites administrativos, se le pidió la institución educativa que nos apoyará proporcionando las listas de todos los alumnos de la institución. La aleatorización se realizó mediante el programa de Microsoft Excel 2013, mismo que permitió seleccionar los grupos que participaron en el estudio. Posteriormente, se asistió a la preparatoria para la aplicación de los instrumentos, nos apoyamos con los encargados de la coordinación de turno para que nos indicarán donde estaban los estudiantes tomando clases, al llegar a las aulas se les solicitó autorización a los maestros para poder entrar al aula, a ellos se les explicó el motivo de la visita y a quienes accedieron a participar se les proporcionó el asentimiento y consentimiento informado para su firma. Al día siguiente se volvió a las instalaciones de la escuela para empezar con la recolección de los datos, se solicitó nuevamente la autorización de los maestros y se les preguntó a los alumnos quien traía el consentimiento firmado por sus padres, quienes entregaron el consentimiento y asentimiento se les proporcionaron los instrumentos, no sin antes preguntarles si ¿Toman algún tipo de medicamento psiquiátrico? y ¿Padecen de alguna enfermedad endocrinológica (ejemplo: problemas de crecimiento y desarrollo, diabetes) ?, esto para saber si los adolescentes cumplían con los criterios de inclusión, si las respuesta fue negativa se procedió a contestar los instrumentos, al terminar de contestar se les tomó el peso y la estatura (instaladas y calibradas en un lugar apartado del resto

de los compañeros para cuidar la privacidad), con todas las medidas preventivas para el covid- 19 y finalmente se les agradeció su participación.

La aplicación de los instrumentos tuvo el siguiente orden: (1) cédula de datos personales (Apéndice E), (2) escala de Salud Mental Positiva en niños y adolescentes mexicanos (Apéndice F) y (3) la escala YALE de adicción a la comida (YFAS-C) para niños y adolescentes mexicanos (Apéndice G). Durante la aplicación de los instrumentos los adolescentes leyeron las preguntas de los cuestionarios y se tomaron el tiempo que sea necesario para su entendimiento y comprensión, además por tratarse de temas sensibles, se les agregó una nota al final donde se brindó información de contacto para apoyo psicológico y nutricional. Al final se les agradeció a los participantes por su colaboración.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegará a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987), el cual establece los lineamientos a considerar en la investigación científica relacionada a la salud. De acuerdo al Título Segundo sobre los Aspectos Éticos de la investigación en Seres Humanos, Capítulo I, Artículo 13, 14 Fracción I, V, VI, VII, VIII, IX, Artículo 16, 17 Fracción II y Artículo 21 (Secretaría de Salud, 1987).

Artículo 13, se respetará en todo momento los derechos y bienestar del adolescente en toda la investigación, así como el respeto a su dignidad y la protección de su privacidad.

Artículo 14. Fracción I, V, VI, VII y VIII. Esta investigación contó con fines para una contribución a una posible solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica. Se contó con un consentimiento informado por escrito al padre o tutor y para el adolescente, donde aceptaron colaborar en la investigación. La investigación se llevó a cabo por el profesional de enfermería y asesoría por parte de Doctoras en Enfermería. Contó con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad. Se llevo a cabo con la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría.

Artículo 17. Fracción I. esta Investigación no cuenta con ningún riesgo ya que es un estudio en donde no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en los individuos que participan en el estudio.

Artículo 21, Fracciones I, II, III, VI, VII, VIII y IX. Al participante de estudio se le dará respuesta a cualquier pregunta y/o aclaración acerca de los procedimientos, posibles molestias y resultados obtenidos del estudio. Además, se le explicara que tiene la libertad de retirar su consentimiento del estudio en el momento que lo considerara. Así como, la seguridad de que la información individual obtenida sólo puede ser utilizada por los investigadores, y que será guardada bajo un archivo la cual se destruirá en un lapso de cinco años.

Artículo 22. Fracción I, II, III y IV. El consentimiento informado será formulado por escrito, donde será elaborado por el investigador principal, será revisado y aprobado por la Comisión de Ética, se indicará los nombres de dos testigos, deberá ser firmado

por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe.

Artículo 36. Para la realización de la investigación en los menores o incapaces, se deberá obtener el escrito de consentimiento informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor o incapaz de que se trate.

Artículo 58. Fracción I y II. Que la participación, el rechazo de los sujetos a intervenir o retiro de su consentimiento durante el estudio, no afectara su situación escolar y los resultados de la investigación no serán utilizados en perjuicio de los individuos participantes.

Estrategia de análisis

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25. Para conocer la distribución de los datos, se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov –Smirnow, se encontró distribución no paramétrica. Además, para conocer la confiabilidad de los instrumentos se aplicó alpha de Cronbach.

Para dar respuesta a los objetivos específicos uno y dos, se utilizó estadística descriptiva (frecuencia, medias, porcentajes y correlaciones). Para dar respuesta al objetivo específico tres, se aplicó la prueba U de Mann Whitney y para responder el objetivo específico cuatro, se aplicó la prueba Kruskal Wallis.

Finalmente, para responder el objetivo general, se aplicó regresión lineal múltiple utilizando el método introducir, como variable criterio el IMC/edad del adolescente y variables predictoras: salud mental positiva (satisfacción personal, resolución de problemas, autocontrol, relación interpersonal) y la adicción a la comida (satisfacción personal, resolución de problemas, autocontrol y relación interpersonal). Como variable confusora se retomó el sexo.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se presentan los resultados del estudio, primero se describen las características sociodemográficas, posteriormente se responden los objetivos específicos y finalmente al objetivo general.

Participaron 239 adolescentes, la media de edad de los participantes fue de 16.03 ($DE=.854$) años y el IMC/edad 23.04 ($DE= 5.06$). El 59.4% fueron mujeres, lo que corresponde al estado nutricional el 28.5% cuenta con exceso de peso y el 20.5% tiene un bajo peso (tabla 1).

Tabla 1.

Características personales.

Edad	<i>F</i>	<i>%</i>
14	03	1.30
15	70	29.30
16	86	36.00
17	76	31.80
18	04	1.70
Sexo		
Masculino	97	40.60
Femenino	142	59.40
IMC		
Bajo peso	49	20.50
Peso normal	122	51.00
Exceso de peso	68	28.50

Nota: $n=239$. *IMC*=Índice de Masa Corporal.

Respecto a salud mental positiva, el promedio de la escala general fue de 68.77 ($DE=7.58$). Lo cual indica que, los adolescentes tienden a presentar puntuaciones más bajas de salud mental positiva. La dimensión que presentó promedio más bajo ($X=11.88$, $DE= 2.81$) fue el de la dimensión relaciones interpersonales (tabla 2).

Tabla 2.

Estadística descriptiva de Salud Mental Positiva

Escala/subescalas	Media	DE
Salud Mental Positiva General	68.77	7.58
Satisfacción personal	40.47	5.19
Resolución de problemas	20.70	3.85
Autocontrol	16.97	3.64
Relaciones interpersonales	11.88	2.81

Nota: $n=239$

Para dar respuesta al objetivo específico 1 de describir la salud mental positiva por sexo de los adolescentes se realizaron medidas de tendencia central, encontrando puntuaciones ligeramente más bajas en mujeres (tabla 3).

Tabla 3.

Estadística descriptiva de Salud Mental Positiva por sexo

Escalas/subescalas	Sexo	
	Hombres	Mujeres
	Mdn	Mdn
Satisfacción Personal	42.00	41.00
Resolución de Problemas	21.00	21.00
Autocontrol	18.00	16.00
Relaciones Interpersonales	13.00	11.50

Nota: $n=239$; Mdn=Mediana

Referente al objetivo describir la adicción a la comida por la edad, el sexo y el estado nutricional de los adolescentes, se encontró que el 14.2% de los adolescentes que contaban 16 años tienen adicción a la comida, el 19.6% contaban con al menos 1 síntoma de adicción a la comida; el 23.8% de los adolescentes que presentó adicción a la comida son del sexo femenino, al igual que el 32.2% de las mujeres contaban con al menos 1 síntoma de dicha adicción; el 11.2% de los adolescentes que cuentan con adicción a la comida contaban con exceso de peso, así como el 16.7% de los adolescentes que contaba con al menos 1 síntoma de adicción a la comida tenían exceso de peso (tabla 4).

Tabla 4.

Tabla cruzada de adicción a la comida por edad, sexo y estado nutricional

	Sin Adicción a la Comida		Con al menos 1 Síntoma de Adicción a la Comida		Con Adicción a la Comida	
	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%
Edad						
14	0	0	2	0.8	1	0.4
15	7	2.9	37	15.4	26	10.8
16	5	2	47	19.6	34	14.2
17	5	2	39	16.3	32	13.3
18	0	0	3	1.2	1	0.4
Sexo						
Masculino	9	3.7	51	21.3	37	15.4
Femenino	8	3.3	77	32.2	57	23.8
Estado Nutricio						
Bajo Peso	2	0.8	25	10.4	22	9.2

	Sin Adicción a la Comida		Con al menos 1 Síntoma de Adicción a la Comida		Con Adicción a la Comida	
	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%
Peso Normal	14	5.8	63	26.3	45	18.8
Exceso de Peso	1	0.4	40	16.7	27	11.2

Nota: $n=239$

En cuanto a la frecuencia de los criterios de la adicción a la comida muestra que el 80.3% de los adolescentes presento positivo el criterio para intentos/deseo de dejar el consumo, el 35.1% de ellos presento el criterio de tolerancia, el 32.2% presento el criterio de consumo a pesar las consecuencias y el 31% la reducción de las actividades sociales para evitar el consumo (tabla 5).

Tabla 5.

Frecuencia de los criterios de Adicción a la Comida

Criterios	<i>F</i>	%
1.-Consumo en mayor cantidad	38	15.9
2.-Intentos/deseo dejar el consumo	192	80.3
3.-Tiempo en la obtención, uso y recuperación	41	17.2

Criterios	<i>F</i>	<i>%</i>
4.-Reducción de actividades sociales	74	31
5.-Consumo a pesar de las consecuencias	77	32.2
6.-Tolerancia	84	35.1
7.-Sustancia para aliviar la abstinencia	44	18.4

Nota: $n=239$

Para conocer si existen diferencias de los criterios de adicción a la comida por sexo de los adolescentes se aplicó la prueba U de Mann-Whitney, se encontraron diferencias significativas en criterio 3 ($U=5977.00$, $Z=-2.017$, $p=.024$), criterio 5 ($U=6426.00$, $Z=-1.655$, $p=.038$) y criterio 7 ($U=6166.00$, $Z=-1.715$, $p=.086$) esto siendo mayor en las mujeres. Los resultados se muestran en la tabla 6.

Tabla 6.

Prueba U de Mann-Whitney criterios de adicción a la comida por sexo

	Sexo	<i>n</i>	Rango promedio	Suma de rangos	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Cri1	Hombre	97	121.60	11795.50	6731.500	-.417	.676
	Mujer	142	118.90	16884.50			
Cri2	Hombre	97	117.12	11361.00	6608.000	-1.041	.298
	Mujer	142	121.96	17319.00			

	Sexo	<i>n</i>	Rango promedio	Suma de rangos	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Cri3	Hombre	97	110.62	10730.00	5977.000	-2.017	.024
	Mujer	142	126.41	17950.00			
Cri4	Hombre	97	120.33	11672.00	6855.000	-.070	.944
	Mujer	142	119.77	17008.00			
Cri5	Hombre	97	115.25	11179.50	6426.500	-1.655	.038
	Mujer	142	123.24	17500.50			
Cri6	Hombre	97	119.55	11596.50	6843.500	-.149	.882
	Mujer	142	120.31	17083.50			
Cri7	Hombre	97	112.57	10919.00	6166.000	-1.715	.086
	Mujer	142	125.08	17761.00			

Nota: *n*=239; Cri1: Consumo en mayor cantidad; Cri2: Intento/deseo dejar el consumo; Cri3: Tiempo en la obtención, uso y recuperación; Cri4: Reducción de las actividades sociales; Cri5: Uso continuo a pesar del conocimiento de las consecuencias adversas; Cri6: Tolerancia; Cri7: Sustancia para aliviar la abstinencia.

Se aplicó la prueba de Kruskal Wallis (tabla 7) para conocer si existen diferencias de los criterios de adicción a la comida por estado nutricional de los adolescentes. El IMC se clasifica por bajo peso, normal y exceso de peso. Se observó que los rangos promedios de todas las variables de exceso de peso son más altos en todos los criterios de adicción a la comida, sin embargo, solo el criterio 4 mostró significancia estadística ($p=.001$).

Tabla 7.

Prueba de Kruskal-Wallis para conocer si existen diferencias de los criterios de adicción a la comida por estado nutricional.

Criterios	Estado Nutricio	<i>n</i>	Rango Promedio	X^2	<i>p</i>
Cri1	Bajo peso	49	118.89	.767	.681
	Peso normal	122	118.01		
	Exceso de peso	68	124.38		
Cri2	Bajo peso	49	123.13	1.447	.485
	Peso normal	122	117.32		
	Exceso de peso	68	122.56		
Cri3	Bajo peso	49	123.59	3.184	.204
	Peso normal	122	113.54		
	Exceso de peso	68	129.01		
Cri4	Bajo peso	49	116.03	13.115	.001
	Peso normal	122	109.41		
	Exceso de peso	68	141.85		
Cri5	Bajo peso	49	120.31	2.433	.296
	Peso normal	122	116.83		
	Exceso de peso	68	125.47		

Criterios	Estado	<i>n</i>	Rango	X^2	<i>p</i>
	Nutricio		Promedio		
Cri6	Bajo peso	49	120.63	1.014	.602
	Peso normal	122	117.75		
	Exceso de peso	68	123.57		
Cri7	Bajo peso	49	122.02	.618	.734
	Peso normal	122	117.28		
	Exceso de peso	68	123.42		

Nota: $n=239$; Cri1: Consumo en mayor cantidad; Cri2: Intento/deseo dejar el consumo; Cri3: Tiempo en la obtención, uso y recuperación; Cri4: Reducción de las actividades sociales; Cri5: Uso continuo a pesar del conocimiento de las consecuencias adversas; Cri6: Tolerancia; Cri7: Sustancia para aliviar la abstinencia.

Para determinar la influencia de la salud mental positiva (satisfacción personal, resolución de problemas, autocontrol, relación interpersonal) y la adicción a la comida sobre el IMC/edad de los adolescentes (tabla 8). Se aplicó regresión lineal múltiple, se obtuvo un modelo el cual fue significativo ($F = 12.568$, $gl = 12$, $p = 0.003$), se identificó que los criterios: intento/deseo de dejar el consumo ($\beta = .814$, $p = .006$), consumo a pesar de las consecuencias ($\beta = .778$, $p = .004$), y tolerancia ($\beta = -.612$, $p = .031$), contribuyeron al modelo, al igual que la dimensión de salud mental positiva: relación interpersonal ($\beta = .287$, $p = .037$).

Tabla 8.

Modelo de regresión lineal para determinar la influencia de la salud mental positiva y la adicción a la comida sobre el IMC/edad de los adolescentes.

Modelo	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	
	12.568	12	0.003	
Factores	Coeficiente no estandarizado			<i>p</i>
	β	IC 95%		
Constante	19.876	13.690	26.061	.000
Cri1	-.025	-2.291	1.442	.654
Cri2	.814	0.662	3.871	.006
Cri3	-.139	-2.052	1.775	.887
Cri4	.065	-.917	2.047	.453
Cri5	.778	.690	3.666	.004
Cri6	-.612	-3.079	-.145	.031
Cri7	-.093	-2.758	.772	.269
Satisfacción personal	-.099	-.275	.077	.271
Resolución de problemas	.128	-.084	.339	.236
Autocontrol	-.057	-.281	.167	.616
Relación interpersonal	.287	-.021	.595	.037

Nota: $n=239$; Cri1: Consumo en mayor cantidad; Cri2: Intento/deseo dejar el consumo; Cri3: Tiempo en la obtención, uso y recuperación; Cri4: Reducción de las actividades sociales; Cri5: Uso continuo a pesar del conocimiento de las consecuencias adversas; Cri6: Tolerancia; Cri7: Sustancia para aliviar la abstinencia.

Capítulo IV

Discusión

Se puede argumentar que las variables que se abordan en el presente estudio, hasta el momento son poco estudiadas en los adolescentes. De acuerdo a las características personales de la población de estudio, el promedio de edad es similar a lo reportado por Guevara y colaboradores (2019). Referente al estado nutricional, los adolescentes presentaron similitudes en cuanto a las prevalencias de exceso de peso reportado por la ENSANUT (2021), donde un poco más de un tercio de los adolescentes presenta esta condición de peso en nuestro país. Además, es importante comentar que en el presente estudio las mujeres presentaron prevalencias de sobrepeso y obesidad más altas que los hombres, mostrando un patrón muy similar a lo reportado a nivel nacional (ENSANUT, 2021; Guevara, et al 2019).

Respecto a la salud mental positiva en los adolescentes, muestra que, a escala general, así como las subescalas presentan puntuaciones muy bajas como lo es en la escala de relaciones interpersonales, lo cual se contradice con un estudio que se realizó en el país, ya que esta nos muestra que los adolescentes cuentan con niveles altos y muy altos de salud mental positiva, esto puede ser atribuido a que debido al confinamiento por el cual el mundo estuvo atravesando estos últimos años, los adolescentes perdieron esa empatía que se tiene para entender los problemas o sentimientos de los demás, al igual que ya no había ese contacto humano que se tenía (Toribio, González, Oudhof y Gil, 2018).

En cuanto a las subescalas de esta, las puntuaciones más altas fueron para la satisfacción personal, siendo similares a lo reportado por otros estudios (Gonzales et al, 2014; Pérez, Serrano, Ardila & Duque, 2012); la subescala de relaciones

interpersonales obtuvo la puntuación más baja, seguida de la subescala de autocontrol, así como lo fue en el estudio de Gonzales et al (2014) donde las mujeres mostraron un bajo puntaje en dicha escala (Gonzales et al, 2014). Esto podría ser atribuido a que los adolescentes se sienten satisfechos con su persona, pero no tienen la capacidad para autocontrolar sus emociones y para establecer relaciones interpersonales debido a su madurez emocional. Lo antes mencionado se puede deber a que las situaciones de estrés y situaciones conflictivas en las que se encontraban los adolescentes teniendo clases virtuales y la falta de contacto humano.

Por otro lado, autores mencionan que la adicción a la comida podría tener una estrecha relación con problemas de salud físicos, como lo es el sobrepeso y la obesidad, lo que se apoya con el presente estudio, ya que nos muestra que un porcentaje considerable de adolescentes que cuenta con un exceso de peso tienen adicción a la comida o por lo menos tienen un síntoma de dicha afección (Guevara et al, 2019; Figueroa & Cjuno, 2018). Del lado contrario tenemos adolescentes con un bajo peso, pero también cuentan con adicción a la comida o por lo menos tienen un síntoma de esta, esto se lo podríamos atribuir, que muy probablemente los adolescentes cuentan con algún trastorno alimenticio como lo es la anorexia y la bulimia. Los adolescentes con peso normal, también cuentan con adicción a la comida o por lo menos tienen un síntoma de esta, lo cual es alarmante, por lo que estos adolescentes pueden caer tanto en trastornos alimenticios como los antes mencionados o en una afección de sobrepeso u obesidad.

De acuerdo a los criterios de adicción a la comida, la literatura existente nos indica que los adolescentes presentan positivo el criterio deseo frustrado de parar el

consumo, la tolerancia y el consumo a pesar de las consecuencias, siendo igual a lo encontrado en este estudio, donde los criterios que estuvieron con mayor frecuencia en los adolescentes fueron el de tolerancia, intento/deseo para dejar el consumo y el consumo a pesar de las consecuencias (Naghashpour et al, 2018; Guevara et al, 2019). Lo cual nos sugiere que a pesar de que los adolescentes reconocen que ingerir alimentos altos en grasa, azúcar, sodio y procesados puede generar efectos adversos para su salud e intentan dejar de consumirlos, siguen ejerciendo estas prácticas poco saludables. Donde se lo podemos atribuir a que los adolescentes no cuentan con la fuerza de voluntad suficiente, tampoco les importa las consecuencias que pueden tener para dejar el consumo de estos alimentos con una alta palatabilidad y lo consumen al grado de tener el efecto de satisfacción deseado y es que debido a que nos encontrábamos en casa, una falta de actividades y la baja actividad física durante la pandemia, incremento el deseo por el consumo de alimentos chatarra.

Al realizar una comparación para conocer si existen diferencias de los criterios de adicción a la comida por sexo de los adolescentes y se encontró que el sexo influye en 3 criterios que son: tiempo en la obtención, uso y recuperación, consumo a pesar de las consecuencias, sustancia para aliviar la abstinencia esto siendo mayor en las mujeres. Esto concuerda con estudios que indican que la AC se muestran diferencias de acuerdo con el sexo, apareciendo múltiples variables biológicas y conductuales que pueden estar asociadas con estos resultados. Un estudio muestra que la actividad neuronal relacionada con la ansiedad por la comida es menor en los hombres cuando se proporciona alguna distracción, mientras que en las mujeres es menos probable que se reduzca la señal de ansiedad por comer, asimismo, las hormonas y el ciclo menstrual

también pueden tener un efecto sobre la ansiedad por la comida, interfiriendo en el control de comer y reducción de peso; sin embargo, un estudio realizado en la India muestra que no hay diferencias significativas en la AC respecto al sexo (Wiedemann et al, 2018).

Al igual que se realizó una comparación para conocer si existen diferencias de los criterios de adicción a la comida por estado nutricional de los adolescentes, los rangos promedios de todas las variables de exceso de peso son más altos en todos los criterios de adicción a la comida, sin embargo, solo el criterio de reducción de las actividades sociales mostro diferencia. Lo que concuerda con estudios donde el grupo de adolescentes con sobrepeso que obtuvieron criterios positivos para AC (20.7%). Una investigación realizada con jóvenes mostró una asociación positiva entre el IMC y la AC (Şanlıer, Türközü y Toka, 2016). Es importante mencionar que los adolescentes con sobrepeso u obesidad obtienen puntajes más altos para AC, y los alimentos adictivos que destacan en prevalencia de consumo dentro de este grupo son los chocolates, helado, patatas a la francesa, harinas y pastas, por lo que la AC desde la infancia puede tener repercusión directa en la obesidad en la etapa adulta (Keser et al, 2015).

Finalmente, es importante mencionar que se hizo una regresión lineal múltiple con la finalidad de determinar la influencia de la salud mental positiva, la adicción a la comida con el IMC/edad de los adolescentes, lo cual nos permitió identificar que tres criterios de adicción a la comida: el intento/deseo dejar el consumo, el consumo a pesar de las consecuencias y tolerancia de la adicción a la comida y una dimensión de salud positiva: relación interpersonal de la salud mental positiva influyen sobre el IMC/edad

de los adolescentes; esto es algo que no se ha realizado en otros estudios, siendo este el primero en realizarlo.

Conclusión

En conclusión, los adolescentes que cuentan con 16 años de edad, siendo del sexo femenino y tienen un exceso de peso cuentan con adicción a la comida, lo cual se puede explicar que con el contexto social donde las mujeres adolescentes son las que cuentan con exceso de peso y con mayor frecuencia con adicción a la comida. Los adolescentes que cuentan con adicción a la comida tienen como principales problemas el intento/deseo de dejar el consumo, el cual nos dice sobre los intentos que la persona hace por dejar el consumo de la comida; la tolerancia, hace referencia a la continuación del uso a pesar de conocer sus consecuencias negativas y el uso continuo a pesar del conocimiento de las consecuencias adversas, se define como el consumo a pesar de tener el conocimiento de que ese consumo tiene consecuencias negativas; lo antes mencionado son síntomas de dicha adicción. En cuanto a la salud mental positiva los adolescentes cuentan con un bajo nivel de relación interpersonal; la relación interpersonal lo podemos definir a las habilidades de relación interpersonal para dar apoyo emocional y establecer relaciones interpersonales íntimas, la deficiencia de esta se pudiera atribuir debido a la situación de pandemia de COVID-19 que se está viviendo el mundo.

Sugerencias

Los resultados anteriores muestran la necesidad de desarrollar programas de salud con estrategias que consideren a la adicción a la comida, fenómeno que aumenta el incremento del índice de masa corporal, lo cual hace vulnerable a los

adolescentes con desarrollar afecciones como lo son las enfermedades crónicas. En este sentido los profesionales de enfermería que laboran en instituciones de salud de primer nivel de atención deberán desarrollar estrategias de educación en hábitos saludables para adolescentes que presenten adicción a la comida. En cambio, para los adolescentes que no presentan una salud mental positiva se les puede canalizar con profesionales de psicología para que estos puedan ser atendidos.

Limitaciones

Al momento de ir a campo para la recolección de los datos en la escuela, en todos los grupos solamente asistía la mitad de los alumnos, donde hubo algunos de los alumnos que no quiso participar por vergüenza de tener que pesarse frente a sus compañeros. Otra de las limitaciones fue que la recolección de datos fue una semana antes de que los estudiantes de la prepa salieran de vacaciones.

Referencias

- Agüera, Z., Wolz, I., Sánchez, I., Sauvaget, A., Hilker, I., Granero, R. & Aranda, F. (2016). Adicción a la comida: Un constructo controvertido. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (117), 17-30.
- Amar, J., Palacio, J., Llinás, H., Puerta, L., Sierra, E. & Pérez, A. (2008). Calidad de vida y salud mental positiva en menores trabajadores de Toluvejo. *RevSuma Psicológica*. 15(2):385-404.
- Askell, H. & Lawson, M. (2013). Teachers' knowledge and confidence for promoting positive mental health in primary school communities. *Asia-Pac J Teach Educ*;41(2):126-43.
- Barrera, M., & Flores, M. (2020). Apoyo social percibido y salud mental positiva en hombres y mujeres universitarios. *Voces y silencios. Revista Latinoamericana de Educación*, 11(2), 67-83.
- Blanco, A. & Rodríguez, J. (2007). Fundamentos de la Intervención Psicosocial. En: *Intervención Psicosocial*. 1^a ed. Madrid: Pearson Educación, S.A.
- Borisenkov, M. F., Tserne, T. A., & Bakutova, L. A. (2018). Food addiction in Russian adolescents: A ssociations with age, sex, weight, and depression. *European Eating Disorders Review*, 26(6), 671-676.
- Carrascosa, A., Yeste, D., Moreno, A., Gussinyé, M., Ferrández, Á., Clemente, M., & Fernández, M. (2018). Índice de masa corporal e índice de masa triponderal de 1.453 niños no obesos ni malnutridos de la generación del milenio. Estudio

longitudinal de Barcelona. In *Anales de Pediatría* (Vol. 89, No. 3, pp. 137-143).
Elsevier Doyma.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC]. (2015). Como Evaluar
su Peso. *Acerca del Índice de Masa Corporal para Niños y Adolescentes*.

Recuperado de

[https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/childrens_bmi/acerca
_indice_masa_corporal_ninos_adolescentes.html](https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/childrens_bmi/acerca_indice_masa_corporal_ninos_adolescentes.html)

Davis, C., Urtis, C., Levitan, R., Carter, J., Kaplan, S. & Kennedy, L. (2011). Evidence
that “food addiction” is a valid phenotype of obesity. *Appetite*, 57(3): 711–717.

de la Salud, P. (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de
investigación para la salud.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT]. (2016). Informe Final de
Resultados. Recuperado de

<http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>

Estévez, A., Jauregui, P., Sánchez-Marcos, I., López-González, H., & Griffiths, M.
(2017). Attachment and emotion regulation in substance addictions and
behavioral addictions. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(4), 534-544.

Figuroa, J., & Cjuno, J. (2018). Adicción alimentaria en Latinoamérica. *Medwave*,
e7171-e7171.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2019). Niños, alimentos
y nutrición. *Crecer bien en un mundo en transformación*. Nueva York.

- Fundación RECAL. (2019). ¿Qué es la adicción? Recuperado de <https://www.fundacionrecal.org/que-es-la-adiccion/>
- Fundación RECAL. (2019b). Tipos de adicción. Recuperado de <https://www.fundacionrecal.org/que-es-la-adiccion/tipos-de-adiccion/>
- Ganga, N., Raman, V. & Thomas, I. (2014). Determinants of positive mental health: a path model. *Ment Health Rev J*; 19(1):47-60.
- González González, S., Cruz Bello, P., García Hernández, M. de L., & García Jiménez, A. (2020). Sobrepeso y Obesidad en adolescentes mexicanos: Una valoración integral del profesional de enfermería. *Paraninfo Digital*, 14(32), e32048d. Recuperado a partir de <http://ciberindex.com/c/pd/e32048d>
- González, N. & Valdez, J. (2016). Validez de la escala de salud mental positiva en niños mexicanos. *Acta de investigación psicológica*, 6(1), 2368-2383.
- Granero, R., Hilker, I., Agüera, Z., Jiménez, S., Sauchelli, S., Islam, M. & Fernández, F. (2014). Food Addiction in a Spanish Sample of Eating Disorders: DSM-5 Diagnostic Subtype Differentiation and Validation Data. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 22(6): 389–96. doi:10.1002/erv.2311.
- Grove, S. & Gray, J. (2019). Introducción a los diseños de la investigación cuantitativa. En S. K. Grove & J. R. Gray(Eds.), *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia* (pp. 207). Barcelona, España. Elsevier

- Guevara, M., Ruíz, K., Pacheco, L., Santos, J., González, P., & Sánchez, A. (2020). Adicción a la comida y estado nutricional en adolescentes de una preparatoria pública en México. *Enfermería Global*, 19(58), 1-20.
- Gurin, G., Veroff, J. & Feld, S. (1960). *Americans view their mental health*. New York: Basic Books.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York, NY: Basic Books.
- Jiménez, C. (2017). *Validación de la escala de Yale para adicción a la comida para niños (YFAS-C) en niños y adolescentes mexicanos* (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León).
- Keser, A., Yüksel, A., Yesiltepe-Mutlu, G., Bayhan, A., Özsu, E. y Hatun, S. (2015). Una nueva visión de la adicción a la comida en la obesidad infantil. *Revista turca de pediatría*, 57 (3), 219.
- Keser, A., Yüksel, A., Yesiltepe-Mutlu, G., Bayhan, A., Özsu, E., & Hatun, S. (2015). A new insight into food addiction in childhood obesity. *The Turkish journal of pediatrics*, 57(3), 219.
- Kessler, C., Angermeyer, M. & Anthony, J. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*; 6: 168–76.
- Keyes, C. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140.

- Keyes, C. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Research, 43*(2), 207-222.
- Keyes, C. (2006). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: An introduction. *Social Indicators Research, 77*, 1-10.
- Keyes, C., & Lopez, S. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 45-62). New York, NY: Oxford University Press.
- Lluch, M. (1999). Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva. Barcelona: Universidad de Barcelona; 1999. Recuperado de <http://www.tdx.cesca.cat/handle/10803/2366>
- Lluch, T. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Ment. 25*(4):42-55.
- Machado, W., & Bandeira, D. (2015). Positive mental health scale: validation of the mental health continuum-short form. *Psico-USF, 20*(2), 259-274.
- Marazziti, D., Presta, S., Baroni, S., Silvestri, S., & Dell'Osso, L. (2014). Behavioral addictions: a novel challenge for psychopharmacology. *CNS Spectrums, 19*(6): 486-95. doi:10.1017/S1092852913001041.
- Mei, Z., Grummer, L., Pietrobelli, A., Goulding, A., Goran, M., & Dietz, W. (2002). Validity of body mass index compared with other body-composition screening indexes for the assessment of body fatness in children and adolescents. *American Journal of Clinical Nutrition, 75*:97-985.

- Meltzer, H. & Ludwig, D. (1971). Positive mental health of workers as related to memory optimism, work competency and personal values. *Psychol Rep*;28(1):223-9.
- Meule, A. & Gearhardt, A. (2014). Food Addiction in the Light of DSM-5. *Nutrients*, 6: 3653–3671. doi:10.3390/nu6093653.
- Minsel, B., Becker, P. & Korchin, S. (1991). A Cross-Cultural View of Positive Mental Health: Two Orthogonal Main Factors Replicable in Four Countries. *J Cross-Cult Psychol*;22(2):157-81.
- Naghashpour, M., Rouhandeh, R., Karbalaipour, M., & Miryan, M. (2018). Prevalence of food addiction among Iranian children and adolescents: Associations with sociodemographic and anthropometric indices. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 32, 8.
- O'Brien, C. (2011). Addiction and dependence in DSM-V. *Addiction* (Abingdon, England), 106(5): 866–7. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03144.x.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]., (2020). Nutrición. Recuperado de <https://www.who.int/nutrition/challenges/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Salud mental: un estado de bienestar. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our->

- Restrepo, D. & Jaramillo, J. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 30(2):202-11.
- Rojas, C., Polanco, R., Montenegro, C., Morales, C., Retamal, K., Rivano, N., & Sepúlveda, J. (2020). Adicción a la comida: una revisión sobre el concepto, sus características y medición. *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology*, 14(1).
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-108.
- Salamone, J. & Correa, M. (2013). Dopamine and food addiction: lexicon badly needed. *Biol Psychiatry*, 73(9): 1–21. doi :10.1016/j.biopsych.2012.09.027.
- Şanlıer, N., Türközü, D. y Toka, O. (2016). Imagen corporal, adicción a la comida, depresión e índice de masa corporal en estudiantes universitarios. *Ecología de los alimentos y la nutrición*, 55 (6), 491-507.
- Santaolaya, P., Zapata, I., Iglesias, J., Vidaña, D., Cisneros, O., Monserratte, C., & Treviño, X. (2019). Asociación entre adicción a la comida e índice de masa corporal en niños mexicanos de 10 a 16 años de edad. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 17(4), 358-363.
- Secretaria de salud [SSA]. (2020). Departamento de Vigilancia Epidemiológica. Recuperado de <http://saludsinaloa.gob.mx/wp-content/uploads/2017/epidemiologia/cuarto-trimestre->

2020/Boletin%20Semanal%20Convencional%20Sinaloa%202020-
SEM%2047.pdf

Seligman, M., Parks, C. & Steen T. (2012) A balanced psychology and a full life. *Philos Trans R Soc B Biol Sci.* 200429;359(1449): 1379-81.

Sequeira, C., Carvalho, J., Sampaio, F., Lluch, T. & Roldán, J. (2014). Avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Saúde Mental Positiva em estudantes portuguesas do ensino superior. *Rev Port Enferm Saúde Ment*; (11):45-53.

Skinner, M. & Aubin, J. (2010). Craving's place in addiction theory: contributions of the major models. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34(4): 606–23.
doi:10.1016/j.neubiorev.2009.11.024.

Toribio, L., González, N., Oudhof, H. & Gil, M. (2018). Salud mental positiva en adolescentes mexicanos: diferencias por sexo. *Revista Costarricense de Psicología*, 37(2), 131-143.

Vaillant, E. (2012). Positive mental health: is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry*. 11(2):93-9.

Wiedemann, A., Lawson, J., Cunningham, P., Khalvati, K., Lydecker, J., Ivezaj, V. y Grilo, C. (2018). Adicción a la comida entre hombres y mujeres en la India. *Revisión Europea de Trastornos de la Alimentación*, 26 (6), 597-604.

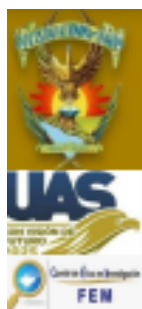
Wright, L. (1971). Components of positive mental health. *J Consult Clin Psychol.* 36(2):277-80.

Yeste, D., Clemente, M., Campos, A., Fábregas, A., Mogas, E., Soler, L., & Carrascosa, A. (2020, May). Precisión diagnóstica del índice de masa triponderal (kg/m³) para identificar el fenotipo de riesgo metabólico en pacientes obesos. In *Anales de Pediatría*. Elsevier Doyma.

Apéndices

Apéndice A

Carta de aprobación de ética



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE ENFERMERÍA MOCHIS

Los Mochis, Sinaloa. A 9 Julio 2021

Hugo Castañeda Mejorada
Investigador Principal

Asunto: DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN.
APROBACIÓN.

Título del Proyecto: **Salud mental positiva, adicción a la comida y estado nutricional en adolescentes**

Código asignado por el Comité: **CEI-000-52**

Le informamos que su proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité y las opiniones acerca de los documentos presentados se encuentran a continuación:

	Decisión
PROTOCOLO	Aprobación
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Aprobación

Este protocolo tiene vigencia de 09 de Julio del 2021 a 09 de Julio de 2023.

En caso de requerir una ampliación, le rogamos tenga en cuenta que deberá enviar al Comité un reporte de progreso al menos 30 días antes de la fecha de término de su vigencia.

Atentamente

Dra. Patricia Enequina Miranda Félix
Presidenta del Comité de Ética en Investigación
Facultad de Enfermería Mochis
Universidad Autónoma de Sinaloa

Apéndice B

Autorización de la colecta de datos



CIP-FEM-082-2021

MC. Rogelio Navarro Cisneros,
Director Preparatoria UAS Ruiz Cortines
Presente;

Estimado Mtro. Navarro Cisneros,

Por medio de la presente me permito saludarlo, a su vez solicito su autorización para que; el **Lic. Hugo Castañeda Mejorada**, estudiante de la Maestría en Ciencias en Enfermería de la Facultad de Enfermería Mochis, realice la recolección de datos en estudiantes de la institución que usted atinadamente dirige, el objetivo del proyecto de investigación es *describir la relación entre la adicción a la comida y la salud mental positiva con el estado nutricional de los adolescentes*, la colecta de datos incluye aplicar los instrumentos: Cédula de Datos Sociodemográficos, Escala de Salud Mental Positiva en Niños y Adolescentes y la Escala de adicción a la Comida para Niños y Adolescentes mexicanos, a través de la plataforma virtual Microsoft Teams, durante el periodo del 01 al 31 de diciembre de 2021.

Cabe mencionar que los resultados solo serán utilizados para fines académicos y se le darán a conocer a usted si así lo solicita.

Agradecemos la atención prestada, en espera de una respuesta favorable a la solicitud expresada, quedo a sus apreciables órdenes.

Atentamente,
"Sursum Versus"

Los Mochis, Sinaloa., a 06 de diciembre de 2021


 MCE. Luz Ester Verdugo Blanco
 Directora


 MCE. Félix Gerardo Buichia Sombra
 Responsable de Investigación y Posgrado



Apéndice C

Consentimiento Informado

Título del Estudio: Salud Mental Positiva, Adicción a la Comida y Estado Nutricio en Adolescentes.

Introducción y Objetivo: He sido invitado a participar en el estudio por Lic. Hugo Castañeda Mejorada estudiante de Maestría en Ciencias en Enfermería de la Facultad de Enfermería Mochis. Entiendo que el objetivo es estudiar la relación entre la adicción a la comida y la salud mental positiva con el estado nutricio de los adolescentes, para ello proporcionare información acerca de mi hijo, así como también datos personales de ambos.

Procedimientos: Se me ha informado que en el estudio participará mi hijo, entiendo que se me pedirá contestar una cedula de datos la cual incluye datos personales como lo son peso, estatura, edad y sexo. Al igual que unas escalas de medición de Salud Mental Positiva y de Adicción a la Comida, con una duración de 20 minutos.

Riesgos: Se me ha notificado que no hay procedimientos que se consideren de riesgo.

Beneficios: Se me ha informado que no tendré ningún beneficio.

Tratamiento: Estoy consciente que no se me proporcionara ningún tipo de tratamiento farmacológico.

Participación Voluntaria/Abandono: Acepto voluntariamente participar en el estudio se me ha dicho que puedo retirarme cuando yo lo decida y no habrá sanciones ni represalias.

Preguntas: Sé que si tengo dudas sobre el estudio puede comunicarme con la Dra. Patricia Enedina Miranda Félix al tel. 6688615068. El Lic. Hugo Castañeda Mejorada, me ha explicado y dado a conocer en qué consiste el estudio incluyendo el riesgo y beneficios de mi participación, así como de que puedo optar libremente por dejar de participar en cualquier momento que lo desee, además se me ha informado que por la participación o no de mi hijo en este estudio no se verá afectada su situación académica. Entendiendo lo anterior, doy mi autorización para que mi hijo participe en el estudio.

Acepto participar en el estudio *Salud Mental Positiva, Adicción a la Comida y Estado Nutricio en Adolescentes*

Firma del participante

Firma del investigador

Firma del testigo

Apéndice D

Asentimiento Informado

Título del Estudio: Salud Mental Positiva, Adicción a la Comida y Estado Nutricio en Adolescentes.

Introducción y Objetivo: He sido invitado (a) a participar en el estudio por el Lic. Hugo Castañeda Mejorada estudiante de Maestría en Ciencias en Enfermería de la Facultad de Enfermería Mochis. Entiendo que el objetivo es estudiar la relación entre la adicción a la comida y la salud mental positiva con el estado nutricio de los adolescentes.

Procedimientos: Se me ha informado que contestare una cedula de datos la cual incluye datos personales como lo son peso, estatura, edad y sexo. Al igual que unas escalas de medición de Salud Mental Positiva y de Adicción a la Comida, con una duración de 20 minutos.

Riesgo: Se me ha notificado que no hay procedimientos que se consideren de riesgo.

Beneficio: Se me ha informado que no tendré ningún beneficio.

Tratamiento: Entiendo que no se me proporcionara ningún tipo de tratamiento farmacológico.

Participación Voluntaria/Abandono: Acepto voluntariamente participar en el estudio se me ha dicho que puedo retirarme cuando yo lo decida y no habrá sanciones ni represalias

Preguntas: Sé que si tengo dudas sobre el estudio puede comunicarme con la Dra. Patricia Enedina Miranda Félix al tel. 6688615068. El Lic. Hugo Castañeda Mejorada, me ha explicado y dado a conocer en qué consiste el estudio incluyendo el riesgo y beneficios de mi participación, así como de que puedo optar libremente por dejar de participar en cualquier momento que lo desee, además se me ha informado que por la participación o no de mi hijo en este estudio no se verá afectada su situación académica. Entendiendo lo anterior, doy mi autorización para que mi hijo participe en el estudio.

Acepto participar en el estudio *Salud Mental Positiva, Adicción a la Comida y Estado Nutricio en Adolescentes*

Firma del participante

Firma del investigador

Firma del testigo

Apéndice E.**Cédula de datos personales****Fecha:****Edad:****Sexo:****Peso:****Estatura:****IMC:****Percepción de peso de familiares (papá, mamá y hermanos).**

La siguiente tabla se contestará dependiendo de cómo tú percibes el peso de tu familia (bajo peso, peso normal, sobrepeso u obesidad).

Papá	Mamá	Hermano(s)

Apéndice F.

Escala de Salud Mental Positiva

Instrucciones: por favor indique si usted ha realizado alguna de estas oraciones que va desde nunca hasta siempre. No hay respuestas correctas o incorrectas.

Pregunta	Nunca	Con poca frecuencia	Con bastante frecuencia	Siempre
1. Me resulta difícil tener opiniones personales.				
2. Los problemas me bloquean fácilmente.				
3. A mí me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas.				
4. Me gusto como soy				
5. Soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas.				
6. Me siento a punto de explotar				
7. Para mí, la vida es aburrida y monótona				
8. A mí me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional.				
9. Tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas				
10. Me preocupa mucho lo que los demás piensan de mí.				
11. Creo que soy un inútil y no sirvo para Nada				
12. Veo mi futuro con pesimismo				
13. Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones.				
14. Me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean.				

15. Soy capaz de tomar decisiones por mí mismo/a POSITIVA				
16. Intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden.				
17. Me resulta difícil tener opiniones personales.				
18. Me considero "un/a buen/a estudiante.				
19. Me preocupa que la gente me critique				
20. Creo que soy una persona sociable				
21. Soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos.				
22. Soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida.				
23. Me siento insatisfecho/a conmigo mismo/a				
24. Trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes				
25. Pienso en las necesidades de los demás.				
26. Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables, soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal.				
27. Cuando hay cambios en mi entorno intento adaptarme.				
28. Delante de un problema soy capaz de solicitar información.				
29. Me siento insatisfecho/a de mi aspecto físico				
30. Tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes.				

Apéndice G.

Escala de Adicción a la Comida

Nosotros queremos saber cómo los adolescentes se sienten acerca de la comida y del comer. No hay respuestas correctas. Cada adolescente es diferente. Nada más queremos saber cómo **TU** sientes sobre la “comida chatarra” como:

- Dulces (caramelos, helados, chocolate, galletas, pastel, donas).
- Carbohidratos (pan blanco, roles, sopa y arroz).
- Botanas saladas (papas fritas, galletas saladas).
- Comida grasosa (papas a la francesa, hamburguesas, pizza, tocino, carne roja).
- Bebidas endulzadas (refresco, jugos, bebidas con leche, bebidas congeladas y bebidas energéticas).

Cuando te decimos “**comida**” queremos que tu pienses en cualquier “**comida chatarra**” como las que mencionamos arriba.

En el año anterior (últimos 12 meses)	Nunca	Raro	A veces	Muy seguido	Siempre
1. Cuando empiezo a comer, encuentro difícil parar.					
2. Como comida aun cuando no tengo hambre.					
3. Como aunque mi estómago me duela o me sienta mal.					
4. Me preocupo porque como mucho.					
5. Me siento muy cansado porque como mucho.					
6. Como comida todo el día.					
7. Cuando no encuentro la comida que quiero, me esfuerzo mucho para conseguirla (ejemplo: le pregunto un amigo que me la traiga, busco una maquina dispensadora, escondo comida cuando no me están viendo).					
8. Como comida en vez de hacer otras cosas como: jugar, salir con amigos.					
9. Como mucho, tanto que me siento mal después. Me siento tan mal que no hago cosas como: jugar, salir con amigos.					
10. Evito lugares donde hay mucha comida, ya que tengo miedo a comer mucho.					

11.Evito lugares donde no podre comer la comida que me gusta.					
12.Cuando no como comida, me siento molesto o enfermo.					
13.Como cierta comida para dejar de sentirme molesto o enfermo.					
14.Cuando disminuyo o dejo de comer ciertas comidas, tengo mucho más antojo de ellas.					
15.La forma en la que como me hace sentir mal.					
16.La forma en la que como me causa problemas (ejemplo: problemas en la escuela, con mis papás, con mis amigos).					
17.Quiero disminuir o dejar de comer ciertas comidas.					
18.¿Qué tan seguido he tratado de dejar o disminuir ciertas comidas?					

En el año anterior (últimos 12 meses)	Si	No
19.La forma en la que como me hace sentir mal, nervioso o culpable.		
20.La forma en la que como me hace sentir con mala salud.		
21.Como de la misma forma, aunque sepa que me cause problemas.		
22.Necesito comer más para sentirme mejor (ejemplo: sentirme feliz, calmado, relajado).		
23.Cuando como la misma cantidad de comida, no me siento bien como me sentía antes (ejemplo: sentirme feliz, calmado, relajado).		
24.He tratado de disminuir o dejar cierto tipo de comida.		
25.Soy capaz de disminuir o dejar cierto tipo de comida.		

Resumen autobiográfico

Lic. Hugo Castañeda Mejorada

Candidato a Maestro en Ciencias en Enfermería

Tesis: Salud Mental Positiva, Adicción a la Comida y estado Nutricio en los Adolescentes

Biografía: Nacido en Los Mochis, Sinaloa, el día 06 de octubre de 1996. El primer hijo del Sr. Abel Castañeda Castro y de la Sra. Beatriz Zenaida Mejorada Santos, cuento con una hermana menor llamada Paulina Castañeda Mejorada.

Educación: Egresado de la Facultad de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa de la carrera de Lic. en Enfermería (2014 - 2018)

Experiencia profesional:

Realice mi pasantía en la Facultad de Enfermería Mochis, en el área de Investigación (2018 - 2019)

e-mail: hcastanedamejorada@gmail.com