UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESIS

EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR, EL BIENESTAR PSICOLÓGICO E ÍNDICE DE MASA CORPORAL: UN ESTUDIO COMPARATIVO EN ADOLESCENTES DE TRES ESTRATOS SOCIALES DE CIUDAD VICTORIA, TAMAULIPAS

PRESENTA:

GISELA MARTÍNEZ GALLEGOS

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRÍA EN CIENCIAS
CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

2022

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO

MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR, EL BIENESTAR PSICOLÓGICO E ÍNDICE DE MASA CORPORAL: UN ESTUDIO COMPARATIVO EN ADOLESCENTES DE TRES ESTRATOS SOCIALES DE CIUDAD VICTORIA, TAMAULIPAS

TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

PRESENTA

LIC. GISELA MARTÍNEZ GALLEGOS

DIRECTOR(A) DE TESIS:

DR. JAVIER ÁLVAREZ BERMÚDEZ

MONTERREY, N. L., MÉXICO, 2022

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO

MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La tesis titulada “El funcionamiento familiar, el bienestar psicológico e índice de masa corporal: Un estudio comparativo en adolescentes de tres estratos sociales de Ciudad Victoria, Tamaulipas” que presenta Gisela Martínez Gallegos ha sido aprobada por el Comité de Tesis.

_____

Dr. Javier Álvarez Bermúdez

Director/a de Tesis

_____

Dra. Lucía del Carmen Quezada Berumen

Revisor/a de Tesis

_____

Dr. José Luis Ybarra Sagarduy

Revisor/a de Tesis

Monterrey, Nuevo León, México, 2022

DEDICATORIA

A mis padres, José Guadalupe y Gisela.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primera instancia al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo económico brindado durante mis estudios de posgrado.

De la manera más atenta y cordial, a mis revisores por sus observaciones y sugerencias que contribuyeron a mejorar mi trabajo de tesis. Del mismo modo, doy un agradecimiento especial a mi director de tesis, el Dr. Javier Álvarez Bermúdez, por sus sugerencias durante todo el proceso.

Gracias a la coordinadora de la Maestría en Ciencias con orientación en Psicología de la Salud, la Dra. Lucía del Carmen Quezada Berumen, por haberme aceptado como alumna para cursar el programa y por su apoyo constante en mi formación profesional.

Gracias al Dr. René Landero Hernández por su apoyo, calidez y por transmitir sus conocimientos en estadística los cuales fueron muy enriquecedores, agradezco también su paciencia y amabilidad que siempre lo caracterizó como profesor.

Finalmente, agradezco a las autoridades de cada una de las instituciones educativas y sus alumnos que accedieron a participar en éste estudio, sin los cuales no hubiera sido posible realizarlo.

RESUMEN

El objetivo fue comparar el funcionamiento familiar, bienestar psicológico e índice de masa corporal en adolescentes de tres estratos sociales. En México, la obesidad infantil representa un problema de salud pública, con consecuencias adversas para la salud. Es un estudio cuantitativo, transversal de alcance correlacional y comparativo con una muestra por conveniencia de 487 adolescentes, siendo 155 de un nivel socioeconómico (NSE) bajo, 185 de NSE medio y 150 de un NSE alto. Se utilizó la Escala de Relaciones Intrafamiliares (ERI), la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (BP) y el índice de masa corporal (IMC). Los resultados revelaron que los adolescentes perciben el funcionamiento familiar en nivel medio, divisan un BP medio y más de la mitad de la muestra posee sobrepeso (30%) u obesidad (23.4%). Se encontró asociación entre ERI y BP (r_s = .489; p = .000), también entre el BP e IMC (r_s = .129; p = .004), pero no entre el ERI e IMC (p = .827). Los adolescentes con obesidad obtuvieron puntajes más altos en BP. No hubo diferencias significativas entre el ERI con los estados de nutrición (p = <.05). Los adolescentes de NSE bajo obtuvieron puntaciones más bajas en BP, ERI e IMC con respecto a aquellos en NSE medio y alto. Como posible explicación, no todos los contextos son percibidos como negativos ante las personas con obesidad y puede haber una tendencia a subestimar dicha enfermedad, además que los niveles medio de ERI y BP pueden contribuir como factores protectores.

Palabras clave: Funcionamiento familiar, bienestar psicológico, IMC, adolescentes, nivel socioeconómico.

ABSTRACT

The aim is to compare family functioning (FF), psychological well-being (PWB) and body mass index (BMI) in adolescents from low, mid and high socioeconomic status (SES). In Mexico, childhood obesity represents a major public health problem, with adverse consequences for health in the short and long therm. This study is quantitative, cross-sectional,correlational and comparative with a convenience sample of 487 participants, of which 155 are from low SES, 185 from medium SES and 150 from high SES. The Intrafamily Relation Scale (ERI), Ryff Scale of Psychological Well-Being and BMI were used. The results revealed that adolescents perceive family relationships at a average level of function, perceive average PWB and more than half of the sample is overweight (30%) and obese (23.4%). An association was found between FF and PWB (r_s = .489; p = .000), also PWB and BMI (r_s = .129; p = .004), no relationship was found between FF and BMI (p = .827). Obese adolescents scored higher on PWB. There were not significant differences between FF and nutritional states (p = <.05). The adolescents from low SES obtained lower FF, PWB and BMI compared to medium and high SES. It is proposed as possible explanation that not all contexts are perceived as negative of people with obesity and there may be a tendency to overestimate this disease, in addition, the average levels of FF and PWB may contribute as protective factors.

Key words: Family functioning, psychological well-being, adolescents, body mass index, socioeconomic status.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN 12

Antecedentes 12

Definición del Problema 20

Justificación de la Investigación 23

Objetivos 25

Hipótesis o Preguntas de Investigación 26

Limitaciones y Delimitaciones 27

II. MARCO TEÓRICO 28

Adolescencia 28

Concepto y prevalencia. 28

Desarrollo físico. 29

Desarrollo cognoscitivo. 30

Desarrollo psicosocial. 31

Factores de riesgo para la salud en la adolescencia. 32

Familia 33

Concepto y prevalencia. 33

Tipos de familia. 35

Funciones de la familia. 36

Familia con hijos adolescentes. 37

Teorías de aprendizaje social: construcción de hábitos. 38

Bienestar psicológico 42

Evolución del concepto. 42

Psicología positiva. 43

Modelo de seis factores de bienestar psicológico de Ryff. 44

Bienestar psicológico y salud. 45

Bienestar psicológico en la adolescencia. 46

Índice de masa corporal 48
Concepto y medición. 48
Insuficiencia ponderal. 48
Índice de masa corporal normal. 49
Sobrepeso y obesidad en la adolescencia. 50
III. MÉTODO 57
Diseño 57
Instrumentos 58
Procedimiento 60
Aspectos éticos 61
IV. RESULTADOS 62
V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES 89
Recomendaciones para Futuros Estudios 97
Conclusiones 98
VI. REFERENCIAS 99
ANEXOS 114
Anexo 1 114
Anexo 2 115
Anexo 3 117

Índice de tablas

Tabla 1 Análisis de fiabilidad de la Escala de Bienestar Psicológico 62
Tabla 2 Análisis de fiabilidad de la Escala de Relaciones Intrafamiliares 62
Tabla 3 Puntaje por cuartiles de la Escala de Relaciones Intrafamiliares 63
Tabla 4 ..... Puntaje por cuartiles de las subescalas de la Escala de Relaciones

Intrafamiliares 64

Tabla 5 Descriptivos de la Escala de Relaciones Intrafamiliares 64

Tabla 6 Descriptivos de las subescalas de Relaciones Intrafamiliares 64

Tabla 7 Puntaje por cuartiles de la Escala de Bienestar Psicológico 65

Tabla 8 Puntaje por cuartiles de las subescalas de Bienestar Psicológico (N = 487) 66

Tabla 9 Descriptivos de la Escala de Bienestar Psicológico 67

Tabla 10 Descriptivos de las subescalas de Bienestar Psicológico 67

Tabla 12 Descriptivos de la clasificación nutricional 68

Tabla 13 Prueba de normalidad para las variables del estudio 69

Tabla 14 Relación entre en funcionamiento familiar, bienestar psicológico e índice de masa corporal (N = 487) 70

Tabla 15 Análisis de correlación entre las subescalas de Funcionamiento Familiar y Bienestar Psicológico (N = 487) 71

Tabla 16 ..... Correlación entre las subescalas de Bienestar Psicológico e IMC (N = 487) 71

Tabla 17 Correlación entre las subescalas de Relaciones Intrafamiliares con IMC (N = 487) 72

Tabla 18 Análisis de la varianza del Funcionamiento Familiar respecto al estado nutricional 72

Tabla 19 ..... Análisis de varianza del Bienestar psicológico respecto al estado nutricional 73

Tabla 20 Prueba post hoc Games-Howell para el bienestar psicológico respecto al estado nutricional 73

Tabla 21 Análisis de varianza de las subescalas de Bienestar psicológico 74

Tabla 22 Prueba post hoc Games-Howell para las subescalas de Bienestar

psicológico respecto al estado nutricional 75

Tabla 23Análisis de varianza de cada una de las variables respecto al sexo 77

Tabla 24 Estadísticos descriptivos de la Escala de Relaciones Intrafamiliares y sus subescalas de la zona de ingreso bajo 77

Tabla 25 Estadísticos descriptivos de la Escala de Relaciones Intrafamiliares y sus subescalas de la zona de ingreso medio 78

Tabla 26 Estadísticos descriptivos de la Escala de Relaciones Intrafamiliares y sus subescalas de la zona de ingreso alto 79

Tabla 27 Estadísticos descriptivos de la Escala de Bienestar Psicológico y sus subescalas de la zona de ingreso bajo 79

Tabla 28 Estadísticos descriptivos de la Escala de Bienestar Psicológico y sus subescalas de la zona de ingreso medio 80

Tabla 29 Estadísticos descriptivos de la Escala de Bienestar Psicológico y sus subescalas de la zona de ingreso alto 80

Tabla 30 Estadísticos descriptivos de las medidas antropométricas e IMC de la zona de ingreso bajo 81

Tabla 31 Estadísticos descriptivos de las medidas antropométricas e IMC de la zona de ingreso medio 82

Tabla 32 Estadísticos descriptivos de las medidas antropométricas e IMC de la zona de ingreso alto 82

Tabla 33 Análisis de varianza de cada una de las variables respecto a la ubicación de zona geográfica 83

Tabla 34 Prueba post hoc Games-Howell para comparaciones múltiples entre los grupos 84

Tabla 35 Análisis de varianza de las subescalas de funcionamiento familiar con respecto a la zona geográfica 85

Tabla 36 Análisis post hoc Games-Howell para comparaciones múltiples entre los

grupos 86

Tabla 37 Análisis de la varianza de las subescalas de bienestar psicológico con respecto a la zona geográfica 86

Tabla 38 Análisis post hoc Games-Howell para comparaciones múltiples entre los grupos 88

I. INTRODUCCIÓN

El incremento en enfermedades crónicas atribuibles al sobrepeso y obesidad representan un problema actual de salud pública en México, las causas y factores de riesgo relacionados se centran en los hábitos alimentarios y la falta de actividad física, además de esto, se ha asociado con otros factores de interacción familiar y de aspecto psicológico individual. Se sabe además que el sobrepeso y obesidad por lo general tiene sus inicios durante las edades tempranas lo que conlleva a distintas consecuencias en su organismo además de su funcionamiento psicológico y social. El adolescente atraviesa por los cambios propios de esa etapa y que a su vez modifica el funcionamiento familiar y su bienestar psicológico lo que puede ser considerado un factor de riesgo o de protección para su salud.

Antecedentes

A nivel mundial, la diabetes mellitus, obesidad y enfermedades cardiovasculares representan un 60% de las defunciones, y que a su vez la incidencia y prevalencia de estas enfermedades crónicas sigue en aumento en todos los grupos de edad. La obesidad es uno de los principales impulsores de la diabetes, y se calcula que en la población general se han triplicado los casos de obesidad desde 1975 y en 2016, más de 340 millones de niños y adolescentes de entre 5 a 19 años lo padecen (Organización Mundial de la Salud, 2020).

En México, la transición demográfica de las últimas décadas y por ende la transformación del panorama epidemiológico, las enfermedades crónicas se encuentran entre las principales causas de muerte, las cuales representan un serio problema de salud debido a los altos costos de tratamientos y prevención de posibles complicaciones (Secretaría de Salud, s.f.). En 2016, México se convirtió el primer país en declarar la diabetes, sobrepeso y obesidad como emergencias epidemiológicas, con el objetivo de fortalecer la estrategia a nivel nacional de la

prevención y el control (Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, 2016).

Debido a la naturaleza preocupante y al incremento de las cifras, la Organización Mundial de la Salud instauró el Día Mundial contra la Obesidad que se lleva a cabo el 12 de noviembre con el objetivo de unir esfuerzos con instituciones públicas, privadas, asociaciones no gubernamentales, medios de comunicación y sociedad para hacer llegar información valiosa de esta enfermedad a la población, de la misma manera, el Día Mundial contra la Diabetes llevado a cabo el 14 de noviembre es una campaña de concientización, como respuesta alarmante ante el aumento de casos a nivel mundial, y que además, esta fecha es reconocida por la Organización de las Naciones Unidas como un día oficial de salud (Secretaría de Salud, s.f.).

Por su parte, el estado de Tamaulipas ocupa el primer lugar en la región noreste con casos de obesidad y entre los primeros estados a nivel nacional con mayor porcentaje de personas con diabetes (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT], 2018). A consecuencia, las medidas tomadas por el gobierno de Tamaulipas, incluyen programas permanentes para fomentar los estilos de vida saludables, diagnosticar, tratar y dar seguimiento a aquellos niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad, trabajando en conjunto con padres de familia y personal de la escuela durante el ciclo escolar, asesorando también el menú de los alimentos que se consumen dentro de la institución educativa y canalizando los casos de obesidad severa a la Clínica de Obesidad y Centros de Atención Nutricional que pertenecen al estado (Gobierno del Estado de Tamaulipas, s.f.)

Para la psicología de la salud, los humanos son sistemas complejos cuyas causas de enfermedad se atribuyen a aspectos multifactoriales y reconoce el modelo biopsicosocial como un aporte a entender cómo diferentes aspectos se involucran en la salud y enfermedad (Matarazzo, 1980). Concibe al individuo como un elemento activo que a través de sus conductas pueden proteger o ser de riesgo para su bienestar, por lo tanto, el tratamiento debe cubrir no solo lo fisiológico, sino también promover cambios en su comportamiento, creencias y afrontamiento para mejorar su salud (Ogden, 2004).

En relación a lo anterior, esta disciplina considera que la forma en que una persona piensa, tiene influencia en su comportamiento, el cual resulta tener un impacto en su salud. Por ejemplo, una persona puede pensar que realizar ejercicio es aburrido, en consecuencia lo más probable es que lleve una vida sedentaria, lo cual causa que tenga baja condición física y aumenta el riesgo de que padezca sobrepeso u obesidad. Por consiguiente, se enfatiza el papel de los aspectos psicológicos en la causa, progreso y consecuencia de la salud y enfermedad (Ogden, 2004).

Los factores psicológicos y conductuales asociados a la obesidad, como lo es la falta de actividad física y los malos hábitos de alimentación, son construidos desde edades tempranas, por medio del aprendizaje vicario y reforzamiento en el núcleo familiar, que es el medio social inmediato, además de las constumbres y cultura en donde se encuentra (González-Arratia, 2014; Pérez y Santelices, 2016; Valdés, 2007). Debido a que durante la infancia, los padres controlan la elección y preparación de alimentos que ellos consideran correctas, conlleva a que determinen e influencíen la formación de hábitos y su perduración en sus hijos (Parrao-López et al., 2014)

La familia, aparte de brindar y asegurar la supervivencia de los descendientes, se encarga de enseñar por medio de la crianza, las pautas de comportamiento desde el nacimiento, basado en reglas, valores y costumbres. El funcionamiento de una familia involucra interacciones dentro y fuera de este núcleo en un contexto determinado, y se sabe que si el funcionamiento es positivo, promueve el desarrollo y bienestar de sus miembros, y de lo contrario, se considera un factor de riesgo para contraer enfermedades físicas y mentales (Pérez y Santelices, 2016).

Durante la adolescencia, que es periodo asociado a cambios físicos, cognoscitivos, emocionales y sociales el cual llevará a la madurez de la edad adulta (Papalia y Martorell, 2015), conlleva a cambios en el ciclo vital que ofrecen oportunidades, pero también el incremento de conductas de riesgo para la salud, así como la reactividad emocional y la autonomía (Jaworska y MacQueen, 2015). Los jóvenes que tienen relaciones de apoyo con su familia, escuela y comunidad

tienen a desarrollarse de una manera más saludable y positiva. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia ([UNICEF], s.f.) establece que las intervenciones para mejorar la calidad de vida y bienestar de los niños y adolescentes deben ser enfocadas a la familia, a que sea un ambiente propicio para el desarrollo sano, para que crezcan como miembros solidarios y funcionales para la comunidad.

Debido a lo antes mencionado, el aumento de prevalencia de enfermedades crónicas las cuales se distinguen por ser de larga duración y no prevenibles por medio de vacunas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con otras instituciones han promovido desde principios de 1980 los estilos de vida saludables para reducir la morbilidad y mortalidad y suscitar las conductas sanas las cuales se incluyen realizar ejercicio, hábitos alimenticios, evitar el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas adictivas (Ayers et al., 2007).

El estudio de los estilos de vida es examinar cómo viven las personas en referencia a sus actividades, intereses y creencias se conoce que estas formas de vivir se relacionan con la predicción de enfermedad y salud (Ayers et al., 2007; Bertoglia et al., 2017; González-Sánchez, 2015). Boyer y Paharia (2008) encontraron que los hogares donde uno de los padres o ambos tienen sobrepeso u obesidad, además de los hijos, puede ser un síntoma de disfunción familiar. Por lo tanto, si los padres mantienen un estilo de vida saludable son más efectivos al momento de promover y reforzar tales conductas en sus hijos.

Actualmente muchos niños viven en entornos obesogénicos, es decir, aquellos donde se promueve la ingesta calórica elevada y el sedentarismo. Por su parte, el desequilibrio de energético se debe al cambio en el tipo de alimentos, su disponibilidad y comercialización, además del descenso en la actividad física ya que el tiempo se dedica a actividades de recreo sedentarias y que suponen estar ante una pantalla (OMS, 2016).

Los hábitos de salud inadecuados establecidos en edades tempranas tienen como resultado el aumento de factores de riesgo a la vida adulta, aquellos adolescentes que padecen sobrepeso u obesidad, muy probablemente continuarán con esta condición a lo largo de su vida si no se cambian esas conductas poco sanas (Lolokote et al., 2017). Riquelme y Giacoman (2018) argumentan que la

importancia de las prácticas de alimentación sanas dentro de la familia, no son solo una función biológica esencial, sino también un reflejo de valores culturales y un barómetro de bienestar familiar, pues a su vez se considera un factor protector para el peso corporal y un medio de interacción y de convivencia para la familia, ya que permite generar hábitos de autocuidado además estrechar la pertenencia y confianza entre sus miembros.

En relación a hábitos y estilo de vida poco saludables, se han encontrado que aquellos individuos que no realizan actividad física o de lapsos insuficientes tienen mayores posibilidades de desarrollar y mantener estas patologías (Kerkadi et al., 2019; Tebar et al., 2017). En un meta-análisis realizado por Yee et al. (2017) se estudió la influencia que los padres tenían en la conducta alimentaria de los hijos, donde se encontró que el modelado parental y la disponibilidad de los alimentos tuvieron mayor relación en la alimentación saludable e inadecuada. Habría que mencionar, que los autores señalan que la conducta de los padres de comer y expresar agrado de alimentos sanos frente a sus hijos era más significativa si existía una relación positiva entre ellos.

Entre los distintos indicadores de salud que existen, la OMS ha establecido una clasificación para el índice de masa corporal (IMC), que permite determinar el rango de normalidad o patología de esta medida, un IMC alto conlleva a determinar sobrepeso y obesidad. La OMS (2018a) declaró que en 2016, la prevalencia de estas enfermedades tuvo un aumento de más del 18%.

Entre las consecuencias que se asocian con un IMC alto en la salud se identifican principalmente enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, algunos tipos de cáncer, enfermedades degenerativas de articulaciones y huesos, trastornos del sueño, diabetes, hipertensión y disfunciones reproductivas en la edad adulta (OMS, 2018a; Xu y Xue, 2015).

Además de los padecimientos físicos asociados al sobrepeso y obesidad, se han encontrado que estas patologías son un factor de riesgo para la aparición de trastornos mentales como la depresión y ansiedad, además de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y baja autoestima, los cuales tienen por consecuencia, afectación en el bienestar psicológico del adolescente (Quintero et al., 2016; Rajan

y Menon, 2017). Por su parte, las repercusiones a nivel social incluye ser objeto de prejuicios, discriminación, burlas, insultos y exclusión lo que puede incrementar el riesgo para el desarrollo de trastornos mentales (Bautista-Díaz et al., 2019; Losada y Rijavec, 2017).

Otro aspecto que también parece verse afectado por la presencia de éstas enfermedades es la calidad de vida, la cual involucra una autovaloración multidimensional de los aspectos propios de un individuo a nivel físico, psicológico y social donde entran en juego la satisfacción (o insatisfacción) que este siente hacia su vida, es decir una valoración subjetiva sus circunstancias de vida (D'avila et al, 2019; Hoare et al., 2019). Este constructo también se considera como una medición e indicador de salud general.

El interés e inquietud para determinar las causas y factores asociados a esta enfermedad ha llevado a diversos autores e instituciones de salud a realizar estudios hacia este padecimiento que actualmente afecta a gran parte de la población a nivel mundial. Las investigaciones afín han concluido que el sobrepeso y obesidad tienen un origen multifactorial, donde se involucra la susceptibilidad genética, los estilos de vida, la cultura, la condición económica, la educación, urbanización y el entorno político y social (Borjas et al., 2017; Dávila-Torres et al., 2015; Gibson et al., 2016; Gutiérrez-Valverde et al. 2017; Katzmarzyk et al, 2019; Wang et al., 2017; Xu y Xue, 2015).

Noh et al. (2019) estudió la asociación entre factores familiares y obesidad con la salud mental de un grupo de adolescentes que participaban en un grupo de tratamiento para la enfermedad. Los resultados reportan que el malestar psicológico de la madre está relacionado con los índices depresivos del adolescente, además el tener una buena relación padres-hijos indicó menor grado de síntomas. La obesidad severa se relacionó significativamente con mayores niveles de depresión. Los autores concluyen con un análisis de las intervenciones familiares que podrían ser de beneficio ante el tratamiento de la obesidad en población adolescente.

En cuanto a la relación del funcionamiento familiar y sus efectos en la salud mental de sus miembros, el malestar psicológico de los padres, especialmente de la madre se asocia a índices depresivos en el adolescente, en adición, la familia

representa un rol importante en el mantenimiento o decaimiento de la salud tanto física como mental, en el caso del sobrepeso y obesidad, las rutinas y hábitos se forjan desde los primeros años de vida y son por lo general determinantes en la vida adulta (Gonçalves et al., 2015; Serrano-Plata et al., 2019). En contraste, aquellas familias que promueven los hábitos de alimentación saludables pueden ser un factor de protección, pues la alimentación en casa se asocia con mayor ingesta de frutas, verduras y cereales (Berge et al., 2015).

Otras investigaciones han encontrado correlaciones positivas entre el apoyo social percibido y el bienestar psicológico (BP), así como aquellos adolescentes que expresaron mayor control de sí mismos presentaban un nivel más alto de afecto positivo, siendo este último relacionado con menor probabilidad de padecer síntomas depresivos a largo plazo (Ronen et al., 2014M Viejo et al., 2018). También se han encontrado evidencias sobre el estilo parental y sus efectos en el BP siendo el estilo autoritario el cual se correlacionó con niveles más altos de bienestar (Barreno, 2015).

Un funcionamiento familiar positivo tiene estrecha asociación con un mayor bienestar psicológico, debido a que tiene como consecuencia sensaciones positivas derivadas de la interacción (Gloria y Steinhardt, 2014; Vázquez et al., 2009).

En adición a lo anterior, otras variables asociadas al BP y al desarrollo saludable destacan el autoconcepto, satisfacción de vida y el apoyo social percibido (Freed et al., 2016; Rodríguez et al., 2016). Los autores también pudieron precisar que la familia parece tiene mayor peso durante la adolescencia temprana.

Díaz et al. (2018) y Wicke y Hoagland (2019) analizaron distintas estructuras familiares con el BP, a lo que se ha concluido que es más posible predecirlo por aspectos cognitivos de valoración y satisfacción hacia su familia que por las variables en dicho sistema, ya que al no contar con la presencia de los padres, el individuo obtiene beneficios de las interacciones con otros miembros de la familia extendida. Por lo antes mencionado, se sabe que la calidad de las relaciones dentro del contexto familiar además de factores socioeconómicos está fuertemente ligado a la salud mental y bienestar de los adolescentes.

En cuanto a la relación del nivel socioeconómico con el índice de masa corporal, los resultados han sido variados. Hemmingsson (2018) concibe que la idea de explorar el nivel socioeconómico como factor de riesgo para los infantes, asociados a aquellos con ingresos bajos, se involucra que el acceso a alimentos más sanos es menor debido al costo, pues se suelen escoger productos ricos en calorías y con bajo aporte nutrimental que por lo general son más baratos, además de lo anterior, la baja oportunidad de educación y pensamiento crítico promueve la susceptibilidad hacia la comida chatarra.

Netwton et al. (2017) encontraron en su meta-análisis, relaciones entre la obesidad y mujeres en situaciones económicas vulnerables, sin embargo no se encontró asociación con los hombres. En América Latina, Herrera et al. (2017) y Ramírez-Izcoa et al. (2017) detectaron mayor población estudiantil con obesidad en escuelas de nivel económico alto en comparación a aquellos con menos ingresos. Kim et al. (2017) concluyó a partir de su revisión sistemática y meta-análisis, que a menores ingresos económicos, mayor probabilidad de padecer obesidad, cuyos datos concuerdan con lo encontrado por Ying-Lien et al. (2019).

En contraste a lo anterior, otros estudios no han encontrado asociaciones significativas entre el nivel socioeconómico y el IMC (Machado et al., 2018; Mendoza, 2019).

Es por ello, que los aspectos familiares tanto interpersonales como de promoción de hábitos relacionados a la salud parecen tener un impacto en el bienestar, salud física y mental de los adolescentes. Por esto, si se trata de relaciones positivas y de hábitos adecuados que refuercen la alimentación sana además de actividad física regular pueden ser factores protectores, y por el contrario, factores de riesgo para padecer sobrepeso y obesidad si involucra disfuncionalidad familiar y hábitos poco sanos de ingesta de alimentos y sedentarismo.

Definición del Problema

En la actualidad, los estudios e investigaciones que abordan el sobrepeso y obesidad han tomado fuerza en el campo de la psicología de la salud debido al grado de pertinencia, ya que representan una problemática de salud pública a nivel mundial y porque además se sabe, los estilos de vida y el orden familiar se encuentran fuertemente asociados con esta patología causando afectaciones en la salud física, mental y social.

Como anteriormente se mencionó, la obesidad y diabetes se consideran emergencias epidemiológicas en México, debido al aumento de 6.4 millones en 2012 a 8.6 millones en 2018 de casos de diabetes, donde Tamaulipas ocupa el segundo estado a nivel nacional con mayor prevalencia. Otro aspecto preocupante fue el aumento de la cifra de colesterol y triglicéridos del 13.0% al 19.5%, obteniendo las mujeres un 21% y los hombres 17.7% lo cual se asocia con riesgo de padecer ataques al corazón y accidentes cerebrovasculares (ENSANUT, 2018; Secretaría de Salud, 2019).

La cifra de adolescentes de 12 a 19 años que padecen obesidad es del 14.6% de acuerdo con los datos reportados por la ENSANUT en 2018. Además, hubo un incremento de esta cifra del 34.9% en el año 2012 a alcanzar un 38.4% en 2018, siendo más las mujeres que padecen estas patologías en comparación con los varones de su edad.

En cuanto a la prevalencia de obesidad por entidad federativa, Tamaulipas ocupa el primer lugar de la región noreste con 16.9%, el cual sobrepasa la media calculada del país. También se encontró que el consumo de alimentos recomendables en este rango de edad fue el más bajo en cuanto a agua, lácteos, frutas, leguminosas y huevo en comparación a los demás grupos de edad. Para contrastar, en el consumo cotidiano de alimentos no recomendables se obtuvo el nivel más alto en comida rápida y antojitos mexicanos, los cuales se caracterizan por tener altos niveles de grasas (ENSANUT, 2018).

En el Programa Sectorial de Salud 2019-2024, se incluye dentro de los objetivos prioritarios promover la prevención y promoción de estilos de vida saludables, haciendo énfasis en niños y adolescentes, para evitar que las enfermedades no transmisibles cause discapacidad o rezagos en su desarrollo. Este plan también especifica la orientación hacia los padres o tutores en cuanto a hábitos saludables y el apoyo interinstitucional en los entornos escolares para facilitar la oportuna referencia al tratamiento y rehabilitación de aquellos que ya se encuentran afectados (Secretaría de Salud, 2019). Como parte de las iniciativas de la Secretaría de Salud, en 2020 fue aprobada la modificación de la Norma Oficial Mexicana 051 [NOM-051] en México como una medida para intentar prevenir y controlar estas patologías. La NOM-051 involucra una nueva manera de etiquetado del exceso de los nutrimentos asociados a estos padecimientos como lo son: grasas, azúcares, sodio y calorías en alimentos pre envasados (Secretaría de Economía, 2020).

La NOM 051 tiene como objetivo brindar al consumidor la información nutrimental que se presenta en las etiquetas de los productos de forma que sea le sea más fácil identificar los ingredientes en cuanto a su aporte energético y riesgo para la salud. Lo más destacado fue la implementación de los sellos que serán colocados enfrente de manera impresa en los productos con leyendas como: “exceso de calorías”, “contiene edulcorantes, evitar en niños”, “exceso de azúcares”, “exceso de grasas saturadas” y “exceso de grasas trans” (Diario Oficial de la Federación, 2019).

Las medidas para la modificación de la NOM 051 pretenden influir en la toma de decisión del consumidor para reducir o evitar la ingesta de alimentos y bebidas que pueden contribuir al desarrollo de enfermedades relacionadas al peso si son ingeridas de forma regular y de manera excesiva.

En relación a los costos que las principales enfermedades provocan a las naciones, la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico [OCDE] (2019) estima que el gasto en salud dentro de los próximos 15 años superará el crecimiento del producto interno bruto de casi todos los países afiliados a esta

organización, entre ellos, México. A pesar de que la esperanza de vida actualmente se sitúa en los 81 años de edad, este avance se ha lentificado por los aumentos de obesidad y diabetes, pues están fuertemente relacionas con muertes provocadas por enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares.

Específicamente en México, la cifra de gasto a la atención de enfermedades relacionadas al sobrepeso y obesidad, oscila en 3 mil 500 millones de dólares. El costo directo estimado representa la atención médica de las enfermedades atribuibles al sobrepeso y obesidad (OCDE, 2019). Esto quiere decir que las problemáticas de salud actual no solo tienen consecuencias en la calidad de vida y salud en general del paciente y sus allegados, sino también la economía y desarrollo del país.

Actualmente en México, la mayor parte de la población se ubica en el rango de edad de 10 a 19 años según los datos demográficos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía constituyen un total de 21 millones 966 mil 049 adolescentes, por lo tanto, conocer la relación del funcionamiento familiar, bienestar psicológico con el índice de masa corporal sería de beneficio para tener información a detalle y reciente sobre la salud de esta población predominante en el país.

El núcleo familiar por su parte, juega un papel importante en la vida del adolescente, pues se considera que el proceso de socialización comienza en esta, y no solo tiene funciones de supervivencia mientras se es bebé, si no para fomentar su desarrollo, formación de hábitos y estilo de vida además de la autonomía y bienestar en general (González, 2013). De acuerdo con Sagar y Gupta (2017) dentro de las barreras más comunes que hay al tratar pacientes con obesidad es su familia. En muchas ocasiones los hábitos alimenticios de la familia no ofrecen apoyo al paciente, pues es el mismo núcleo familiar quien sigue promoviendo el consumo comida no saludable y tiene aún más predominancia la actitud de la madre hacia el compromiso con los nuevos hábitos alimenticios que acompañan el tratamiento.

Además de las complicaciones físicas y psicológicas que conlleva el sobrepeso y obesidad, la discriminación es más comúnmente que provenga de sus medios sociales inmediatos donde destacan: la familia, escuela, trabajo y el contexto sanitario y hospitalario. Se sabe también que el dolor que causa la

discriminación y rechazo social causa la activación de las mismas funciones neurocognitivas del dolor físico (Kross et al., 2011). Es por esto, que las afectaciones físicas, psicoemocionales, sociales y del desarrollo que tiene como consecuencias el sobrepeso y obesidad, alteran la salud y bienestar integral de la niñez y adolescencia, el aspecto positivo es que los factores de riesgo son modificables, y que no solo tendrán impacto en etapas posteriores, si no también en siguientes generaciones (Instituto Nacional de Salud Pública, 2018).

Con base a los hallazgos referente al problema, pretende responder y aportar información a la comunidad de salud por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Existen variaciones entre el funcionamiento familiar, bienestar psicológico y el índice de masa corporal con respecto a la ubicación de zona geográfica de bajo, medio y alto ingreso?

¿Existen diferencias entre el funcionamiento familiar, bienestar psicológico e índice de masa corporal entre hombres y mujeres?

¿Existen diferencias entre el funcionamiento familiar, bienestar psicológico e índice de masa corporal entre los estados nutricionales de bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad?

Las cuales comprenden cuatro variables: 1) el funcionamiento familiar, 2) el bienestar psicológico, 3) el índice de masa corporal y 4) los tres estratos sociales.

Justificación de la Investigación

La obesidad es una enfermedad donde las conductas de la persona son determinantes para el desarrollo y mantenimiento de ésta condición, pues se asocia con falta de actividad física y patrones de alimentación altos en calorías, grasas y azúcares, es por eso que se le considera un elemento activo en la patología. Al tener éste estudio un enfoque desde la psicología de la salud, la cual retoma el

modelo biopsicosocial, se incluyen tres variables que representan cada una de las esferas del ser humano: lo físico-biológico (IMC), lo psicológico (bienestar psicológico) y lo social (relaciones intrafamiliares). De acuerdo con Vygostky (1979) y Bandura y Walters (1974), el aprendizaje es algo inherente a la naturaleza humana, y la familia es considerada la primera instancia de aprendizaje, y de cuyas interacciones, que involucran el modelado, la imitación y los condicionamientos, derivan la formación de hábitos y estilo de vida.

Además de lo anterior mencionado, la población que se planea analizar en este estudio posee una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad (ENSANUT, 2018), la cual es una condición de salud con la que muchos mexicanos viven actualmente, del mismo modo, los resultados de estudios previos al comparar los niveles de sobrepeso y obesidad en distintos estratos sociales han tenido resultados muy variados y de contraste, pues algunos encontraron mayor prevalencia de la enfermedad en grupos de ingreso alto y otros en los de ingreso bajo. Por consiguiente, analizar las variables del bienestar psicológico y el funcionamiento familiar en cada estrato, daría a conocer cómo se encuentran éstos indicadores de bienestar y salud en general tanto en conjunto, como de forma individual, que a su vez, tendría como utilidad ofrecer un panorama para identificar en qué áreas se necesita trabajar y fortalecer en cada una de las instituciones educativas.

Otro aspecto que es pertinente resaltar, es que en Cd. Victoria, no se encontraron estudios con éstas características, por lo que la comprensión del problema se encuentra limitada. Las investigaciones en afinidad han sido en su mayoría en países extranjeros y población en otros estados de la República Mexicana, por lo tanto la relevancia de llevar a cabo este estudio. A su vez, los resultados que se obtengan, van a contribuir a que se permita discutir acerca de las acciones tomadas por las autoridades en México para solucionar el problema de obesidad infantil, donde las estrategias podrían incluir el trabajar también con las familias de niños y adolescentes que viven con ésta enfermedad y poder crear ambientes saludables de forma integral, lo que conlleva a la necesidad de estudiar cuáles son las necesidades específicas dentro del núcleo familiar que tienen como resultado desarrollar ambientes obesogénicos.

Cabe agregar que se pretende que la información obtenida de esta investigación independientemente de si las hipótesis se cumplan o no, pues no solo se evalúan las relaciones entre las variables, sino también sus resultados individuales y pueda llegar principalmente a los adolescentes además de los ámbitos familiar y escolar, para que sea de beneficio al momento de orientar a los adolescentes para su desarrollo óptimo hacia la edad adulta.

Objetivos

Es pertinente investigar este problema desde la perspectiva de la psicología de la salud para ampliar más allá de los aspectos fisiológicos para obtener una visión multidisciplinaria de este fenómeno que representa un problema de salud pública actual en México.

Objetivo General

- Comparar el funcionamiento familiar, bienestar psicológico y el índice de masa corporal en adolescentes de tres estratos sociales de Cd. Victoria, Tamaulipas**.**

Objetivos Específicos

- Describir el funcionamiento familiar percibido de adolescentes de Ciudad Victoria, Tamaulipas.
- Describir el bienestar psicológico percibido de los adolescentes de Ciudad Victoria, Tamaulipas.
- Describir el índice de masa corporal de los adolescentes de Cd. Victoria, Tamaulipas.

- Evaluar la relación entre el funcionamiento familiar, bienestar psicológico e índice de masa corporal adolescentes de tres estratos sociales de Cd. Victoria, Tamaulipas.
- Evaluar si existen diferencias entre el funcionamiento familiar, bienestar psicológico e índice de masa corporal con respecto al sexo en adolescentes de Cd. Victoria, Tamaulipas.
- Evaluar si existen diferencias entre el funcionamiento familiar, bienestar psicológico e índice de masa corporal con respecto al estado nutricional en adolescentes de Cd. Victoria, Tamaulipas.
- Comparar si el funcionamiento familiar, bienestar psicológico e índice de masa corporal sufren variaciones con respecto a la ubicación de la zona geográfica de bajo, medio y alto ingreso.

Hipótesis o Preguntas de Investigación

En relación al tema a investigar y las aportaciones de la psicología de la salud en materia del sobrepeso y obesidad se plantean las siguientes hipótesis de investigación:

$H_{1:}$ Existen diferencias significativas entre el funcionamiento familiar, bienestar psicológico e índice de masa corporal entre hombres y mujeres

$H_{0:}$ No existen diferencias significativas entre el funcionamiento familiar, bienestar psicológico e índice de masa corporal entre hombres y mujeres

H_2: Existe relación entre el funcionamiento familiar, el bienestar psicológico e índice de masa corporal

H_0: No existe relación entre el funcionamiento familiar y el bienestar psicológico e índice de masa corporal

H_3: Existe diferencias entre el funcionamiento familiar, bienestar psicológico e índice de masa corporal con respecto a la ubicación de la zona geográfica de bajo, medio y alto ingreso.

H_0: No existe diferencias entre el funcionamiento familiar, bienestar psicológico e índice de masa corporal con respecto a la ubicación de la zona geográfica de bajo, medio y alto ingreso.

Limitaciones y Delimitaciones

Dentro de las principales limitaciones es que el tipo de muestra que se utilizará en esta investigación es intencional y solo se incluirán estudiantes del estado de Tamaulipas, específicamente de ciertas escuelas y en el rango de edad de 12 a 15 años.

En las revisiones sistemáticas analizadas, se han encontrado estudios que no reportan el valor *p* lo cual limita comprensión de los resultados. En relación a lo planteado, la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff fue diseñada para población general y no ha sido utilizada específicamente en población adolescente, sin embargo se encuentra validada en población mexicana, del mismo modo se efectuará una prueba piloto para observar y atender posibles confusiones de ambos instrumentos durante su aplicación. Este estudio no solo incluye variables psicológicas, si no también tiene como objetivo encontrar su relación con una variable física, el IMC.

En cuanto a las delimitaciones, a pesar de que el IMC se relaciona con otros factores, esta investigación se enfoca e interesa por evaluar la relación entre el funcionamiento familiar, bienestar psicológico y el índice de masa corporal de estudiantes de nivel secundaria, explorando también si estas variables se ven afectadas por la zona geográfica de bajo, medio y alto ingreso, mediante la aplicación de los instrumentos Escala de Relaciones Intrafamiliares (ERI), la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff además de la recolección de medidas antropométricas de peso y talla para determinar el IMC en estudiantes de nivel secundaria de Cd. Victoria, Tamaulipas.

II. MARCO TEÓRICO

Adolescencia

Concepto y prevalencia.

La OMS (s.f.) conceptualiza la adolescencia como un período de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, y la ubica en un rango de edad de 10 a 19 años.

La adolescencia es también considerada un periodo complicado de definir por varias razones, ya que se sabe la madurez física, emocional y cognitiva entre otros factores, depende de la manera en que cada individuo experimenta ese período de la vida (UNICEF, 2011).

Desde la psicología del desarrollo humano, describe que los primeros cambios físicos comienzan en la pubertad, proceso en el cual lleva a la madurez sexual o fertilidad. Se solía creer que la adolescencia y pubertad iniciaban al mismo tiempo, pero se ha comprobado que los cambios puberales tienen inicio desde antes de la edad de 10 años (Papalia y Martorell, 2017).

En el Censo de Población y Vivienda de INEGI de 2010 expuso que en México existen 21, 966 049 adolescentes, siendo el rango de edad más predominante de la población. Para el estado de Tamaulipas existe una población de 541, 151 adolescentes y específicamente en Cd. Victoria la cifra fue de 59 681.

En relación a los cambios propios en la adolescencia, la OMS (s.f., b) reconoce que más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición a la independencia social y económica, desarrollo de la identidad, adquisición de aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto y asumir funciones propias de este así como la capacidad de razonamiento abstracto. Aunque la adolescencia es un periodo de oportunidades, también existen riesgos considerables que pueden afectar su salud física y mental.

Desarrollo físico.

La Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia distingue tres etapas dentro de la adolescencia: inicial, media y tardía. Los inicios de los cambios fisiológicos se determinan tanto por variables genéticas como ambientales (Hidalgo y González-Fierro, 2014).

Se considera que la adolescencia se divide en dos periodos: temprana y tardía. En la adolescencia temprana que abarca de los 10 a los 14 años, los cambios físicos son más notorios y acelerados y es donde cobran más consciencia de su género. Por su parte, la adolescencia tardía comprende de los 15 a los 19 años, aunque el cuerpo sigue desarrollándose, los cambios ya no son tan evidentes (UNICEF, 2011).

La pubertad comienza con una disminución de la sensibilidad en las neuronas hipotalámicas productoras de la hormona liberadora de gonadrotopinas, esta a su vez actúa sobre la hipófisis estimulando la manumisión de gonadrotopinas, las cuales provocan que la gónada incremente la producción de andrógenos y estrógenos (Hidalgo y González-Fierro, 2014). Se conoce también que los cambios puberales comienzan antes en las mujeres que en los hombres.

Debido a las funciones de las hormonas mencionadas, estimulan el crecimiento de los órganos genitales para ambos sexos, así como el crecimiento de vello púbico, axilar y facial, el crecimiento corporal acelerado incrementando la grasa y el desarrollo de olor más penetrante. Debido a que la piel se vuelve más grasosa, pueden aparecer espinillas y puntos negros en el rostro (Papalia y Martorell, 2017).

En las mujeres, se desarrollan los senos, se ensanchan las caderas y el signo de maduración sexual ocurre cuando se presenta la menarquia, que es el desprendimiento del tejido del revestimiento del útero, su primera aparición puede variar de los 10 a los 16 años. Por su parte, en los hombres aumenta la masa muscular, se ensanchan los hombro, espalda y la voz se vuelve más grave. El signo de madurez sexual es cuando experimentan su primera eyaculación, que por lo general es involuntaria, conocido como sueño húmedo (Papalia y Martorell, 2017).

Otro cambio importante es el aumento de la altura, el cual representa un 25% de la talla adulta. La velocidad del crecimiento puede variar de 5 a 11 cm en las mujeres y de 6 a 13 cm en los varones, en la mayoría de los casos a la edad de los 14 años las mujeres son más altas que los hombres, sin embargo su crecimiento se detiene antes que el de ellos (Iglesias, 2013). De igual forma se indica que el crecimiento ponderal durante este periodo representa el 50% del peso ideal de adulto.

Desarrollo cognoscitivo.

El cerebro del adolescente se encuentra en un progreso de cambios en su estructura, especialmente en aquellas áreas involucradas en las emociones, juicio, autocontrol y organización de la conducta, pues se solía tener la creencia que al llegar a la edad adolescente el desarrollo cerebral había madurado, ahora se conoce que se puede alcanzar la maduración hasta los 25 años de edad (Papalia y Martorell, 2017).

Es posible que dentro de las teorías más conocidas y aceptadas sobre el desarrollo cognositivo se encuentre la de Jean Piaget. En su teoría describe cómo se procesa la información y cómo las capacidades de pensamiento y razonamiento van cambiando al paso de los años, los adolescentes se encuentran en el nivel cognoscitivo de las operaciones formales, el cual tiene un inicio aproximado a la edad de 11 años.

La etapa de operaciones formales tiene como aspecto central el desarrollo del pensamiento abstracto que involucra la capacidad de usar símbolos para representar otros, apreciar y comprender metáforas e imaginar posibilidades, formular y probar hipótesis, este último denominado razonamiento hipotético-deductivo (Papalia y Martorell, 2017). Este pensamiento complejo permite que el cerebro absorba ideas nuevas a través de la imaginación para su interpretación y análisis y se considera un nivel elevado del pensamiento (Jaramillo y Puga, 2016).

Los estudios de imagen cerebral revelan que de los 5 a los 20 años existe un adelgazamiento de la sustancia gris que va desde las regiones posteriores a la región frontal las cuales se asocian con funciones como la planificación, el razonamiento y el control de impulsos, es por eso, que muchas de las conductas impulsivas del adolescente podrían tener relación a la tardía maduración del cerebro (Iglesias, 2013).

Desarrollo psicosocial.

Al igual que en otras etapas del ciclo vital, la adolescencia posee sus propias tareas del desarrollo. Un aspecto importante es la autonomía y el logro de una identidad personal, en el cual el adolescente deberá determinar que es una persona diferente tanto de su familia como de sus pares, y este aspecto involucra varias cuestiones: aceptación de su cuerpo, conocimiento y aceptación de su propia personalidad, identidad sexual y vocacional, valores propios e ideología personal (Gaete, 2015).
El deseo por la independencia puede causar que el interés por las actividades familiares disminuya, además de poner en prueba la autoridad y muestre resistencia hacia los límites y reglas. A pesar de esto, el adolescente sigue dependiendo de su familia como fuente principal de apoyo y comienza a darle importancia e identificarse con sus pares, mantener relaciones interpersonales estrechas y sentido de pertenencia en los grupos (Gaete, 2015).

Una de las principales aportaciones al desarrollo psicosocial humano es la teoría de Erikson (1994) donde identifica a los adolescentes en la etapa de crisis de identidad y donde desarrollan la virtud de fidelidad, es decir, un sentido de pertenencia y lealtad hacia un grupo o ideologías. Por lo contrario, si el adolescente no logra superar la crisis de identidad puede causar una inestabilidad en su yo y ser inseguros.

Otro aspecto que por lo general se establece durante el periodo de la adolescencia es la orientación e identidad sexual, la cual puede ser el sentirse atraído por el sexo opuesto (heterosexual), por el mismo sexo (homosexual) o por ambos sexos (bisexual). Durante esta fase, también se incrementa una

preocupación por el cuerpo además de los cambios físicos propios de la adolescencia, pueden focalizarse en lo que ellos creen que son sus defectos y necesitar constantemente reafirmación de la normalidad, tienden a comparar su aspecto físico con el de otros jóvenes de su edad o con los modelos que aparecen en los medios de comunicación (Gaete, 2015). Además presentan interés por la anatomía y fisiología sexual, lo cual puede acompañarse de dudas, preocupaciones y vergüenza (Papalia y Martorell, 2017).

Factores de riesgo para la salud en la adolescencia.

La OMS (2018a) considera la adolescencia como un periodo crítico y muy importante del desarrollo y la promoción de hábitos saludables, pues se sabe que son factores protectores hacia la muerte prematura causada por enfermedades y accidentes, que se relacionan estrechamente a los estilos de vida y hábitos.

En relación a los hábitos de alimentación, la OMS (2018b) identificó la anemia por insuficiencia de hierro como la segunda causa de años perdidos por discapacidad, y se reconoce que las buenas bases de salud para la edad adulta es el desarrollo de hábitos alimenticios sanos, que involucra reducir la ingesta de grasas saturadas, azúcares y sal en exceso. El aumento de adolescentes alrededor del mundo con sobrepeso y obesidad ha aumentado tanto en países en vías de desarrollo como los de alto ingreso.

Por su parte se conoce que el realizar actividad física diaria de medio a alto impacto durante de 60 minutos tiene consecuencias benéficas para la salud, como mejorar el sistema cardiorrespiratorio, la condición de los músculos y huesos y para mantener un IMC adecuado. Sin embargo solo 1 de cada 5 adolescentes globalmente cumplen con este régimen.

La OMS (2019) declara insuficiente y preocupante la baja prevalencia de adolescentes que realizan ejercicio además de remarcar la importancia de crear políticas y fomentar escenarios que permitan incrementar la actividad física, donde se involucre educación, planeación urbana y seguridad vial. Se conoce que los hábitos alimenticios y de actividad física son determinantes para un peso corporal

sano, y si las prácticas son poco saludables pueden ocasionar un IMC elevado y por lo tanto, el desarrollo de sobrepeso y obesidad.

Familia

Concepto y prevalencia.

La palabra familia proviene del latín y es conceptualizada por la Real Academia Española (s.f.) como “un conjunto de personas emparentadas entre sí que viven juntas”. Por su lado, otros autores han dado definiciones sobre qué es la familia y sus características.

Por su parte, Minuchin y Fishman (1979) consideran la familia como grupo inherente al ser humano, que debe garantizar la supervivencia y está abierto al cambio, pues las distintas etapas de la vida del ser humano necesitan reestructuración de este sistema para fomentar el crecimiento y desarrollo psicosocial de sus miembros. Valladares (2008) considera que la familia es una institución básica de la sociedad ya que constituye la unidad de reproducción y mantenimiento de la especie humana.

Debido a las dificultades para definir a la familia, existen varios criterios desarrollados por distintos autores (Valdés, 2007) entre los que destacan:

- Consanguinidad o parentesco.- Incluye a todas aquellas personas que tengan lazos consanguíneos, ya sea que viva o no juntos.
- Cohabitación.- Sostiene que la familia es toda aquella que viva bajo un mismo techo, independientemente de que haya lazos consanguíneos o no.
- Lazos afectivos.- Todos aquellos individuos que tienen una relación estrecha y de afecto, sin necesidad de que haya un lazo consanguíneo.

Las conceptualizaciones antes mencionadas pueden excluir diferentes estructuras familiares como hogares monoparentales, que algún miembro viva fuera de casa o la inclusión de familia política, los autores declaran que no existe una definición única y correcta, más bien son disquisiciones que surgen de diferentes teorías y vidas particulares (Valdés, 2007).

La familia es también considerada por la UNICEF (2011) como un elemento esencial para el desarrollo humano y es considerada la red de apoyo más importante de una persona, ya que no solo involucra el satisfacer necesidades biológicas, sino también brindar un sensación de pertenencia y protección donde el individuo podrá satisfacer necesidades afectivas y de seguridad (Valdés, 2007).

Anteriormente, la unión de dos personas a través del matrimonio se consideraba el inicio de la familia, pero actualmente se incluye la unión por medio de la cohabitación, siendo una forma menos convencional pero más optada en los últimos años, esto se debe al cambio de normas y valores de la segunda mitad del siglo pasado y que influye en las actitudes y conductas de los individuos (García-Méndez et al., 2015)

En la Encuesta Intercensal del INEGI en 2015, se dió a conocer que en México la cifra es de 31 millones 949 mil 709 hogares, de los cuales en su gran mayoría son de jefatura masculina y con un promedio de cuatro habitantes por hogar. En la Encuesta Nacional de los Hogares el 53.8% de los hogares son biparentales y un 18% monoparentales, es decir, que México está principalmente conformado por hogares de tipo nuclear, aquellos conformados por el jefe de familia y cónyuge, jefe e hijos o jefe, cónyuge e hijos.

En 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó el 15 de mayo como el Día Internacional de la Familia, donde se festeja y reconoce ese grupo de personas que se reúnen en un determinado espacio-tiempo y comparten e intercambian afectos (Procuraduría General del Consumidor, 2017).

Por todo lo anterior, se concluye que no existe una sola definición de familia, ya que intervienen varios factores como el parentesco o la cohabitación y por afecto que se encuentra sujeto a cambios socioculturales de forma constante incluyendo su conformación y pautas de interacción y que además, sufre de modificaciones debido a los miembros que la conforman ya se por su edad, cambios en creencias y actitudes y aspectos del ciclo vital.

Tipos de familia.

Actualmente existen distintas composiciones familiares, debido a los cambios en las normas y roles además del surgimiento de creencias más contemporáneas, ha llevado a que se redefinan los distintos tipos de familias

García-Méndez et al. (2015) ofrece seis tipos de familias con respecto a las características de sus miembros y conformación.

- Familia nuclear o tradicional.- Padres de género diferente, que se complementan como esposo y esposa y viven en un mismo hogar.
- Familia extensa.- El núcleo comprende otros miembros que también tienen parentesco, como tíos, abuelos, sobrinos, entre otros. Mantienen relaciones de convivencia y apoyo.
- Familias monoparentales.- Puede deberse al deseo personal de tener un hijo o adoptar, por el fallecimiento del cónyuge o por separación/divorcio. Este tipo de familias pueden ser más inestables, ya que un solo progenitor puede tener menos tiempo para dedicarse a su hijo.
- Familias mixtas.- A consecuencia de la separación, fallecimiento del cónyuge o divorcio, existe una nueva unión con otros cónyuges. En estas nuevas uniones, se requiere de flexibilidad y comprensión, para facilitar la adaptación y armonía de los nuevos miembros.
- Familias con necesidades especiales.- Constituidas principalmente por madres solteras que aún son adolescentes. Por lo general poseen pocos recursos económicos y escaso apoyo familiar, en muchos casos abandonan sus estudios y se aíslan de su entorno. El riesgo para los hijos en estas familias de padecer abandono, enfermedades o maltrato es mayor. Debido a la falta de conocimiento sobre el desarrollo de los niños, la educación y crianza por parte de las madres adolescentes para sus hijos puede ser inadecuada.

Funciones de la familia.

La familia se considera el núcleo básico de desarrollo humano, quien es el responsable del desarrollo socioemocional, cognitivo y moral de sus descendientes. La participación de los padres es un factor determinante que se refleja en el comportamiento de los hijos, las relaciones cercanas, la comunicación y resolución de problemas de forma adaptativa tienen un efecto directo en las habilidades sociales y estados emocionales, asociado con menor incidencia de problemas de conducta (Valdés, 2007).

De acuerdo con una declaración realizada por la OMS (1978) la familia tiene cuatro funciones básicas:

- Función biológica.- cuidados básicos de nutrición, atención y servicios de salud además de educación a la familia.
- Función económica.- garantizar la seguridad material a través del presupuesto de la familia
- Función psicológica.- La familia ofrece apoyo y protección psicológica, para fomentar la estabilidad emocional y el afecto entre sus miembros
- Función sociocultural.- Garantizar y promover la socialización de los hijos, transmitirle valores, cultura, tradiciones, normas, lenguaje y actitudes éticas y morales. La efectividad de poder transmitir estos aspectos depende de la salud biospsicosocial de los miembros de la familia.

Entre las teorías más aceptadas sobre el funcionamiento familiar es la del modelo circumplejo desarrollado por Olson et al. (1979) donde concibe el concepto como la interacción de vínculos afectivos de los miembros de una familia y que pueda ser capaz de cambiar su estructura con el fin de superar las dificultades evolutivas familiares.

Una de las funciones más importantes dentro de la familia es la socialización de sus miembros, especialmente en el periodo del ciclo vital de la niñez y adolescencia, además de brindar un escenario donde se construyan personas adultas con una determinada autoestima y sentido de sí misma que experimenten bienestar psicológico, y sean capaces de afrontar conflictos y situaciones estresantes de la

vida cotidiana (Valladares, 2008). En adición, los padres fungen como modelo para la autorregulación emocional, ya que especialmente, las emociones negativas no son fáciles de manejar, por lo tanto, el afrontamiento sano de estas es un aspecto esencial para su buen funcionamiento como adulto (Ronen et al., 2014).

Las áreas más investigadas sobre el funcionamiento de una familia incluye medir la percepción de la cohesión, cercanía, comunicación, poder, coaliciones, manejo del conflicto, resolución de problemas, estilos de afrontamiento y apoyo social (Rivera-Heredia y Andrade-Palos, 2010).

En la Escala de Relaciones Intrafamiliares de Rivera-Heredia y Andrade Palos (2010) se evalúan las dimensiones de relaciones familiares, que involucra el grado de percepción que el individuo tiene sobre la unión familiar, manejo de las emociones, estilos de afrontamiento, reglas de convivencia y adaptación. La dimensión de unión y apoyo involucra la tendencia a realizar actividades en conjunto y el convivio, asociado con la solidaridad y pertenencia. Las dificultades se miden a partir de la percepción del grado de conflicto que puede haber dentro de la familia, y por último, la dimensión de expresión se relaciona con el comunicar verbalmente emociones, ideas y acontecimientos con los miembros de la familia. La idea de incluir estas variables, se explica dentro de los análisis de que los procesos de salud y enfermedad mantienen una estrecha relación con el ambiente familiar.

Familia con hijos adolescentes.

Dentro de las premisas de la familia mexicana, destacan dos aspectos: la supremacía del padre y una madre abnegada. En relación a esta última, se espera que la madre del hogar sea femenina, muy maternal y la encargada de los labores del hogar, incluso aunque muchas mujeres en la actualidad tengan empleos, el hecho de que el hombre se involucre en estas actividades de labores domésticas se sigue siendo un tabú (Díaz-Guerrero, 1994).

El abordaje de la familia con hijos adolescentes, implica entender su ciclo vital el cual varía en cuanto a sus necesidades, reglas, límites y roles. Una familia sana tiene un sistema balanceado, que le permitirá enfrentar y reestablecer sus

interacciones conforme los hijos vayan creciendo (Singüenza, 2015). Durante la etapa de la familia con hijos adolescentes, se vuelve a replantear la relación de pareja, los hijos comienzan a buscan realizar actividades fuera del hogar; y los padres deben estar conscientes de que las relaciones con sus hijos serán más simétricas para permitirles mayor autonomía en sus decisiones (Valdés, 2007).

Los hijos siendo adolescentes representan una nueva etapa evolutiva del funcionamiento familiar, pues no se puede seguir operando de la misma forma que cuando eran niños, el adolescente requiere de autonomía y buscará decidir por sí mismo, sin embargo esto no quiere decir que no necesite el apoyo de su familia, pues estos representan aún su principal fuente de soporte y modelo para su desarrollo hacia la adultez.

La flexibilidad para el reajuste de la organización familiar al momento de cambiar reglas, roles, distribución de tareas y estilos de crianza durante el ciclo vital de hijos adolescentes se considera un indicador de un funcionamiento familiar adecuado, de lo contrario, si el sistema continúa rígido y existe poca habilidad para manejar el conflicto o algún tipo de coalición, aumenta el riesgo de que se descuiden las tareas parentales y reduce la negociación asertiva, la cual es beneficiosa para que los hijos aprendan patrones de habilidades sociales adecuadas (Valdés, 2007).

Teorías de aprendizaje social: construcción de hábitos.

Desde la perspectiva construccionista de Vygostky (1979), se plantea que el desarrollo del niño avanza, no en círculo, sino en una espiral, hasta llegar a un estadio superior. Se le llama internalización a la reconstrucción interna de una operación externa, Vygostky (1979) hace referencia al momento del desarrollo cultural del niño, donde toda función aparece dos veces: interpsicológica (entre personas) e intrapsicológica (el propio niño), debido a que todas las funciones superiores se originan como relaciones entre los seres humanos. Por lo tanto, la internalización de actividades socialmente arraigadas e históricamente desarrolladas es el rasgo distintivo de la psicología humana.

Al igual que Vygostky, Bandura y Walters (1974) también reconocían las interacciones sociales como la base de la construcción de los hábitos, a través de la instrucción de los allegados al niño, aprenderá a responder a los estímulos sociales, formando una jerarquía de hábitos. Un determinado hábito de respuesta puede producirse en muchas situaciones sociales, debido a que la formación de la dependencia proporciona un ejemplo de cómo el aprendizaje varía la fuerza relativa de respuestas y dominar una pauta de estas en diversos contextos sociales.

Además de esto, las teorías de aprendizaje social sostienen que los cambios bruscos en la conducta de una persona de determinada edad solo pueden deberse a cambios de la instrucción social o de otras variables biológicas o ambientales importantes, que ocurren rara vez en la historia de aprendizaje social antes de la edad adulta (Bandura y Walters, 1974).

En relación a lo antes mencionado, Moscovici (1984) propuso teorías que intentaban dar una explicación a cómo es que las personas aprenden el sentido común de la representación social, cabe mencionar que la realidad de la vida cotidiana es una construcción intersubjetiva que surge en la elaboración individual a partir de la inserción de la persona en distintas categorías y grupos sociales, es por eso, que la comunicación e interacción entre la gente es un proceso donde se comparten y experimentan unos a los otros. Las experiencias, el medio cultural y estructura social influyen en la identidad y la forma en cómo perciben la realidad social.

El conocimiento del sentido común juega un papel relevante en cómo la persona piensa y organiza su vida cotidiana, debido a que clasifica, organiza y explica las representaciones sociales que tiene de determinadas situaciones u objetos, este conocimiento es elaborado por lo social, que incluye contenido afectivo, cognitivo y simbólico. El campo psicológico del individuo se constituye de representaciones y estas a su vez, delimitan el grado de libertad de este al momento de tomar decisiones y actuar (Moscovici, 1984).

La familia, especialmente los padres, fungen como intérpretes del niño cuando este aún no desarrolla por completo el lenguaje, facilitando así la internalización de las representaciones hacia la conducta de alimentación. En relación, la influencia

social involucra una representación de lo que una persona o varias personas piensan o hacen, y es adoptado y aceptado, para finalmente afectar su comportamiento, actitudes o manera de pensar y actuar (Moscovici, et al., 1991).

Las conductas de alimentación son resultado de una representación de lo que un individuo cree que es bueno para él, influyendo en su elección, preparación y consumo. Además estas representaciones proveen identidades culturales, siendo la madre la que alimenta y la familia quien recibe (Pérez y Álvarez, 2018). La sensación de pertenencia y afiliación son aspectos centrales de la familia mexicana, es por esto, que el compartir comidas familiares se considera también un hecho social asociado a una mayor satisfacción y al consumo de alimentos más sanos, por lo que se le considera un factor protector para la salud (Díaz-Loving, 2019; Schnettler et al., 2015).

Desde la psicología social, el analizar qué influye en el comportamiento humano se puede intentar predecir y entender a través del estudio las actitudes y creencias. Las personas tienen una actitud hacia la mayoría de los estímulos, siendo algunos de orden genético que son de carácter innato y otros, en su mayoría, por aprendizajes que tienen su inicio por cuestiones sociales de aprendizaje (Morales et al., 2007):

- Por condicionamiento instrumental, es decir, por medio de premios y castigos a partir de la conducta realizada
- Por modelado o imitación a otros
- Por refuerzo vicario u observación de las consecuencias de las conductas de otros

Otro aspecto importante para la formación de actitudes es el afecto, a través de las experiencias se asocian determinadas emociones a personas, objetos o situaciones. En el caso de los hábitos alimentarios, desde edades tempranas se adquieren por medio de las cuestiones antes mencionadas, siendo los padres los principales participantes activos de esto, además el niño puede asociar sensaciones placenteras y desarrollar gusto por ciertos alimentos y rechazo hacia otros (Morales et al., 2007). En relación a esto, son los padres, especialmente la madre quien hace

la selección de los alimentos que se le presentarán al niño, basado en sus creencias sobre qué es bueno para él.

Mientras es niño, depende completamente de sus padres o las personas allegadas a su crianza, en el momento de la adolescencia, la alimentación ya no se ve tan manejada por los padres, pues el joven puede decidir por sí mismo qué consumir y conocer sus preferencias. El adolescente asocia emociones positivas o negativas hacia algún alimento y representaciones cognitivas, las cuales siguen manteniendo una gran influencia con lo introyectado de sus padres (Kassin et al., 2013). Es así, como la selección de los alimentos constituye una serie de conductas aprendidas y heredadas, es el hijo el depositario de gustos y formas de comer de la familia (Del Socorro y Riebeling, 2014).

Haciendo énfasis en el núcleo familiar, Gutiérrez-Valverde et al. (2017) estudiaron los factores ambientales y culturales asociados al sobrepeso y obesidad, encontraron que más del 80% de los integrantes de cada familia presentaban IMC elevados y por lo menos uno de cada núcleo tenía sobrepeso u obesidad. Los autores intentan explicar que esto puede deberse a la influencia que existe entre individuos que se interrelacionan bajo un mismo techo y el fomento de estilos de vida poco saludables.

En relación a la sociedad actual, se caracteriza por una cultura hedonista donde el placer y goce inmediato tienen un peso fundamental en las conductas, lo que ha llevado a las personas a estilos de vida basados en el consumismo, el cual a su vez representa estatus socialmente hablando y a su vez, es reforzado por la mercadotecnia, que tiene un papel guía para los más jóvenes, quienes se encuentran buscando su independencia e identidad (Álvarez, 2001).

A su vez, el contexto actual y la familia tienen un papel principal en cuanto a la internalización y desarrollo de hábitos alimentarios, las actitudes y creencias asociadas, la convivencia además de factores de imitación, modelado y exposición a los medios de comunicación, conlleva a que el niño adopte las pautas de comportamiento similares a las de su núcleo familiar, y a pesar de que cuando es adolescente es más autónomo, estos aprendizajes se mantienen en la mayoría de los casos estables y perduran a través del tiempo.

Bienestar psicológico

Evolución del concepto.

Históricamente, el estudio de aspectos psicológicos iba enfocado a la patología, sufrimiento y carencias humanas las cuales afectaban su salud y el foco de intervenciones iba orientada a estas. Sin embargo, con el surgimiento de la psicología positiva, antes de que se conceptualizara de manera formal el bienestar psicológico con sus dimensiones e indicadores y se incluyera como uno de los componentes de salud, los teóricos se interesaban por intentar explicar qué era la felicidad (Vázquez et al., 2009).

¿Qué es la felicidad? ¿Cómo se define? ¿Cómo se puede medir? Fueron preguntas que inquietaron a diversos investigadores que se interesaban por operacionalizar un concepto tan abstracto y subjetivo como lo es la felicidad. En la antigua Grecia, el cuerpo y la mente eran uno solo, e Hipócrates creía que el bienestar era el resultado de un estado de armonía entre el individuo consigo mismo y con el exterior (Amigo, 2015). Desde las orientaciones filosóficas, estaba la perspectiva del bienestar hedónico, caracterizado por la maximización de experiencias positivas que llevaran al placer y por otro lado, el bienestar eudamónico se enfocaba en vivir y desarrollar el potencial humano, especialmente en las fortalezas y virtudes además de lograr la autorrealización (Vázquez et al., 2009).

Años más tarde, en un principio se formulaba que la felicidad era un balance entre afecto negativo y positivo, que fue el primer acercamiento hacia la formulación del concepto de bienestar (Ryff y Lee, 1995). En segunda instancia, la formulación del concepto se enfocó en la satisfacción de vida como un indicador de bienestar, esta noción ya incluía un componente cognitivo y se consideraba un complemento de la felicidad (Ryff y Lee, 1995). Como se puede apreciar, la formación del concepto se orientó a incluir aquellas evaluaciones sobre la vida propia acompañada de un juicio personal, a lo que se le denominó satisfacción por la vida,

la cual involucraba afecto positivo y negativo, los cuales no se correlacionaban entre sí y eran independientes (Castro-Solano, 2009).

Por lo tanto, el bienestar psicológico es un estado donde las capacidades y crecimiento personal permiten a la persona desenvolverse de manera exitosa en su vida y en las dificultades que puedan surgir, involucrando aspectos cognitivos y afectivos, todo esto se considera un indicador de funcionamiento positivo (Ryff, 1989). Este estado favorecerá a la persona para alcanzar un mayor desarrollo psicológico, social y comunitario.

Además se ha estudiado sobre la capacidad del ser humano para encontrar significado incluso en la adversidad además del optimismo realista, pues las expectativas negativas se han asociado a una progresión más rápida de la enfermedad en distintos padecimientos crónicos (Karademas et al., 2018; McColl-Kennedy et al., 2017; Vázquez et al., 2009).

Psicología positiva.

Se le reconoce a Seligman quien dio inicio a la psicología positiva, quien se interesaba por orientar la investigación hacia la experiencia subjetiva positiva del ser humano al igual que sus virtudes y cualidades, su deseo por querer estudiar aquello que hace que el ser humano sienta que su vida tenga sentido y sea plena. La esperanza, felicidad, bienestar, la sabiduría, amor por el conocimiento, el flow, la perseverancia y espiritualidad eran virtudes humanas que por lo general eran ignoradas, ya que la psicología se orientaba en explicar y analizar emociones negativas y patologías.

Csikzentmihalyi (2014) analiza en qué consiste la felicidad y bienestar, además de cómo la autonomía, autorregulación y el optimismo afectan la salud de las personas y cómo pueden sobrellevar y recuperarse incluso en momentos de adversidad. El campo de estudio de la psicología positiva examina desde un nivel subjetivo de experiencia como el bienestar y satisfacción de vida (en el pasado), esperanza y optimismo (para el futuro), el flow y la felicidad (en el presente).

Además, Csizentmihalyi (2014) distingue de entre las emociones positivas, el placer y el gozo. El placer proviene de satisfacer necesidades fisiológicas como lo es comer, respirar y el sexo; mientras el gozo se refiere a todas las sensaciones positivas a partir de experiencias, como puede ser una buena conversación de amigos, participar en algún evento artístico o deportivo o alguna otra actividad que sea del agrado de la persona, es el gozo el que permite el crecimiento personal y la felicidad a largo plazo.

El modelo de los seis factores del bienestar, incluye variables que involucran el gozo, la búsqueda de mejora personal, aspectos relacionados a las personas con quienes se rodea y evaluaciones respecto a su vida, los cuales serán descritos a continuación.

Modelo de seis factores de bienestar psicológico de Ryff.

En su esfuerzo por conceptualizar el bienestar psicológico y tomando en cuenta lo que otros habían encontrado en sus investigaciones, Ryff (1989) desarrolla el modelo de seis factores del bienestar el cual incluye las siguientes dimensiones:

- Crecimiento personal.- Búsqueda continua para desarrollar sus capacidades y oportunidades para el crecimiento continuo, abrirse a nuevas experiencias y confiar en su potencial
- Dominio del entorno.- Elegir y crear ambientes favorables para satisfacer deseos y necesidades propias, es la sensación de control que se percibe tener del contexto que lo rodea.
- Relaciones positivas.- Habilidad para cultivar y mantener relaciones íntimas con otros, de confianza y de estabilidad, donde se promueva la aceptación social y compromiso.
- Propósito en la vida.- Refiere a las expectativas, metas e intenciones que tiene en su vida además de su esfuerzo por alcanzarlo.
- Autoaceptación.- El individuo es capaz de aceptar su pasado como un hecho, viviendo aquí y en el ahora.

- Autonomía.- Habilidad para resistir ante las presiones sociales, de pensar y actuar de cierta forma y hacer una evaluación de comportamientos basados en aspectos internalizados.

A partir de su concepción teórica, Ryff creó la Escala de Bienestar Psicológico (1989) la cual ha sido ampliamente utilizada para diversos estudios y se encuentra validada en México (Medina, 2011) donde se pudo probar la confiabilidad y consistencia adecuada de la prueba. Cabe agregar que ha sido también aplicada y validada en otros países, como Puerto Rico (González-Rivera et al., 2016), España (Díaz et al., 2006), Perú (Tito y Galindo, 2019), entre otros.

Bienestar psicológico y salud.

La salud no solo corresponde a la ausencia de enfermedad física, si no en una inclusión integral del bienestar físico, social y mental. La salud mental representa un constructo de referencia de un estado de bienestar que es básico para comprender la conducta sana o patológica de la persona, es por esto, que el bienestar psicológico es considerado un indicador de salud mental, pues conlleva aspectos individuales como el afecto, percepción, introspección sobre su estado individual, y en cuanto a lo social, en cómo se desenvuelve en el medio, su funcionamiento y relación con otros (Moreta-Herrera et al., 2018).

Una persona con un bienestar psicológico positivo, experimenta una satisfacción con la vida, su estado de ánimo es frecuentemente bueno y solo ocasionalmente experimenta emociones poco placenteras (Barreto, 2017; Castro-Solano, 2009).

Dentro de las premisas de la psicología positiva es estudiar cómo los estados psicológicos positivos como el optimismo pueden ser protectores para la salud física y mental, además de su repercusión en el desarrollo de enfermedades y su recuperación. Las emociones positivas mantienen una relación estrecha con el bienestar, el cual a su vez, se considera lo equivalente a la felicidad, desde una vista científica, (Vázquez et al., 2009). Se ha encontrado relación en cuanto al optimismo

y la mejora que causa en el humor, pues aumenta la perseverancia y la experiencia de una mejor salud física.

Las emociones positivas han sido asociadas con estilos de afrontamiento adaptativos y resiliencia, además de ser moderadoras entre síntomas depresivos y ansiosos (Gloria y Steinhardt, 2014). Cabe mencionar que dichas emociones también pueden ser predictores de conductas más saludables, además es común encontrar la relajación, actividad física y otras actividades de ocio para el tratamiento de trastornos afectivos, pues promueven la liberación de neurotransmisores benéficos para la salud (Nylocks et al., 2018).

El bienestar psicológico tiene un impacto en las todas las áreas de la vida de una persona, pues se considera un predictor de un buen funcionamiento personal y social, y de lo contrario, un factor de riesgo ante el desarrollo de enfermedades físicas y mentales.

Bienestar psicológico en la adolescencia.

Los cambios propios de la adolescencia pueden ser complicados y provocar estrés, tal y como se mencionó anteriormente, el adolescente enfrente una crisis en su identidad, donde además la búsqueda constante de individualidad puede desencadenar conflictos con sus padres e inestabilidad emocional (Viejo et al., 2018).

En relación a lo anterior, el bienestar psicológico comprende un punto a favor para el desarrollo óptimo y satisfacción en la vida del adolescente, ya que durante esta etapa la necesidad de adquirir habilidades de afrontamiento adaptativo para sobrellevar los cambios promueve su funcionamiento y buen ajuste ante la sociedad (Ronen et al., 2014)

Del mismo modo, reconoce que los trastornos de índole emocional comúnmente surgen durante esta etapa del desarrollo humano. También se sabe que las consecuencias de no atender las necesidades de salud mental durante la adolescencia, afecta también su salud física y limite las oportunidades de vivir una vida plena (OMS, 2019). Ronen et al. (2014) analizó distintos factores que pueden

predecir el bienestar psicológico de una muestra de 380 adolescentes, entre los que se encuentran el autocontrol, apoyo social, edad, género y crisis familiares. Se pudo determinar que el autocontrol fue moderador de los momentos de crisis y el afecto positivo, sin embargo para que el adolecente pueda desarrollar habilidades de control de sí mismo es necesario el apoyo social, estos dos factores siendo predictores de un mayor bienestar psicológico. Cuando el adolescente disfruta de relaciones cercanas, es más probable que afronte de mejor manera situaciones estresantes.

Moreira et al. (2015) llevó a cabo el estudio de la personalidad y su influencia en el bienestar en adolescentes portugueses donde se relacionaron factores de autodeterminación, autotrascendencia y cooperación con los aspectos de calidad de vida, satisfacción de vida y apoyo social. Debido a que estos aspectos positivos tienen un efecto crucial para la trayectoria de desarrollo saludable, la asociación entre rasgos de personalidad y el bienestar es relevante para la promoción de la salud en adolescentes.

Otro aspecto que ha aumentado el interés por diversos investigadores es asociar el uso de los medios digitales y su relación con el bienestar. Booker et al. (2015) encontró que aquellos adolescentes que pasaban más tiempo en pantalla reportaban menos felicidad y mayores dificultades socioemocionales, mientras que el realizar actividades deportivas se asoció positivamente con mayores índices de bienestar y felicidad.

Barcelata y Rivas (2016) evaluaron el bienestar psicológico y satisfacción de vida en una muestra de adolescentes mexicanos, donde las puntuaciones de estos constructos se ubicaron ligeramente por encima de la media, lo que significa que es hay un ajuste adecuado. En cuanto a las subescalas, los varones reportaron mayor autocontrol percibido, autoaceptación y mejor calidad de relaciones interpersonales que las mujeres.

En conclusión, los recursos psicológicos y los sociales son componentes que toman un papel fundamental para el bienestar del adolescente, ya que el ajuste adecuado entre estos permitirá la adaptación. En adición, se reconoce que es multicausal debido a las complejas interacciones con el entorno y consigo mismo.

Índice de masa corporal

Concepto y medición.

La OMS (s.f., a) ofrece una clasificación del IMC que se utiliza para ubicar a los individuos en un peso corporal bajo, normal y alto. El IMC se calcula mediante dividir el peso en kilogramos por el cuadrado de la talla en metros, lo que permite conocer el grado de salud de un individuo mediante su composición corporal, y se clasifica de la siguiente manera:

- Insuficiencia ponderal.- <18.5
- Intervalo normal.- 18.5 a 24.9
- Sobrepeso.- Igual o mayor a 25.0
- Preobesidad.- 25.0 a 29.9
- Obesidad.- Igual o menor a 30.0
- Obesidad tipo 1.- 30.0 a 34.9
- Obesidad tipo 2.- 35.0 a 39.9
- Obesidad tipo 3 o mórbida.- Igual o mayor a 40.0

En los niños y adolescentes, la medición del IMC toma en cuenta el peso y talla según la edad a la que corresponda, por medio de curvas normalizadas para la población.

Insuficiencia ponderal.

El equilibrio nutricional es un balance que se encarga de alimentar las células y está en continua oscilación en márgenes fisiológicos, y su estabilidad adecuada permite la homeostasis del organismo, mientras mayor sea su afectación en edades tempranas, mayores consecuencias y secuelas estarán presentes en la edad adulta (Ulibarri et al., 2015).

La insuficiencia ponderal se considera cuando el peso corporal está por debajo del adecuado en referencia a su talla y está relacionado a la malnutrición de micronutrientes que refiere a carencias, los excesos y desequilibrios de la ingesta calórica en una persona. Es una enfermedad no transmisible de índole alimentario

y se considera a los niños como los más vulnerables ante esta patología y con mayores posibilidades de fallecer (OMS, 2018a).

A nivel mundial, el 45% de las muertes en niños menores de 5 años se deben a la desnutrición y la mayoría de los casos se registran en países de ingreso bajo y medio. En los niños y adolescentes, la insuficiencia ponderal tiene repercusiones graves en su desarrollo, causando retraso respecto a su edad, limitando su potencial físico y cognitivo, además es muy probable que aparte del niño, también su familia sufra de esta enfermedad, lo que conlleva a repercusiones graves y duraderas de índole biológica, psicológica, social y económica (OMS, 2018a).

Una de las principales consecuencias de la desnutrición es la anemia, que se debe a la insuficiencia del hierro, lo que ocasiona cambios cerebrales además de alteraciones en la musculatura, huesos y en su desempeño cognitivo. Otro aspecto es la deficiencia del zinc que puede retrasar la madurez sexual y afectar el apetito. Por su parte, la falta de vitamina A puede ocasionar ceguera, fallas en el sistema inmune, mayor riesgo a contraer infecciones y de una muerte prematura (Lissbrant, 2015). A pesar de que esta condición es tratable, el proceso de recuperación suele ser lento y con necesidad de supervisión médica constante.

Índice de masa corporal normal.

El índice de masa corporal sano es cuando el peso se encuentra en un balance con la talla y que logra mantenerse. Se sabe que son numerosos los beneficios para la salud el mantener ese equilibrio entre los cuales destacan (Parkland Hospital, 2020):

- Reducir el riesgo de cardiopatías
- Reducir el riesgo de padecer diabetes y algunos tipos de cáncer
- Reducir del riesgo de padecer apnea del sueño
- Es un factor protector ante las enfermedades relacionadas a la edad como demencia, osteoartritis y artritis reumatoide
- Mejora la calidad del sueño y facilita oxigenación del cerebro
- Se mantiene la energía y la movilidad

- Se asocia con mejor autoestima e imagen corporal positiva
- Reducir el riesgo de desarrollar cálculos renales y enfermedades de la vesícula
- Reducir el riesgo de padecer presión arterial alta

Los beneficios que aporta mantener un peso adecuado constituyen un factor protector muy importante, que contribuye no solo al bienestar físico sino también al psicológico, ya que los efectos que tiene en el organismo tienen consecuencias positivas para la salud mental y el funcionamiento general del individuo.

Sobrepeso y obesidad en la adolescencia.

Concepto y prevalencia.

El sobrepeso y obesidad se define como la acumulación excesiva o anormal de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El Instituto Mexicano del Seguro Social (2013) concibe la obesidad con ser una enfermedad crónica, compleja y de origen multifactorial cuyo inicio por lo general se da en la niñez debido a la ingesta excesiva de calorías y un estilo de vida sedentario. En adición, se conoce que desde 1975, la obesidad casi se ha triplicado alrededor del mundo y esta enfermedad causa más muertes que la insuficiencia ponderal (OMS, 2020).

Se conoce, según los datos de la Secretaría de Salud (2015) que México ocupa el primer lugar en obesidad infantil en el mundo, por lo que se considera un problema de salud pública el cual merece tomar conciencia y realizar planes de acción para combatir la enfermedad, además se recomienda a los padres realizar un chequeo del IMC de sus hijos por lo menos una vez cada año.

Como anteriormente se mencionó, además de utilizar el IMC para determinar la obesidad, también se utiliza medir el porcentaje de grasa corporal y la circunferencia de la cintura, donde se indica que si el contorno mide más de 88 cm en las mujeres y más de 102 cm en los hombres, se considera obesidad (Ogden, 2005).

En México, el 38.4% de los adolescentes de 12 a 19 años padece sobrepeso y

obesidad, donde las mujeres representan un 41.1% y los varones un 35.8%. En la zona noreste, Tamaulipas ocupa el primer puesto con una cifra de 16.9% (ENSANUT, 2018).

Causas y factores de riesgo para la obesidad.

Las conductas de salud son todas aquellas consideradas como preventivas de enfermedades, es decir, inmunógenos conductuales (Oblitas, 2010). Amigo-Vázquez (2015) destaca las variables que afectan las conductas de salud

- Entornos sociales y clase.- Pueden ejercer influencia en los hábitos de una persona, debido a la convivencia y/o presión social.
- Percepción del síntoma.- Influye en que las personas quieran realizar un cambio en sus hábitos, ya que el síntoma puede representar un problema de salud y entonces el individuo siente la necesidad de realizar una estrategia para reducir el riesgo.
- Los estados emocionales.- Especialmente la ansiedad, aburrimiento y estrés pueden desencadenar conductas poco sanas, como comer en exceso, fumar, el sedentarismo, entre otros.
- Creencias.- Las creencias construyen un modelo explicativo acerca de la salud, causas y formas en las que implementará el cambio.

Entre las causas del sobrepeso y obesidad el 95% se atribuye a los malos hábitos alimenticios, combinado con la falta de ejercicio, y solo un 5% se debe a factores genéticos. Además, los factores emocionales como el estrés, depresión y ansiedad presentan mayor probabilidad de ser comórbidos con la enfermedad (Del Socorro y Riebeling, 2014; Quintero et al., 2016; Rajan y Menon, 2017).

Hasta el momento, se han identificado 11 genes cuya interacción y mutación causan obesidad extrema y hereditaria, esto provoca una ausencia de saciedad acompañado de trastornos metabólicos y hormonales, usualmente se da en familias con alta consanguinidad donde los homocigotos afectados tienden a la mutación demostrando una herencia recesiva. Otro caso es la obesidad sindrómica, que es

una característica de un síndrome cuya causa genética ocasiona una alteración cromosómica donde además se acompaña con discapacidad intelectual (Quiroga-De Michelana, 2017).

A nivel comunidad, la transición nutricional que experimenta el país tiene como características una occidentalización de la dieta, específicamente en el aumento en la disponibilidad a bajo costo de alimentos procesados, el aumento en el consumo de comida rápida, la disminución del tiempo disponible para la preparación de alimentos en casa, el aumento a la exposición de publicidad y oferta de alimentos industrializados y la disminución del ejercicio (Oblitas, 2010).

En cuanto a la alimentación, los alimentos hiperpalatables son aquellos compuestos por altas cantidades de azúcar y grasas cuya combinación causa efectos de placer en el cerebro, lo que provoca que la persona quiera comer más y tenga una sensación de "no poder dejar de comer" (Levy et al., 2013). Este tipo de comestibles son los comúnmente llamados comida chatarra. El consumo de estos alimentos se encontraron más presentes en la dieta de adolescentes con sobrepeso y obesidad así como el frecuentar establecimientos de comida rápida, mientras la ingesta de verduras y pescado fue mínima (Borjas et al., 2017).

Los antecedentes familiares con obesidad también incrementan la posibilidad de que los hijos la padezcan, pues los hábitos y estilos de vida de los padres tiene una gran influencia en los hijos, siendo para ellos un modelo (Águila, 2017; Del Socorro y Riebeling, 2014; IMSS, 2019). Gibson et al. (2016) encontró relaciones significativas entre el IMC de la madre y la estructura familiar monoparental como predictor de obesidad en edades tempranas y explican que puede estar asociado a que es menos probable que las madres con sobrepeso estimulen los hábitos de ejercicio y alimentación saludable y esto tenga un efecto en los hijos. En cuanto a la proporción de que los padres o alguno de ellos que padezca sobrepeso u obesidad y la probabilidad de que los hijos también lo presenten, Martínez-Villanueva et al. (2018) que el mayor riesgo a padecer la enfermedad es debido a los hábitos familiares especialmente de alimentación y actividad física además de una base genética. Los resultados de su indagación, señalan que aquellos niños y adolescentes en cuyas familias existía alguien con IMC alto, pesaron más al nacer

y en la generalidad de los casos, desarrollaron obesidad.

Al igual que en otros estudios, se identifica a la madre como predominante, lo cual puede deberse a factores prenatales y el hecho de que es ella en quien por lo general recae la preparación y administración de los alimentos en un hogar.

Desde la perspectiva sistémica, aquellas familias donde existe alguien con obesidad o todos la padecen, usualmente tienden a la sobreprotección y los alimentos se utilizan para evitar conflictos, ya que existe la incapacidad para verbalizar las diferencias y una tendencia a formar coaliciones y condependencias hacia la comida (Del Socorro y Riebeling, 2014).

Por todo lo anteriormente mencionado, el tratamiento para la obesidad es un proceso largo y complicado, pues las pautas de comportamiento, creencias y construcciones de estilos de vida familiares se encuentran muy arraigados, es por esto, que incluir a la familia para el tratamiento es algo esencial, pues se pretende que el cambio venga en conjunto, y no de forma aislada respecto al paciente.

Conductas relacionadas a la obesidad.

Como bien se había mencionado, la psicología de la salud se enfoca y reconoce el modelo biopsicosocial para entender y estudiar los factores que contribuyen a la salud y enfermedad, se sabe por diversos estudios que existen conductas protectoras y de riesgo para el bienestar humano, es decir, una persona puede estar practicando acciones que sean benéficas para él o que lo pongan en riesgo, ya sea a contraer enfermedades o accidentes, estas conductas se relacionan con las formas de pensar, actitudes y a aspectos familiares y culturales.

La salud a través de la vida es un resultado de un complejo resultado dinámico con influencias multidimensionales que van desde factores genéticos hasta determinantes ambientales y sociales, es por esto, que las ciencias de la conducta se han enfocado en explicar las causas de las patologías no solo internas, sino sumando aquellas fuera del organismo, el ambiente en el comportamiento y el comportamiento en el ambiente (Institutos Nacionales de Salud, 2017).

Estas pautas de comportamiento habitual se denominan estilos de vida, los hábitos relacionados a la obesidad incluyen la alimentación y actividad física principalmente, cuando estos son inadecuados, es decir, llevar una dieta alta en grasas y azúcares y una vida sedentaria, se consideran factores de riesgo potenciales para desarrollar esta enfermedad, además de hipertensión arterial, diabetes, entre otras (González-Sánchez et al., 2015). En relación a la alimentación, también se han encontrado aspectos que determinan la importancia de desayunar diariamente como un factor protector ante la obesidad

Por su parte, la falta de actividad física reportada a nivel mundial por la OMS (2019) en la población adolescente se relaciona al uso de la tecnología, pues los niños y jóvenes son muy apegados al ocio de pantalla, ya sea ver televisión, jugar videojuegos, uso del celular y las redes sociales. Se conoce que el 75% de los adolescentes en México invierte gran parte de su día haciendo uso de la tecnología, donde el 50% contesta sus mensajes de manera inmediata y un 35% se despierta en la madrugada para revisar su teléfono celular (Forbes México, 2019). La urbanización también ha promovido el uso de transporte, lo que ha disminuido que las personas se trasladen a lugares caminando o haciendo uso de la bicicleta, reduciendo así las posibilidades de hacer ejercicio (Miqueleiz et al., 2015)

Otro aspecto que ha sido asociado como factor de riesgo para la obesidad son las horas de sueño, los niños y jóvenes que duermen poco parecen estar más vulnerables a acumular masa grasa (Juanes de Tolero y Ruiz-Canela, 2011; Soto et al., 2013).

En referente a los hábitos de alimentación, se ha encontrado que el consumir más carne grasa y embutidos, tiene efectos que facilitan el acumulamiento de grasa corporal, y por lo general se acompaña con menor ingesta de frutas, verduras, legumbres y frutos secos, los cuales son considerados alimentos más saludables (Marqueta de Salas et al., 2016). En México se registra que los adolescentes de 12 a 19 años ingieren menos frutas, verduras, leguminosas y huevo de lo recomendado, sin embargo el consumo de bebidas azucaradas, dulces y postres además de comida rápida y antojitos mexicanos se encuentra muy alto (ENSANUT, 2018).

Consecuencias de la obesidad en la salud.

Debido a que la obesidad es considerada una enfermedad crónica y compleja, se relaciona como factor de riesgo importante hacia otras enfermedades no transmisibles que representan un alto grado de morbimortalidad en el mundo. Por lo general, la obesidad tiene inicio desde la infancia, debido a los hábitos que el niño ha adoptado de su núcleo familiar, los cuales muy probablemente seguirá practicando a lo largo de su vida. El IMC elevado se asocia con problemas metabólicos, como resistencia a la insulina, aumento de colesterol y triglicéridos, lo que aumenta el riesgo a padecer problemas cardiacos, coronariopatías, diabetes, hipertensión, algunos tipos de cáncer y el riesgo de muerte prematura (Secretaría de Salud, 2019).

En México las principales causas de muerte son las enfermedades al corazón, diabetes mellitus y tumores malignos, las cuales se consideran enfermedades atribuidas a la obesidad. Las cardiopatías tienen causan dificultades respiratorias, dolores en el pecho, latidos cardiacos irregulares, fatiga y desmayos, por otro lado, la diabetes se relaciona con alteraciones en la vista, daños renales y en las extremidades, principalmente los pies. Por último, las consecuencias de los tumores malignos son dolor, fatiga, diarrea y vómitos, adelgazamiento progresivo, debilidad muscular, sangrado y hematomas sin razón aparente, entre otros (OMS, 2016, 2017, 2018c).

En relación a los efectos que la enfermedad puede tener en la salud mental, Rajan y Menon (2017) identificaron en diversos estudios sobre la asociación entre la obesidad y la aparición trastornos mentales, donde la depresión se asoció fuertemente la obesidad, especialmente en las mujeres. En adición, los trastornos de personalidad tienen mayor riesgo de desarrollarse en esta población y se identificó una relación significativa con la proporción y grado de severidad de obesidad en comparación de personas sin obesidad. Esta información permite conocer la vulnerabilidad a la que están expuestas las personas que presentan esta enfermedad, se sabe también que los trastornos mentales en muchos de los casos no son tratados ni detectados y como consecuencia, causa disfuncionalidad en los

ámbitos donde la persona se desarrolla en su vida diaria, lo que dificulta el disfrute de una vida plena.

En lo social, desde el punto de vista cultural, toda sociedad establece una imagen corporal ideal y se espera que sea aceptada por los individuos que forma parte de ella. El sobrepeso y obesidad, provoca que las personas establezcan prejuicios, por lo tanto representa un gran estigma social, lo que usualmente provoca que el sujeto incluya esos prejuicios en su sistema de creencias y desarrolle actitudes de evitación como: evitar usar trajes de baño, pesarse, tomarse fotos, ir a la playa o albercas, entre otros (Losada y Rijavec, 2017). Los autores también señalan que la persona con sobrepeso y obesidad por lo general es señalada y es objeto de insultos, bromas, apodos, exclusión, lo que aumenta la probabilidad de aislamiento, sentimientos de inferioridad, tristeza, ansiedad, bajo rendimiento escolar y dificultad para socializar.

III. MÉTODO

Éste trabajo tiene como objetivo principal comparar el funcionamiento familiar, bienestar psicológico e índice de masa corporal en adolescentes de tres estratos sociales de Cd. Victoria, Tamaulipas.

Diseño

Este estudio es de enfoque cuantitativo, transversal, de alcance comparativo, ya que se busca asociar y colacionar variables mediante un patrón predecible para un grupo o población por medio de instrumentos con propiedades psicométricas (Hernández et al., 2010). Se pretende dar respuesta a la interrogativa: ¿Existen diferencias en el funcionamiento familiar, bienestar psicológico e índice de masa corporal en adolescentes de tres estratos sociales de Cd. Victoria, Tamaulipas?

Participantes

Con motivo de que en el estudio se busca analizó a la población de Cd. Victoria, Tamaulipas, se contactó al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y se encontró que en el año 2020**,** la población fue de 349 668 habitantes, de los cuales, 59 681 corresponde a adolescentes de 10 a 19 años de edad.

El tipo de muestra es intencional por conveniencia ya que seleccionaron individuos solo del rango de 12 a 15 años, exclusivamente de nivel secundaria tomando en cuenta la ubicación de zona geográfica con ingreso bajo, medio y alto (Hernández et al, 2010). El nivel económico por zona geográfica fue determinado por medio de INEGI sobre Cd. Victoria, donde se basan en el tipo de vivienda, acceso a servicios, ingresos y gastos para determinar la clasificación. Los alumnos seleccionados para participar fueron a partir de las listas que entregaba cada institución de acuerdo a la disponibilidad del grupo y el orientador a cargo. La cantidad total fue de 487 participantes siendo un 57.7% mujeres y 42.3% hombres, con una media de edad de 13 años (M = 13.01; D.E. = .825), de los cuales 152

adolescentes pertenecen al estrato socioeconómico alto, 185 adolescentes del estrato socioeconómico medio y 155 del nivel socioeconómico bajo.

Adolescentes de ambos sexos de entre 12 y 15 años de edad que estén cursando la escuela secundaria.

- Criterios de inclusión: Adolescentes que residan en Cd. Victoria, Tamaulipas y que no presenten dificultades para leer y escribir, que cuenten con acceso a internet y con algún dispositivo electrónico que les permita contestar los instrumentos vía electrónica.
- Criterios de exclusión: Adolescentes que presenten dificultades para leer y escribir.
- Criterios de eliminación: Adolescentes que no completen en su totalidad los cuestionarios dejando 2 o más ítem sin responder.

Instrumentos

Para este estudio se utilizaron dos instrumentos, entre ellos la Escala de Relaciones Intrafamiliares (ERI) desarrollada para la población adolescente en México, por Rivera-Heredia y Andrade-Palos (2010) evalúa mediante las dimensiones de unión y apoyo (ítems 1, 4, 7 y 10), expresión (ítems 2, 5, 8 y 11) y dificultades (ítems 3, 6, 9 y 12). La escala cuenta con 12 ítems con estilo de respuesta tipo Likert , donde 5= Totalmente de acuerdo, 4= De acuerdo, 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 2= En desacuerdo y 1= Totalmente en desacuerdo. Posee una confiabilidad de α= .93 y validez adecuada. En cuanto a la calificación, los autores sugieren que se identifique el punto de corte por cada grupo poblacional específico, dividiendo los participantes dentro del grupo de puntajes altos (el 25% más alto) y quienes se ubican en el grupo con puntajes bajos (el 25% más bajo). La consistencia interna del ERI para esta investigación fue de α = .81, por lo que se considera adecuada.

La Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989), el cual fue adaptado a la población mexicana por Medina (2011), que obtuvo un alfa de Cronbach entre $\alpha = .90$ y $\alpha = .91$. Esta escala cuenta con 39 ítems con formato de respuesta tipo Likert con puntuaciones donde 1 representa “Totalmente desacuerdo” y 6 “Totalmente de acuerdo” y está conformada por 6 dimensiones: Autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. Para la interpretación de la calificación de ésta escala, el autor indica que se calcule el punto de corte en cada muestra, ubicando los puntajes altos en el tercer cuartil y los bajos en el primer cuartil. Este instrumento de medición surge a partir del modelo de seis factores de bienestar psicológico de dicho autor. El análisis de fiabilidad de ésta escala fue de $\alpha = .86$, cuya consistencia interna es buena, sin embargo se encuentra por debajo de lo reportado por Medina (2011).

En relación a indicadores de salud existen varias medidas antropológicas, entre las cuales se encuentra medir el IMC, que es útil para valorar la grasa corporal, determinar el sobrepeso y obesidad y estimar el riesgo a contraer enfermedades asociadas a un IMC alto. Esta medida puede calcularse mediante el peso y estatura de un individuo (Instituto Nacional de Corazón, Pulmón y Sangre, s.f.). El IMC de los adolescentes participantes será calculado en el sitio web del Instituto Mexicano de Seguro Social [IMSS] donde se ofrece una calculadora de IMC (s.f.) además de tablas para identificar el rango de IMC bajo, normal y alto.

Para llevar a cabo la investigación se solicitaron las autorizaciones de las instituciones públicas y privadas de nivel secundaria de Cd. Victoria, Tamaulipas para la aplicación de los instrumentos y adquirir los datos que fueron analizados por el *Statistical Package of the Social Sciences* (SPSS) versión 25 y por consiguiente poder cumplir los objetivos.

Procedimiento

Para poder realizar el contraste de mediciones respecto a la zona geográfica, se aplicaron los instrumentos y se pidieron las medidas antropométricas en tres escuelas secundarias con distinta ubicación en áreas de bajo, medio y alto ingreso económico.

Se solicitaron los permisos previos para la aplicación de los instrumentos y las medidas antropométricas a las autoridades de cada de las tres instituciones educativas de nivel secundaria incluidas en la muestra de Cd. Victoria, Tamaulipas. El permiso consiste en un oficio donde se explican los motivos e importancia de realizar el estudio, además de garantizar que los datos obtenidos son anónimos y confidenciales. Al entablar el contacto con las autoridades de cada secundaria, se pudo conocer que las tres escuelas llevan planes de control de peso, a través del área médica y la materia de Educación Física para la Salud. Por lo tanto, los adolescentes son pesados y medidos cada mes. Los instrumentos que utilizan son la báscula mecánica de columna de pesas deslizantes con estadiómetro, modelo Seca 700. Estas básculas se caracterizan por tener una capacidad de hasta 170 kilogramos.

Debido a la pandemia COVID-19 que tuvo inicios en marzo de 2020 y que provocó la suspensión de las labores académicas presenciales de todos los niveles educativos, la aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en línea, a través de la plataforma de Google Forms. El enlace es enviado vía correo electrónico donde los alumnos de secundaria contestan aproximadamente de 10 a 15 minutos, dicho enlace contiene el consentimiento informado para los padres, preguntas sobre sus medidas antropométricas y ambos instrumentos. En cuanto a las medidas antropométricas, ninguno los adolescentes estaba actualizado de sus medidas que se les solía da a conocer en sus escuelas cada mes, por lo que se les dio la consigna días antes de la aplicación, que se pesaran y midieran para poder tener un aproximado de su talla.

Para los adolescentes de la zona de ingreso medio, la plataforma estuvo abierta del 18 al 27 de agosto de 2020. Los adolescentes de la zona de ingreso bajo respondieron del 22 al 31 de octubre de 2020, y finalmente con los adolescentes de la zona de ingreso alto del 27 al 04 de diciembre de 2020.

Aspectos éticos

Esta investigación se llevó a cabo de manera que se respetó el bienestar e integridad de sus participantes, tomando como base principal el código de conducta y normatividad que propone la Sociedad Mexicana de Psicología (SMP).

Antes de comenzar la recolección de datos, se obtuvieron los permisos de las autoridades de las instituciones educativas además de brindarles información que les permita conocer la propuesta del estudio (artículo 139). En referencia a la confidencialidad y privacidad de los adolescentes, se les proporcionó un consentimiento informado dirigido a sus padres para la autorización de que sus hijos(as) puedan participar, en el enlace de Google Forms conlleva la información de la naturaleza de la investigación además de la garantía de que la identidad de su hijo será anónima y que se respeta su decisión de participar o declinar (artículo 118, 122, 124 y 132).

Para concluir, los datos obtenidos fueron exclusivamente de uso científico y se podrá discutir con personal que se desenvuelva en áreas de psicología u otros profesionistas que se puedan relacionar con el trabajo (artículo 134).

Para el desarrollo de esta investigación se cuenta con los permisos para aplicar los instrumentos a dichas instituciones, de la misma forma se posee con la disponibilidad de tiempo para la aplicación que se llevará a cabo entre los meses de agosto a diciembre de 2020 y los recursos tecnológicos para la distribución del enlace vía Google Forms a los adolescentes.

IV. RESULTADOS

En este apartado, se presentan los resultados de los análisis de fiabilidad de los instrumentos utilizados, los estadísticos descriptivos de las variables, además del análisis inferencial por medio del programa SPSS en su versión 25.

Como se observa en las tablas 1 y 2, la consistencia interna de los instrumentos resultó ser adecuada, por lo que se prosiguió a realizar los estadísticos descriptivos y el análisis inferencial que se muestran a continuación.

Tabla 1

Análisis de fiabilidad de la Escala de Bienestar Psicológico

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.860	6

Nota: El número de elementos es de acuerdo con las subescalas.

Tabla 2

Análisis de fiabilidad de la Escala de Relaciones Intrafamiliares

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.812	12

Estadísticos descriptivos del funcionamiento familiar

Lo primero que se realizó respecto a la variable fue crear puntajes por cuartiles de la Escala de Relaciones Intrafamiliares, lo cual se observa en la tabla 6. En el primer cuartil, se consideran los puntajes bajos, que van de 38 puntos a menos, de 39 a 42 puntos es medio-bajo, de 44 a 47 es medio-alto, en el tercer cuartil que se abarca de 48 en adelante, se considera alto. Para la mediana, el puntaje es de 43 y se clasifica como puntaje medio (ver tabla 3).

Tabla 3

Puntaje por cuartiles de la Escala de Relaciones Intrafamiliares

		Escala de Relaciones Intrafamiliares
N	Válido	487
	Perdidos	0
Percentiles	25	38.00
	50	43.00
	75	48.00

Los puntajes por cuartil también se desglosaron por subescala (ver tabla 4), siendo el puntaje bajo para la subescala de Expresión es de 13 puntos a menos, lo que indicaría que el individuo percibe que es difícil comunicar verbalmente sus emociones e ideas con su familia, para el puntaje medio-bajo va de 14 a 15 puntos, de 16 a 17 es medio-alto y de 18 puntos en adelante un puntaje alto, haciendo referencia a que el adolescente se siente en un ambiente de confianza y respeto para poder verbalizar su sentir e ideas o acontecimientos.

En Unión y Apoyo, el puntaje bajo es de 13 a menos, que sugiere que el individuo considera que su familia realiza muy pocas actividades en conjunto, además de apoyo escaso y convivencia. El puntaje de 14 a 15 es medio-bajo, 17 es medio-alto y por último, de 18 puntos en adelante es alto, este quiere decir que la tendencia a realizar actividades de convivencia se percibe como muy satisfactoria y frecuente.

En la subescala de Dificultades, de 9 puntos a menos es bajo, pues sugiere que percibe un grado de conflicto muy bajo o nulo en su ambiente familiar. De 10 a 11 es medio-bajo, de 13 a 15 es medio-alto y el puntaje alto va de 16 puntos a más, e indica que aquellos aspectos que son considerados indeseables ya sea por el individuo o por la sociedad, se perciben como muy conflictivos para el individuo dentro de su familia.

Tabla 4

Puntaje por cuartiles de las subescalas de la Escala de Relaciones Intrafamiliares

		Expresión	Unión y apoyo	Dificultades
N	Válido	487	487	487
	Perdidos	0	0	0
Percentiles	25	13	13	9
	50	16	16	12
	75	18	18	16

Como se aprecia en la tabla 5, para los resultados de la media del funcionamiento familiar de la muestra total, se clasifica como un puntaje medio (M = 43.06; D.E.= 8.70), lo que quiere decir, que la percepción del grado de unión familiar que tienen en general los adolescentes participantes en este estudio se encuentra a un nivel adecuado.

Tabla 5

Descriptivos de la Escala de Relaciones Intrafamiliares

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	DE
Escala de Relaciones Intrafamiliares	487	48.00	12	60	43.06	8.70

En la tabla 6, para Unión y apoyo y Expresión, el resultado ubica a la muestra en un nivel medio-bajo. En Dificultades, el resultado se considera medio.

Tabla 6

Descriptivos de las subescalas de Relaciones Intrafamiliares

	N	Media	Desv. Desviación	Varianza
Unión y apoyo	487	15.43	3.80	14.56
Expresión	487	15.45	3.96	15.88
Dificultades	487	12.13	4.30	18.57
N válido (por lista)	487			

Estadísticos descriptivos del bienestar psicológico

Para esta escala, en el primer cuartil se clasifican los puntajes bajos que van de 143 puntos a menos, de 144 a 157 se clasifica medio-bajo, de 159 a 171 es medio-alto y para el tercer cuartil, donde se ubican los puntajes altos de 172 en adelante. Para la mediana el puntaje es de 158.

Tabla 7

Puntaje por cuartiles de la Escala de Bienestar Psicológico

		Escala de Bienestar Psicológico
N	Válido	487
	Perdidos	0
Percentiles	25	143.00
	50	158.00
	75	172.00

La interpretación del puntaje, en la subescala de Autoaceptación (AA), el nivel bajo corresponde el primer cuartil con 21 puntos o menos, que alude a aquellos individuos que perciben insatisfacción con recuerdos y memorias de su pasado, con tendencia a desear cambiar muchos aspectos de sí mismo; de 22 a 23 es medio-bajo, 25 a 27 es medio-alto y de 28 en adelante es un puntaje alto. El puntaje alto refiere a que la aceptación de los múltiples componentes de su personalidad, incluyendo las cualidades y defectos. La mediana es de 24 puntos.

En Relaciones Positivas (RP), 20 puntos o menos es un nivel bajo, concierne a la percepción de que posee muy poca cercanía o intimidad con otras personas, además de dificultad para confiar y ser cálido con otros. El puntaje 21 se considera medio-bajo, 23 a 25 es medio-alto y 26 en adelante es alto, es decir, que la persona considera que tiene relaciones interpersonales satisfactorias y de confianza, con alto sentido de empatía, afecto y calidez.

Para Autonomía (A) las puntuaciones de 26 a menos es considerado bajo, lo que hace referencia a que el individuo de percibe con baja capacidad para resistir las presiones sociales, de 27 a 29 es medio-bajo, de 31 a 34 es medio-alto y de 35

puntos en adelante es un nivel alto, donde la autorregulación de su comportamiento y la persistencia de ideas propias se percibe firme y sólida a través del tiempo.

La subescala de Dominio del Entorno (DoE), 22 puntos a menos es un nivel bajo, sugiere una percepción de falta de autocontrol, con dificultad para manejar las demandas del día a día. 23 a 24 es medio-bajo, 26 a 27 es medio-alto y 28 puntos en adelante es alto. El puntaje alto indica una concepción de sí mismo como capaz y competente para la toma de decisiones, uso efectivo de oportunidades y le permite elegir y modificar un contexto que satisfaga sus necesidades.

La subescala de Crecimiento Personal (CP), se considera 27 a menos como un puntaje bajo, donde el individuo manifiesta poco deseo de mejora o expansión de sí mismo, puede tener tendencia al aburrimiento o desinterés de su vida y con baja capacidad para desarrollar nuevos comportamientos y actitudes. De 28 a 29 es medio-bajo, 31 a 32 es medio-alto y 33 a más es clasificado como alto. En nivel alto, se posee un sentimiento de desarrollo y mejora continua como ser humano, es abierto a experiencias nuevas, esta consciente de su potencial, reflexiona y cambia orientado a un mayor autoconocimiento.

La última subescala, el Propósito en la Vida (PV) de 21 a menos es bajo, que quiere decir, que el individuo no identifica un sentido a su vida, tiene pocas o ninguna meta, con dificultad para relacionar experiencias previas de su vida como aprendizaje. Los puntajes 22 a 23 es medio- bajo, 25 a 29 es medio-alto y de 30 puntos a más es alto. El puntaje alto hace referencia a que la persona tiene creencias que relaciona con propósitos en su vida, tiene objetivos y metas además de un sentido de orientación hacia ellos.

Tabla 8

Puntaje por cuartiles de las subescalas de Bienestar Psicológico (N = 487)

		AA	RP	A	DoE	CP	PV
	Perdido	0	0	0	0	0	0
Perc	25	21	20	26	22	27	21
entile	50	24	22	30	25	30	24
s	75	28	26	35	28	33	30

En cuanto al Bienestar Psicológico, la media obtenida ubica al grupo en un nivel medio (M = 158.54; D.E. = 23.24). Este resultado se interpreta en relación con que los individuos tienden a tener una actitud positiva en cuanto a sí mismos, incluyendo las habilidades y debilidades, además de una visión optimista hacia el futuro.

Tabla 9

Descriptivos de la Escala de Bienestar Psicológico

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	DE
Escala de Bienestar Psicológico	487	145.00	75	220	158.54	23.24
N válido (por lista)	487					

Comparando los puntajes de media de cada subescala con los puntajes por cuartiles para clasificar aquellos que sean bajos, medios y altos, se encontró que, en Autoaceptación, Relaciones Positivas, Autonomía, Dominio del entorno y Crecimiento personal se consideran puntajes medios, sin embargo, en cuanto a Propósito en la vida, se clasifica en medio-alto (ver tabla 10).

Tabla 10

Descriptivos de las subescalas de Bienestar Psicológico

	N	Media	Desv. Desviación	Varianza
Autoaceptación	487	24.47	5.21	27.32
Relaciones positivas	487	22.97	5.12	26.42
Autonomía	487	30.35	5.98	36.93
Dominio del entorno	487	25.28	4.40	19.77
Crecimiento personal	487	30.15	4.81	23.70
Propósito en la vida	487	25.16	5.60	31.89
N válido (por lista)	487			

Estadísticos descriptivos del índice de masa corporal

Una vez vistas las características de los sujetos y de las instituciones participantes, se presenta lo referente a las medidas antropométricas. La media de la estatura corporal dentro de la muestra general fue de 1.59 metros (D.E. = .100), con promedio de peso en kilogramos de 57.17 (D.E. = 15.68).

La clasificación de los individuos de acuerdo con el rango nutricional fue medida a partir de su respectivo IMC, por lo que se consideran los siguientes estados nutricionales: desnutrición, peso normal, sobrepeso y obesidad.

Tabla 11

Descriptivos de las medidas antropométricas

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Estatura	487	1.20	1.90	1.5918	.10019
Peso	487	30	120	57.17	15.688
N válido (por lista)	487				

Como se muestra en la tabla 12, los resultados de clasificación de esta variable indican que el 45.2% de la muestra posee un índice de masa dentro de lo normal, un 30.0% presenta sobrepeso, un 23.4% padece obesidad y un 1.4% clasificó con desnutrición.

Tabla 12

Descriptivos de la clasificación nutricional

		Rango IMC	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Normal	220	45.2
	Sobrepeso	146	30.0
	Obesidad	114	23.4
	Desnutrición	7	1.4
	Total	487	100.0

Para proseguir con el análisis inferencial, se muestra a continuación la tabla 13, con la prueba de normalidad de las variables. La prueba de Kolmogorov-Smirnov indica que los datos no siguen una distribución normal ($p \leq .05$). Debido a que no se cumplen los supuestos para aplicar la estadística paramétrica, se continuará a realizar el análisis inferencial mediante pruebas en su versión no paramétrica.

Por consiguiente, se procedió a analizar la relación entre los componentes de las escalas con el IMC que corresponden al quinto objetivo específico de este estudio, el cual se muestra enseguida.

Tabla 13

Prueba de normalidad para las variables del estudio

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra (N = 487)				
		Índice de masa corporal	Escala de Relaciones Intrafamiliares	Escala de Bienestar Psicológico
Parámetros normales[a,b]	Media	22.3476	43.0695	158.5479
	Desv. Desviación	4.82336	8.70654	24.24274
Máximas diferencias extremas	Absoluto	.077	.067	.088
	Positivo	.077	.044	.088
	Negativo	-.046	-.067	-.042
Estadístico de prueba		.077	.067	.088
Sig. asintótica(bilateral)		.000[c]	.000[c]	.000[c]

Relación entre el funcionamiento familiar, bienestar psicológico e índice de masa corporal

De acuerdo con los resultados de la correlación de Spearman (ver tabla 14), existe una relación significativa entre las relaciones intrafamiliares y el bienestar psicológico ($r_s = .489$; $p = .000$) cuya fuerza es moderada y positiva, lo que quiere decir que, a mayor percepción de relaciones familiares positivas, mayor es el bienestar psicológico.

El bienestar psicológico también muestra una relación estadísticamente significativa con el índice de masa corporal ($r_s = .129$; $p = .004$) de fuerza baja y

positiva. El análisis indica que no existe una asociación entre el funcionamiento familiar y el IMC (p = .827).

Tabla 14

Relación entre en funcionamiento familiar, bienestar psicológico e índice de masa corporal (N = 487)

			Escala de Relaciones Intrafamiliares	Escala de Bienestar Psicológico	Índice de masa corporal
Rho de Spearman	Escala de Relaciones Intrafamiliares	Coeficiente de correlación	1.000	.489**	.010
		Sig. (bilateral)	.	.000	.827
	Escala de Bienestar Psicológico	Coeficiente de correlación	.489**	1.000	.129**
		Sig. (bilateral)	.000	.	.004
	Índice de masa corporal	Coeficiente de correlación	.010	.129**	1.000
		Sig. (bilateral)	.827	.004	.

Como se aprecia en la tabla 15, la subescala de Bienestar Psicológico de Autoaceptación, correlaciona positivamente y de fuerza baja con las subvariables de Relaciones Intrafamiliares de Expresión (r_s = 3.17; p = .000) y Unión y apoyo (r_s = .300; p = .000). En cuanto a la subvariable de Dificultades, se considera de fuerza moderada (r_s = 430; p = .000).

La subvariable de Relaciones positivas también obtuvo asociación positiva de fuerza baja con todas las subvariables de Relaciones Intrafamiliares (p = .000). En cuanto a la subvariable de Autonomía, no presentó correlación con la subvariable de Unión y apoyo (p = .092), pero si se asoció positivamente y de fuerza baja con Expresión (r_s = .097; p = .033) y Dificultades (r_s = .365; p = .000).

Las subvariables de Dominio del entorno y Crecimiento personal correlacionaron positivamente y con fuerza baja con todas las subescalas de Relaciones Intrafamiliares (p = .000). Por último, Propósito en la vida obtuvo una asociación positiva de fuerza moderada con la subvariable de Dificultades (r_s = .471,

p = .000), con Expresión y Unión y apoyo las correlaciones fueron positivas de fuerza baja (p = .000).

Tabla 15

Análisis de correlación entre las subescalas de Funcionamiento Familiar y Bienestar Psicológico (N = 487)

Correlaciones					
			Expresión	**Dificultades**	**Unión y apoyo**
Rho de Spearman	Autoaceptación	Coeficiente de correlación	.317**	.430**	.300**
		Sig. (bilateral)	.000	.000	.000
	Relaciones positivas	Coeficiente de correlación	.177**	.329**	.159**
		Sig. (bilateral)	.000	.000	.000
	Autonomía	Coeficiente de correlación	.097*	.365**	.076
		Sig. (bilateral)	.033	.000	.092
	Dominio del entorno	Coeficiente de correlación	.263**	.381**	.254**
		Sig. (bilateral)	.000	.000	.000
	Crecimiento personal	Coeficiente de correlación	.198**	.282**	.189**
		Sig. (bilateral)	.000	.000	.000
	Propósito en la vida	Coeficiente de correlación	.163**	.471**	.159**
		Sig. (bilateral)	.000	.000	.000

El análisis de correlación de la tabla 16 demuestra que existe relación significativa de fuerza baja y positiva entre todas las subescalas de bienestar psicológico e IMC a excepción de la subescala de Autoaceptación (p = .423).

Tabla 16

Correlación entre las subescalas de Bienestar Psicológico e IMC (N = 487)

Correlaciones			
			Índice de masa corporal
Rho de Spearman	Autoaceptación	Coeficiente de correlación	.036
		Sig. (bilateral)	.423
	Relaciones positivas	Coeficiente de correlación	.110*
		Sig. (bilateral)	.016
	Autonomía	Coeficiente de correlación	.121**
		Sig. (bilateral)	.008
	Dominio del entorno	Coeficiente de correlación	.126**
		Sig. (bilateral)	.005
	Crecimiento personal	Coeficiente de correlación	.162**
		Sig. (bilateral)	.000
	Propósito en la vida	Coeficiente de correlación	.129**
		Sig. (bilateral)	.004

Como se aprecia en la tabla de 17, no existe asociación entre las subescalas de Dificultades, Unión y apoyo y Expresión con el IMC ($p \leq .05$).

Para llevar a cabo el quinto objetivo específico que es evaluar si existen diferencias entre los sujetos pertenecientes a las instituciones en relación del funcionamiento familiar, bienestar psicológico e índice de masa corporal se aplicó un análisis de varianza en su versión no paramétrica, los resultados se muestran a continuación.

Tabla 17

Correlación entre las subescalas de Relaciones Intrafamiliares con IMC (N = 487)

		Índice de masa corporal
Unión y apoyo	Coeficiente de correlación	-.070
	Sig. (bilateral)	.124
Expresión	Coeficiente de correlación	-.052
	Sig. (bilateral)	.254
Dificultades	Coeficiente de correlación	.079
	Sig. (bilateral)	.082

En la tabla 18 se puede observar el análisis de varianza, que indica que no existen diferencias significativas de funcionamiento familiar entre los grupos de estado nutricional (H = 1.028; p = .794).

Tabla 18

Análisis de la varianza del Funcionamiento Familiar respecto al estado nutricional

Estadísticos de prueba[a,b]	
	Escala de Relaciones Intrafamiliares
H de Kruskal-Wallis	1.028
gl	3
Sig. asintótica	.794

El análisis confirma que existen diferencias significativas de ésta variable en relación al estado de nutrición (H = 11.313; p = .010). Para poder determinar, en cuáles grupos existen las variaciones, se aplicó la prueba post hoc Games-Howell.

Tabla 19

Análisis de varianza del Bienestar psicológico respecto al estado nutricional

Estadísticos de prueba[a,b]	
	Escala de Bienestar Psicológico
H de Kruskal-Wallis	11.313
gl	3
Sig. asintótica	.010

Las diferencias significativas son entre el estado nutricional normal y el de obesidad (p = .016). Las medias para estas clasificaciones es de 164.26 (D.E. = 24.34) para los individuos con obesidad que es un nivel medio-alto y 156.31 (D.E. = 20.13) para los que se encuentran en un estado normal, siendo nivel medio-bajo. No se encontraron diferencias significativas con los demás grupos (p ≤ .05).

Tabla 20

Prueba post hoc Games-Howell para el bienestar psicológico respecto al estado nutricional

					Intervalo de confianza al 95%	
(I) Rango IMC	**(J) Rango IMC**	**Diferencia de medias (I-J)**	**Desv. Error**	**Sig.**	**Límite inferior**	**Límite superior**
Normal	Sobrepeso	-1.59123	2.50906	.921	-8.0789	4.8964
	Obesidad	-7.94789*	2.65336	.016	-14.8237	-1.0721
	Desnutrición	7.31550	12.99947	.940	-37.3780	52.0090
Sobrepeso	Normal	1.59123	2.50906	.921	-4.8964	8.0789
	Obesidad	-6.35666	3.10628	.174	-14.3912	1.6779
	Desnutrición	8.90673	13.09942	.901	-35.7145	53.5280
Obesidad	Normal	7.94789*	2.65336	.016	1.0721	14.8237
	Sobrepeso	6.35666	3.10628	.174	-1.6779	14.3912
	Desnutrición	15.26339	13.12783	.668	-29.3401	59.8669
Desnutrición	Normal	-7.31550	12.99947	.940	-52.0090	37.3780
	Sobrepeso	-8.90673	13.09942	.901	-53.5280	35.7145
	Obesidad	-15.26339	13.12783	.668	-59.8669	29.3401

Dentro de las subescalas de bienestar psicológico, no se encontraron diferencias significativas en Autoaceptación (AA) ni en las Relaciones positivas (RP)

en relación al estado de nutrición (p ≤ .05). En consiguiente, existen diferencias significativas con la subescala de Autonomía (H = 10.515; p = .015), Dominio del entorno (H = 9.748; p = .021), Crecimiento personal (H = 14.168; p = .003) y Propósito en la vida (H = 10.818; p = .013).

Tabla 21

Análisis de varianza de las subescalas de Bienestar psicológico

Estadísticos de prueba[a,b]						
	AA	RP	A	DomE	CP	PoV
H de Kruskal-Wallis	7.330	6.503	10.515	9.748	14.168	10.818
gl	3	3	3	3	3	3
Sig. asintótica	.062	.090	.015	.021	.003	.013

En Autonomía, existen diferencias significativas entre los individuos de estado nutricional normal y aquellos con obesidad (p = .25), donde los adolescentes con obesidad obtuvieron puntuaciones más altas (M = 31.98), pero que se encuentran en un nivel medio-alto del puntaje de calificación general, en cuanto a aquellos con IMC normal (M = 29.96), se clasifican en un nivel medio-bajo de ésta subescala (ver tabla 22).

Del mismo modo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los individuos con sobrepeso y con los que presentan obesidad (p = .038). La media de los adolescentes con sobrepeso para ésta subescala es de 29.77, que los ubica en un nivel medio-bajo.

Para la subescala de Dominio del Entorno también se encontraron diferencias significativas entre medias (p = .014), entre los individuos de IMC normal (M = 24.68) que se clasifican como medio-bajo y las personas con obesidad (M = 26.29), como medio-alto. No se demostraron diferencias significativas entre los otros grupos (p ≤ .05).

En la subescala de Crecimiento Personal, existen diferencias entre los adolescentes de peso normal y aquellos que presentan obesidad (*p* = .008). Los individuos con obesidad de ésta muestra se perciben con mayor motivación para

desarrollar capacidades y ponteciales propios (M = 31.51), que los clasifica en nivel medio-alto en comparación con los adolescentes de IMC normal (M = 29.75), que corresponde a medio-bajo

Para la última subescala, de Propósito en la vida, el análisis de varianza demostró diferencias significativas entre los adolescentes de peso normal y los que padecen obesidad (p = .028). Las medias de ambos grupos ubican a los individuos de peso normal (M = 24.52) en un nivel medio, mientras que los individuos con obesidad (M = 26.43) en nivel medio-alto.

Tabla 22

Prueba post hoc Games-Howell para las subescalas de Bienestar psicológico respecto al estado nutricional

Variable dependiente	(I) Rango IMC	(J) Rango IMC	Diferencia de medias (I-J)	Desv. Error	Sig.	Intervalo de confianza al 95% Límite inferior	Límite superior
Autoaceptación	Normal	Sobrepeso	.14608	.56060	.994	-1.3023	1.5944
		Obesidad	-1.08812	.59708	.266	-2.6337	.4575
		Desnutrición	-1.18336	2.09657	.939	-8.3224	5.9556
	Sobrepeso	Normal	-.14608	.56060	.994	-1.5944	1.3023
		Obesidad	-1.23420	.66136	.245	-2.9449	.4765
		Desnutrición	-1.32944	2.11577	.920	-8.4577	5.7989
	Obesidad	Normal	1.08812	.59708	.266	-.4575	2.6337
		Sobrepeso	1.23420	.66136	.245	-.4765	2.9449
		Desnutrición	-.09524	2.12573	1.000	-7.2193	7.0288
	Desnutrición	Normal	1.18336	2.09657	.939	-5.9556	8.3224
		Sobrepeso	1.32944	2.11577	.920	-5.7989	8.4577
		Obesidad	.09524	2.12573	1.000	-7.0288	7.2193
Relaciones positivas	Normal	Sobrepeso	-.63259	.55225	.662	-2.0597	.7945
		Obesidad	-1.49776	.59379	.059	-3.0355	.0399
		Desnutrición	1.30675	1.33908	.767	-3.1649	5.7784
	Sobrepeso	Normal	.63259	.55225	.662	-.7945	2.0597
		Obesidad	-.86518	.66741	.566	-2.5916	.8613
		Desnutrición	1.93933	1.37331	.528	-2.5276	6.4063
	Obesidad	Normal	1.49776	.59379	.059	-.0399	3.0355
		Sobrepeso	.86518	.66741	.566	-.8613	2.5916
		Desnutrición	2.80451	1.39054	.259	-1.6651	7.2741
	Desnutrición	Normal	-1.30675	1.33908	.767	-5.7784	3.1649
		Sobrepeso	-1.93933	1.37331	.528	-6.4063	2.5276
		Obesidad	-2.80451	1.39054	.259	-7.2741	1.6651
Autonomía	Normal	Sobrepeso	.19296	.64215	.991	-1.4673	1.8533
		Obesidad	-1.94365*	.68150	.025	-3.7096	-.1777
		Desnutrición	1.69533	3.67936	.965	-10.9692	14.3599
	Sobrepeso	Normal	-.19296	.64215	.991	-1.8533	1.4673
		Obesidad	-2.13660*	.79459	.038	-4.1919	-.0813
		Desnutrición	1.50238	3.70197	.976	-11.1451	14.1498
	Obesidad	Normal	1.94365*	.68150	.025	.1777	3.7096
		Sobrepeso	2.13660*	.79459	.038	.0813	4.1919
		Desnutrición	3.63898	3.70900	.765	-9.0037	16.2817
	Desnutrición	Normal	-1.69533	3.67936	.965	-14.3599	10.9692
		Sobrepeso	-1.50238	3.70197	.976	-14.1498	11.1451
		Obesidad	-3.63898	3.70900	.765	-16.2817	9.0037

Dominio del entorno	Normal	Sobrepeso	-.83805	.45828	.262	-2.0223	.3462
		Obesidad	-1.58036*	.52068	.014	-2.9294	-.2313
		Desnutrición	2.11877	2.14246	.761	-5.2243	9.4618
	Sobrepeso	Normal	.83805	.45828	.262	-.3462	2.0223
		Obesidad	-.74231	.57865	.575	-2.2395	.7549
		Desnutrición	2.95682	2.15729	.556	-4.3761	10.2898
	Obesidad	Normal	1.58036*	.52068	.014	.2313	2.9294
		Sobrepeso	.74231	.57865	.575	-.7549	2.2395
		Desnutrición	3.69912	2.17140	.393	-3.6260	11.0243
	Desnutrición	Normal	-2.11877	2.14246	.761	-9.4618	5.2243
		Sobrepeso	-2.95682	2.15729	.556	-10.2898	4.3761
		Obesidad	-3.69912	2.17140	.393	-11.0243	3.6260
Crecimiento personal	Normal	Sobrepeso	-.15391	.51776	.991	-1.4926	1.1848
		Obesidad	-1.71376*	.53308	.008	-3.0947	-.3328
		Desnutrición	4.19247	3.21852	.593	-6.8952	15.2801
	Sobrepeso	Normal	.15391	.51776	.991	-1.1848	1.4926
		Obesidad	-1.55985	.62641	.064	-3.1800	.0603
		Desnutrición	4.34638	3.23528	.571	-6.7282	15.4210
	Obesidad	Normal	1.71376*	.53308	.008	.3328	3.0947
		Sobrepeso	1.55985	.62641	.064	-.0603	3.1800
		Desnutrición	5.90623	3.23777	.346	-5.1666	16.9790
	Desnutrición	Normal	-4.19247	3.21852	.593	-15.2801	6.8952
		Sobrepeso	-4.34638	3.23528	.571	-15.4210	6.7282
		Obesidad	-5.90623	3.23777	.346	-16.9790	5.1666
Propósito en la vida	Normal	Sobrepeso	-.55657	.59290	.784	-2.0888	.9756
		Obesidad	-1.85969*	.66282	.028	-3.5768	-.1425
		Desnutrición	-1.46068	2.17725	.905	-8.8787	5.9573
	Sobrepeso	Normal	.55657	.59290	.784	-.9756	2.0888
		Obesidad	-1.30312	.74036	.295	-3.2186	.6124
		Desnutrición	-.90411	2.20209	.975	-8.3085	6.5003
	Obesidad	Normal	1.85969*	.66282	.028	.1425	3.5768
		Sobrepeso	1.30312	.74036	.295	-.6124	3.2186
		Desnutrición	.39901	2.22194	.998	-6.9982	7.7963
	Desnutrición	Normal	1.46068	2.17725	.905	-5.9573	8.8787
		Sobrepeso	.90411	2.20209	.975	-6.5003	8.3085
		Obesidad	-.39901	2.22194	.998	-7.7963	6.9982

El análisis de varianza en la tabla 23 indica que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto a las variables del estudio ($p \leq .05$).

De acuerdo al quinto objetivo específico del estudio, se buscó evaluar las diferencias de funcionamiento familiar, bienestar psicológico e índice de masa corporal de los tres estratos sociales mediante el análisis Kruskal-Wallis, con ajuste de Games-Howell en el análisis post hoc de las variables, ya que ninguna presentó homogeneidad de varianzas ($p \leq .05$).

Tabla 23

Análisis de varianza de cada una de las variables respecto al sexo

Estadísticos de prueba[a]			
	Índice de masa corporal	Escala de Bienestar Psicológico	Escala de Relaciones Intrafamiliares
U de Mann-Whitney	27930.000	27942.500	28510.000
W de Wilcoxon	67551.000	67563.500	68131.000
Z	-.660	-.652	-.282
Sig. asintótica(bilateral)	.509	.514	.778

Diferencias entre el funcionamiento familiar, bienestar psicológico e índice de masa corporal con respecto a la ubicación de la zona geográfica de bajo, medio y alto ingreso

De acuerdo a la clasificación por cuartiles, la media del funcionamiento familiar (M = 45.48, D.E. = 9.12) se ubica en un nivel medio-bajo, para las subescalas de Unión y Apoyo (M = 15.38, D.E. = 3.71) y Expresión (M = 15.52, D.E. = 3.77) son niveles medio-bajo. Por último, en la subescala de Dificultades se clasifica como medio-alto, lo que quiere decir que perciben obstáculos dentro de su familia para resolver diferencias y conflictos. De las tres zonas geográficas, la zona de ingreso bajo fue la que obtuvo menor puntuación en las relaciones familiares.

Tabla 24

Estadísticos descriptivos de la Escala de Relaciones Intrafamiliares y sus subescalas de la zona de ingreso bajo

Estadísticos descriptivos[a]				
	N	Media	Desv. Desviación	Varianza
Escala de Relaciones Intrafamiliares	155	45.4866	9.12491	83.264
Expresión	155	15.5285	3.77975	14.287
Dificultades	155	14.5170	3.19704	10.221
Unión y apoyo	155	15.3825	3.71717	13.817

Nota: El número de participantes corresponde a aquellos que pertenecen a la zona de ingreso bajo.

En la tabla 25, la puntuación total del funcionamiento familiar ubica a la zona de ingreso bajo en un nivel medio-alto (M = 41.18, D.E. = 5.46). Las subescalas de Expresión (M = 16.12, D.E. = 3.58) y Unión y apoyo (M = 16.09, D.E. = 3.41) se ubican en nivel medio.

La subescala Dificultades se ubica en nivel alto, lo que indica que perciben facilidad dentro de su familia para resolver diferencias entre sus miembros. La clasificación de la media general de esta variable fue la más alta de las tres zonas geográficas.

Tabla 25

Estadísticos descriptivos de la Escala de Relaciones Intrafamiliares y sus subescalas de la zona de ingreso medio

	N	Media	Desv. Desviación	Varianza
Escala de Relaciones Intrafamiliares	182	41.1876	5.46418	29.857
Expresión	182	16.1209	3.58121	12.825
Dificultades	182	8.9513	3.42352	11.720
Unión y apoyo	182	16.0958	3.41968	11.694

Nota: El número de participantes corresponde a aquellos que pertenecen a la zona de ingreso medio.

La media general obtenida en el funcionamiento familiar por la zona de ingreso alto los clasifica como medio-bajo (M = 42.85, D.E. = 10.69). La subescala de Unión y Apoyo (M = 14.67, D.E. = 4.18) y Expresión (M = 14.57, D.E. = 4.41) se ubican como puntajes medio-bajo. Para la subescala de Dificultades, el resultado es medio-bajo, lo que sugiere que perciben obstáculos dentro de su familia para resolver posibles conflictos que puedan surgir.

Tabla 26

Estadísticos descriptivos de la Escala de Relaciones Intrafamiliares y sus subescalas de la zona de ingreso alto

Estadísticos descriptivos[a]				
	N	Media	Desv. Desviación	Varianza
Escala de Relaciones Intrafamiliares	150	42.8552	10.69933	114.476
Expresión	150	14.5789	4.41720	19.512
Dificultades	150	13.5400	3.90771	15.270
Unión y apoyo	150	14.6733	4.18450	17.510

Nota: El número de participantes corresponde a aquellos que pertenecen a la zona de ingreso alto.

El puntaje general de Bienestar Psicológico clasifica a la zona de ingreso bajo en un nivel medio-alto (M = 164.76, D.E. = 21.74). La subescala de Autoaceptación (M = 25.91, D.E. = 6.15), Relaciones Positivas (M = 23.44, D.E. = 5.19), Autonomía (M = 32.00, D.E. = 4.96) y Propósito en la Vida (M = 27.22, D.E. = 5.73) se consideran puntajes medio-alto. Por su parte, la subescala de Dominio del entorno (M = 25.94, D.E. = 4.21) y Crecimiento personal (M = 30.44, D.E. = 4.23) se consideran puntajes medios.

Tabla 27

Estadísticos descriptivos de la Escala de Bienestar Psicológico y sus subescalas de la zona de ingreso bajo

	N	Media	Desv. Desviación	Varianza
Escala de Bienestar Psicológico	155	164.7662	21.74597	472.887
Autoaceptación	155	25.9127	6.15764	37.917
Relaciones positivas	155	23.4452	5.19133	26.950
Autonomía	155	32.0008	4.96760	24.677
Dominio del entorno	155	25.9445	4.21431	17.760
Crecimiento personal	155	30.4455	4.23452	17.931
Propósito en la vida	155	27.2215	5.73390	32.878

Nota: El número de participantes corresponde a aquellos que pertenecen a la zona de ingreso bajo.

El puntaje general en el bienestar psicológico, los individuos de la zona de

ingreso medio (M = 146.22, D.E. = 13.44) se considera medio-bajo. Por su parte, las subescalas de Autoaceptación (M = 22.87, D.E. = 2.58), Relaciones Positivas (M = 21.85, D.E. = 3.58), Autonomía (M = 27.46, D.E. = 5.39), Dominio del entorno (M = 23.44, D.E. = 3.27) y Crecimiento personal (M = 28.73, D.E. = 4.33) se clasifican en un nivel medio-bajo, por último, la subescala de Propósito en la vida (M = 21.53, D.E. = 2.29) se considera un puntaje bajo.

Tabla 28

Estadísticos descriptivos de la Escala de Bienestar Psicológico y sus subescalas de la zona de ingreso medio

	N	Media	Desv. Desviación	Varianza
Escala de Bienestar Psicológico	182	146.2254	13.44350	180.728
Autoaceptación	182	22.8762	2.58703	6.693
Relaciones positivas	182	21.8513	3.58084	12.822
Autonomía	182	27.4603	5.39116	29.065
Dominio del entorno	182	23.4497	3.27033	10.695
Crecimiento personal	182	28.7379	4.33421	18.785
Propósito en la vida	182	21.5339	2.29395	5.262

Nota: El número de participantes corresponde a aquellos que pertenecen a la zona de ingreso medio.

La clasificación para el bienestar psicológico general ubica a la zona de ingreso alto en nivel medio-alto (M = 167.07, D.E. = 27.47), siendo esta zona la que obtuvo el mayor puntaje en comparación con las demás zonas. De las subescalas, Autoaceptación se clasifica en nivel medio (M = 24.92, D.E. = 5.98), mientras que el resto de las subescalas, se ubican en nivel medio-alto.

Tabla 29

Estadísticos descriptivos de la Escala de Bienestar Psicológico y sus subescalas de la zona de ingreso alto

	N	Media	Desv. Desviación	Varianza

Escala de Bienestar Psicológico	150	167.0735	27.47555	754.906
Autoaceptación	150	24.9232	5.98117	35.774
Relaciones positivas	150	23.8398	6.30021	39.693
Autonomía	150	32.1628	6.29363	39.610
Dominio del entorno	150	26.8171	4.98783	24.878
Crecimiento personal	150	31.5610	5.46404	29.856
Propósito en la vida	150	27.4377	6.03667	36.441

Nota: El número de participantes corresponde a aquellos que pertenecen a la zona de ingreso alto.

Como se aprecia en la tabla 30, la media de estatura fue de 1.56 (D.E. = .095) y de peso en kilogramos de 51.79 (D.E. = 11.77), finalmente el IMC fue de 21.01 (D.E. = 4.00).

Lo que corresponde a la zona de ingreso bajo sobre la clasificación nutricional, un 16.1% se encuentra con obesidad, un 25.2% con sobrepeso, 56.1% en normopeso y un 2.6% con desnutrición.

Tabla 30

Estadísticos descriptivos de las medidas antropométricas e IMC de la zona de ingreso bajo

	N	Media	Desv. Desviación	Varianza
Estatura	155	1.5681	.09507	.009
Peso	155	51.79	11.770	138.531
Índice de masa corporal	155	21.0120	4.00817	16.065

Nota: El número de participantes corresponde a aquellos que pertenecen a la zona de ingreso bajo.

La media de la estatura de los participantes de la zona de ingreso medio fue de 1.56 (D.E. = .094), del peso fue de 52.63 (D.E. = 13.06) y un IMC de 21.26 (D.E. = 4.66). Para la clasificación nutricional, el 15.4% padece obesidad, 31.3% con sobrepeso, 51.6% en peso normal y un 1.6% con desnutrición (tabla 31).

Tabla 31

Estadísticos descriptivos de las medidas antropométricas e IMC de la zona de ingreso medio

Estadísticos descriptivos[a]				
	N	Media	Desv. Desviación	Varianza
Estatura	182	1.5697	.09465	.009
Peso	182	52.63	13.067	170.755
Índice de masa corporal	182	21.2641	4.66537	21.766

Nota: El número de participantes corresponde a aquellos que pertenecen a la zona de ingreso medio.

Para la zona de ingreso alto, la media de altura en metros fue de 1.64 (D.E. = .093), con una peso en kilogramos de 68.23 (D.E. = 16.54) y un IMC de 25.04 (D.E. = 4.71).

En cuanto a la clasificación nutricional, un 40.7% presenta obesidad, 33.3% con sobrepeso y un 26% en normopeso, siendo esta zona la que mayor porcentaje presentó de casos con sobrepeso y obesidad.

Tabla 32

Estadísticos descriptivos de las medidas antropométricas e IMC de la zona de ingreso alto

	N	Media	Desv. Desviación	Varianza
Estatura	150	1.6430	.09328	.009
Peso	150	68.23	16.541	273.589
Índice de masa corporal	150	25.0423	4.71587	22.239

Nota: El número de participantes corresponde a aquellos que pertenecen a la zona de ingreso alto.

Los resultados indican que existen diferencias entre las puntuaciones de bienestar psicológico, relaciones intrafamiliares e índice de masa corporal con respecto a la ubicación geográfica de nivel bajo, medio y alto ingreso (p = .000).

Para poder determinar específicamente en qué grupos se encuentran las diferencias, se llevó a cabo el análisis post hoc que se muestra a continuación.

Tabla 33

Análisis de varianza de cada una de las variables respecto a la ubicación de zona geográfica

	Escala de Bienestar Psicológico	Escala de Relaciones Intrafamiliares	Índice de masa corporal
H de Kruskal-Wallis	106.882	30.780	70.786
gl	2	2	2
Sig. asintótica	.000	.000	.000

En la variable de bienestar psicológico, la zona de ingreso alto difiere de la zona de ingreso medio (p = .000), sin embargo no existen diferencias de éste con la zona de ingreso bajo (p = .696). También existen diferencias significativas entre la zona de ingreso medio y la zona de ingreso bajo (p = .000).

De acuerdo a las puntuaciones obtenidas en la escala de cada secundaria, el nivel más alto de bienestar psicológico fue reportado por la zona de ingreso alto (M = 167.07), después por la zona de ingreso bajo (M = 164.76) y por último, la zona de ingreso medio (M = 146.22).

Para el funcionamiento familiar, se encontraron diferencias significativas entre la zona de ingreso medio y la zona de ingreso bajo (p = .000). No se hallaron diferencias entre la zona de ingreso alto y la zona de ingreso bajo (p = .056) ni la de ingreso medio (p = .196). Las medias de cada grupo se ubican de la siguiente manera, para la zona de ingreso medio (M = 41.18; D.E. = 5.49) la cual se considera un puntaje medio-alto, seguido de la zona alta (M = 42.85; D.E. = 10.84) y la zona baja (M = 45.48; D.E. = 9.29) que se clasifican como puntuaciones medio-bajo.

El índice de masa corporal tuvo diferencias estadísticamente significativas entre la zona de ingreso alto con la de ingreso medio y bajo (p = .000). No se hallaron variaciones entre las zonas media y baja (p = .855). El promedio de IMC de cada zona ubica a la zona de ingreso alto con el puntaje mayor (M = 25.04), después a la zona de ingreso medio (M = 21.26) y la baja (M = 21.01).

Tabla 34

Prueba post hoc Games-Howell para comparaciones múltiples entre los grupos

Variable dependiente	(I) Secundaria	(J) Secundaria	Diferencia de medias (I-J)	Desv. Error	Sig.
Escala de Bienestar Psicológico	ZIA	ZIM	20.84809*	2.45473	.000
		ZIB	2.30728	2.84317	.696
	ZIM	ZIA	-20.84809*	2.45473	.000
		ZIB	-18.54081*	2.01094	.000
	ZIB	ZIA	-2.30728	2.84317	.696
		ZIM	18.54081*	2.01094	.000
Escala de Relaciones Intrafamiliares	ZIA	ZIM	1.66761	.96292	.196
		ZIB	-2.63137	1.14033	.056
	ZIM	ZIA	-1.66761	.96292	.196
		ZIB	-4.29898*	.83740	.000
	ZIB	ZIA	2.63137	1.14033	.056
		ZIM	4.29898*	.83740	.000
Índice de masa corporal	ZIA	ZIM	3.77820*	.51755	.000
		ZIB	4.03027*	.50191	.000
	ZIM	ZIA	-3.77820*	.51755	.000
		ZIB	.25207	.47248	.855
	ZIB	ZIA	-4.03027*	.50191	.000
		ZIM	-.25207	.47248	.855

Nota: ZIB es la abreviación de zona de ingreso bajo, ZIM es la abreviación de zona de ingreso medio y ZIA es la abreviación de zona de ingreso alto.

La prueba Kruskal-Wallis indica que existen diferencias entre las tres subescalas del funcionamiento familiar (p = <.05), por lo que se prosigue con el análisis post hoc Games-Howell para conocer el cuál de los tres grupos se encuentran las diferencias.

Tabla 35

Análisis de varianza de las subescalas de funcionamiento familiar con respecto a la zona geográfica

	Unión y apoyo	Expresión	Dificultades
H de Kruskal-Wallis	10.016	9.403	167.688
gl	2	2	2
Sig. asintótica	.007	.009	.000

En la subescala de Unión y apoyo, la zona alta y media difieren una de la otra (*p* = .003). No se encontraron diferencias entre los otros grupos en esta subvariable. Las puntuaciones clasifican a la zona media con el puntaje más alto (M = 16.09; D.E. = 3.41), después a la zona de ingreso bajo (M = 15.38; D.E. = 3.71) y por último a la zona de ingreso alto (M = 14.67; D.E. = 4.18). En cuanto a la clasificación por cuartiles, el resultado de las tres zonas geográficas se ubica en un nivel medio-bajo.

La subvariable de Expresión, nuevamente se identificaron diferencias significativas entre la zona alta y la zona media (p = .002). El análisis no encontró divergencias con los otros grupos (p = >.05). El puntaje más alto dentro de este grupo lo obtuvo la zona media (M = 16.12; D.E. = 3.58), que es un puntaje medio, seguido de la zona baja (M = 15.52; D.E. = 3.77) y la zona alta (M = 14.57; D.E. = 4.41), que se consideran puntajes medio-bajo.

Para la subvariable de Dificultades, se encontraron variaciones significativas entre los tres grupos de zona geográfica (*p* = <.05). Debido a que esta subescala maneja puntajes inversos, lo que quieren decir que, a menor puntaje, menores son las dificultades percibidas para manejar problemas dentro de la familia. La clasificación ubica a la zona de ingreso medio (M = 8.95; D.E. = 3.42), siendo considerado un puntaje de nivel alto, en segunda instancia, se sitúa la zona de ingreso alto (M = 13.54; D.E. = 3.90) con un nivel medio-bajo y posterior, la zona de ingreso bajo (M = 14.51; D.E. = 3.19) que también se ubica en el mismo grado.

Tabla 36

Análisis post hoc Games-Howell para comparaciones múltiples entre los grupos

Comparaciones múltiples					
Games-Howell					
Variable dependiente	(I) Secundaria	(J) Secundaria	Diferencia de medias (I-J)	Desv. Error	Sig.
Unión y apoyo	ZIA	ZIM	-1.42244*	.42543	.003
		ZIB	-.70920	.45374	.263
	ZIM	ZIA	1.42244*	.42543	.003
		ZIB	.71324	.39166	.164
	ZIB	ZIA	.70920	.45374	.263
		ZIM	-.71324	.39166	.164
Expresión	ZIA	ZIM	-1.54202*	.44782	.002
		ZIB	-.94962	.47143	.111
	ZIM	ZIA	1.54202*	.44782	.002
		ZIB	.59240	.40328	.307
	ZIB	ZIA	.94962	.47143	.111
		ZIM	-.59240	.40328	.307
Dificultades	ZIA	ZIM	4.58870*	.40768	.000
		ZIB	-.97701*	.40957	.046
	ZIM	ZIA	-4.58870*	.40768	.000
		ZIB	-5.56571*	.36103	.000
	ZIB	ZIA	.97701*	.40957	.046
		ZIM	5.56571*	.36103	.000

Nota: ZIB es la abreviación de zona de ingreso bajo, ZIM es la abreviación de zona de ingreso medio y ZIA es la abreviación de zona de ingreso alto.

Como se puede apreciar en la tabla 37, el valor de p de la prueba Kruskal-Wallis indica que existen variaciones entre los grupos (p = .000).

Tabla 37

Análisis de la varianza de las subescalas de bienestar psicológico con respecto a la zona geográfica

Estadísticos de prueba[a,b]						
	AA	**RP**	**A**	**DomE**	**CP**	**PoV**
H de Kruskal-Wallis	56.808	18.043	72.744	56.491	26.641	145.667
gl	2	2	2	2	2	2
Sig. asintótica	.000	.000	.000	.000	.000	.000

Para la subvariable de Autoaceptación, se encontraron diferencia de medias entre la zona de ingreso medio con la zona de ingreso alto y la zona de ingreso bajo (p = .000). No se detectaron diferencias significativas entre la zona alta y baja (p = .330). La clasificación por puntaje mayor a menor comienza con la zona de ingreso bajo (M = 25.91; D.E. = 6.15), que lo ubica en un nivel medio-alto, seguido de la zona de ingreso alta (M = 24.92; D.E. = 5.98) que es una calificación promedio y la zona media (M = 22.87; D.E. = 2.58), siendo este último un puntaje medio-bajo.

En las Relaciones Positivas, existen diferencia de medias entre la zona alta y media (p = .002), ésta última también es diferente de la zona de ingreso bajo (p = .004). La zona de ingreso alto obtuvo un puntaje alto (M = 23.8; D.E. = 5.19), después la zona alta (M = 23.84; D.E. = 6.32), que es medio-alto, y por último, la zona media (M = 21.83; D.E. = 3.59) que se clasifica como medio-bajo.

La percepción de Autonomía obtuvo diferencias nuevamente entre la zona de ingreso medio con la zona alta y baja (p = .000). El puntaje obtenido por la zona alta (M = 32.16; D.E. = 6.29) y la baja (M = 32.00; D.E. = 4.96) se clasifican como medio-alto, para la zona media (M = 27.46; D.E. = 5.39) es medio-bajo.

En la subvariable de Dominio del Entorno las diferencias significativas se aprecian entre la zona media con la zona alta y la baja (p = .000). La clasificación por puntaje de la zona de ingreso alto (M = 26.81; D.E. = 4.98) y la zona de ingreso bajo (M = 25.94; D.E. = 4.21) pertenecen al nivel medio, por consiguiente, el resultado de la zona media (M = 23.44; D.E. = 3.27) es medio-bajo.

En la medición que corresponde a Crecimiento Personal, no hubo diferencias significativas entre la zona de ingreso bajo y el alto (p = <.05), pero si las hubo entre éstos y la zona media (p = >.05). El resultado medio-alto corresponde a la zona de ingreso alto (M = 31.56, D.E. = 5.46), el resultado medio para la zona de ingreso bajo (M = 30.44, D.E. = 4.23) y posteriormente, medio-bajo para la zona media (M = 28.73; D.E. = 4.33).

En la última subvariable, que corresponde a Propósito en la vida, no hubo diferencias entre la zona de ingreso alto y la zona de ingreso bajo (p = <.05), en contraste, si hubo diferencias estadísticamente significativas entre dichas zonas mencionadas y la zona media (p = >.05). La zona de ingreso alto (M = 27.43, D.E.

= 6.03) y la zona de ingreso bajo (M = 27.22, D.E. = 5.73) obtuvieron puntajes clasificados como medio-alto, en cuanto a la zona media (M = 21.53, D.E. = 2.29) se clasificó como bajo.

Tabla 38

Análisis post hoc Games-Howell para comparaciones múltiples entre los grupos

Variable dependiente	(I) Secundaria	(J) Secundaria	Diferencia de medias (I-J)	Desv. Error	Sig.	Intervalo de confianza al 95% Límite inferior
Autoaceptación	ZIA	ZIM	2.04693*	.52466	.000	.8078
		ZIB	-.98958	.69507	.330	-2.6267
	ZIM	ZIA	-2.04693*	.52466	.000	-3.2861
		ZIB	-3.03650*	.53047	.000	-4.2891
	ZIB	ZIA	.98958	.69507	.330	-.6475
		ZIM	3.03650*	.53047	.000	1.7839
Relaciones positivas	ZIA	ZIM	1.98848*	.57885	.002	.6228
		ZIB	.39465	.66218	.822	-1.1654
	ZIM	ZIA	-1.98848*	.57885	.002	-3.3542
		ZIB	-1.59383*	.49429	.004	-2.7588
	ZIB	ZIA	-.39465	.66218	.822	-1.9547
		ZIM	1.59383*	.49429	.004	.4289
Autonomía	ZIA	ZIM	4.70250*	.65097	.000	3.1691
		ZIB	.16198	.65059	.966	-1.3709
	ZIM	ZIA	-4.70250*	.65097	.000	-6.2359
		ZIB	-4.54052*	.56471	.000	-5.8700
	ZIB	ZIA	-.16198	.65059	.966	-1.6948
		ZIM	4.54052*	.56471	.000	3.2110
Dominio del entorno	ZIA	ZIM	3.36739*	.47394	.000	2.2499
		ZIB	.87253	.52957	.227	-.3750
	ZIM	ZIA	-3.36739*	.47394	.000	-4.4849
		ZIB	-2.49486*	.41635	.000	-3.4757
	ZIB	ZIA	-.87253	.52957	.227	-2.1201
		ZIM	2.49486*	.41635	.000	1.5140
Crecimiento personal	ZIA	ZIM	2.82308*	.54978	.000	1.5277
		ZIB	1.11548	.56100	.117	-.2064
	ZIM	ZIA	-2.82308*	.54978	.000	-4.1185
		ZIB	-1.70760*	.46787	.001	-2.8091
	ZIB	ZIA	-1.11548	.56100	.117	-2.4373
		ZIM	1.70760*	.46787	.001	.6061
Propósito en la vida	ZIA	ZIM	5.90381*	.52140	.000	4.6719
		ZIB	.21622	.67458	.945	-1.3727
	ZIM	ZIA	-5.90381*	.52140	.000	-7.1358
		ZIB	-5.68759*	.49094	.000	-6.8470
	ZIB	ZIA	-.21622	.67458	.945	-1.8051
		ZIM	5.68759*	.49094	.000	4.5281

Nota: ZIB es la abreviación de zona de ingreso bajo, ZIM es la abreviación de zona de ingreso medio y ZIA es la abreviación de zona de ingreso alto.

V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de esta investigación fue comparar el funcionamiento familiar, bienestar psicológico e índice de masa corporal en adolescentes de tres estratos sociales de Cd. Victoria, Tamaulipas.

Primeramente, los resultados al primer objetivo específico de este trabajo muestran que los adolescentes de los tres estratos sociales perciben aspectos del funcionamiento de su familia en un nivel medio, mientras que sus respectivos componentes de unión y apoyo, expresión se clasifican como medio-bajo y dificultades percibidas, en un nivel medio. Los niveles de funcionalidad familiar son comparables con otros estudios con adolescentes (Bautista, 2021; Chuchón, 2019; Velarde, 2019; Yáñez, 2018). Valdés (2007) menciona que ser padre o madre se asocia con los simbolismos culturales en los cuales la sociedad construye funciones y jerarquías entre los sexos, en México, la idea de la imagen de la madre es de nutrir el clima afectivo entre las relaciones de sus integrantes y brindar apoyo emocional tanto a los hijos como el esposo; por su parte, sobre las creencias aunadas a la figura del padre, se relaciona con su capacidad para producir riquezas que le permitan a los demás miembros de su familia satisfacer sus necesidades materiales, cualidades de un hombre proveedor.

Cabe remarcar que las creencias de cómo es una madre y un padre han sido sujetas a cambios postmodernos, los postulados de crianza democrática han conllevado a algunos padres a preferir métodos de disciplina que apelan a la razón y no a la coerción, por lo que del mismo modo, las relaciones padres-hijos se han vuelto más afectivas y cercanas, además de cómo han cambiado a la idea de que el padre se involucre al cuidado y educación de los hijos y que la madre, en muchos casos, se haya anexado al ambiente laboral (Valdés, 2007).

En cuanto al segundo objetivo específico, el BP se clasificó como medio, sus componentes de autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno y crecimiento personal son puntajes medios, a excepción de la subvariable de propósito en la vida, que puntuó medio-alto, que coincide con los hallazgos encontrados por Barcelata y Rivas (2016), García et al. (2020) y Sun et al. (2016).

Barcelata y Rivas (2016) encontraron relaciones significativas entre las dimensiones de bienestar psicológico y la satisfacción vital. A través de los análisis, se pudo detectar que los mejores predictores fueron la autoaceptación y autocontrol tanto en adolescentes tempranos como medios, aunque las relaciones positivas y el propósito en la vida fueron predictores significativos para los primeros y los planes a futuro en los segundos.

En lo referente al IMC de la muestra, que corresponde al tercer objetivo específico, y que fue modificado a su vez al estado nutricional, reveló que más de la mitad de los adolescentes presentan sobrepeso (30%) u obesidad (23.4%), un 45.2% se encuentra en un estado de peso normal y 1.4% con desnutrición. El hecho de que más de la mitad de la muestra presenta ya sea sobrepeso u obesidad, coincide con los datos reportados por ENSANUT en 2018, donde el consumo de alimentos no recomendables como botanas y bebidas azucaradas era excesivo. En cuanto a las diferencias entre hombres y mujeres, las cifras de dicha encuesta mostraron que más mujeres presentan sobrepeso que hombres y más hombres padecen obesidad que mujeres, en la muestra de este estudio, no hubo variaciones significativas entre sexos.

El incremento en la prevalencia de obesidad infantil ha tomado proporciones alarmantes en muchos países, por lo que su diagnóstico y control se consideran prioridades básicas, debido a que aquellos niños que padecen esta enfermedad tienen muchas más probabilidades de seguir con ella en la edad adulta (OMS, 2016b).

En razón de que la psicología de la salud retoma el modelo biopsicosocial como base para entender y explicar la interacción de diversos factores que contribuyen a la salud y enfermedad, se reconoce que la obesidad surge y se mantiene por diferentes causas; entres las que destacan los hábitos y estilos de vida, el nivel socioeconómico, la educación, el procesamiento y comercialización de alimentos y las relaciones interpersonales, siendo éstas últimas, además del estado de salud física, también un componente importante en el bienestar psicológico en el ser humano, especialmente durante las edades tempranas (Alonso et al., 2020; Arzate, 2019; Basto-Abreu et al., 2017; King et al., 2018; OMS, 2016b).

Para el cuarto objetivo específico, con base a la relación encontrada entre el funcionamiento familiar y bienestar psicológico concuerdan los resultados obtenidos por Alarcón (2014), Thomas et al. (2017), Tillman y Miller (2017), y Yáñez (2018). La relación positiva percibida entre los miembros de la familia también correlacionó de forma positiva con variables como la satisfacción de vida, que también se considera un indicador de bienestar general (Castro et al., 2016).

Lima-Serrano et al. (2019) considera que el funcionamiento del sistema familiar tiene un papel determinante en la socialización y estilos de vida de sus miembros, especialmente si son adolescentes, nombrando específicamente el apego, la línea de autoridad de los padres e hijos y la percepción tipo de comunicación como mediadores, además de esto, se han establecido asociaciones entre las familias disfuncionales como riesgo para el consumo de sustancias y el inicio precoz de relaciones sexuales.

Alarcón (2014) encontró relaciones positivas entre el estilo parental democrático con la felicidad dentro de la familia, que se caracteriza por tener altos niveles de comunicación asertiva con los hijos, poseen límites claros y las normas suelen ser explicadas de forma razonable de acuerdo con la edad y necesidades. Otro aspecto importante es que, si los padres tienen un sentimiento de infelicidad en su matrimonio o unión, tienen mayores probabilidades de sufrir desórdenes mentales, que afectan de manera directa a los hijos.

A pesar de que la relación del funcionamiento familiar no resultó ser estadísticamente significativa con el IMC, al realizar la evaluación con cada subescala, tampoco se encontraron asociaciones ($p = <.000$). Los resultados de este estudio son contrastantes con otros (Bautista, 2021; Cyril et al., 2016; Haines et al., 2016; McCurdy et al., 2019). Desde la perspectiva construccionista de Vygostky (1979) donde el aprendizaje se da por medio de la interacción social y que se incorpora paulatinamente a las experiencias previas y estructuras mentales, estas pautas de interacción son un modelo para los integrantes de una familia. Dixson (1995) menciona que los hijos en edades tempranas no tienen expectativas aún de su relación padre-hijo, por lo que asumen que sus relaciones son “normales” y las usan como un ejemplar de cómo deben ser las relaciones, por ejemplo los

patrones de interacción familiar que enfatizan la conversación, actitudes o una orientación de conformidad tienen efectos importantes en lo que un niño va a internalizar como una interacción adecuada, y que será tomado como marco de referencia para sus futuras relaciones.

Con relación a los aspectos psicológicos de la obesidad, se considera que en la mayoría de los casos la persona no sufre un exceso de apetito, si no más bien un ansia de comer, lo que aqueja una forma particular de control de sí mismo, que sugiere un patrón asociado a un ajuste emocional (Ocampo y Sánchez, 2019). Por ende, si bien los adolescentes perciben un ajuste familiar medianamente funcional en general, sería necesario explorar otros escenarios de su vida de forma más detallada.

Por su parte, la relación positiva entre el bienestar psicológico e IMC encontrada en esta investigación resulta contrastante con otros estudios (Cordero y Cesani, 2018; Godoy-Izquierdo et al., 2020; Romain et al., 2017) pues eran los niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad quienes mostraban niveles más bajos de bienestar psicológico y con otras variables relacionadas como calidad de vida, felicidad, satisfacción corporal y conductas de salud, además de mayor tendencia a desarrollar trastornos afectivos.

En relación con lo anterior mencionado, existen varias posibles explicaciones; una de ellas es el estigma y discriminación a nivel social, educacional y laboral que sufren las personas con sobrepeso y obesidad, esto debido a las inculcaciones que existen sobre el cuerpo ideal asociado con la delgadez (Quintero, 2018). En las teorías de aprendizaje social, Bandura y Walters (1974) indican que cuando aparece un cambio en la conducta y/o cognición, se debe a la instrucción social, de la misma manera, Moscovici (1984) menciona que la construcción intersubjetiva que surge de la elaboración personal a partir de que el individuo se relaciona con distintos grupos sociales, por lo que, el campo psicológico se constituye de estas, que, a su vez, delimitan su actuar y toma de decisiones.

La actitud y creencias que los adolescentes tengan hacia las prácticas alimentarias y respecto a la figura corporal ideal, es establecido por sus experiencias, medio cultural y estructura social. Vygostky (1974) plantea que la

internalización de actividades y creencias socialmente arraigadas es un rasgo distintivo de la psicología humana. Actualmente, el ideal corporal occidental se centra en la delgadez, que para algunas culturas es sinónimo de belleza, éxito y estatus social, sin embargo, no en todos los medios sociales tiene el mismo significado ni aceptación. Esta representación social de belleza y estatus se encuentra más comúnmente en países donde existe abundancia y disponibilidad de alimentos y su obtención no representa ningún problema, que en países de ingreso bajo (Behar, 2010).

Cabe agregar que, debido a la etapa de la adolescencia, el cuerpo se ve sujeto a cambios considerables en el físico y en su desarrollo psicoemocional, cobrando mayor consciencia respecto a su imagen corporal y su género, lo que en muchos casos conlleva a ajustar su conducta y apariencia a las normas sociales que observan, sin embargo, la imagen corporal no está necesariamente correlacionada con la apariencia física real, pues se ve influenciada por diversos factores como las valoraciones y actitudes que tiene el sujeto sobre su propio cuerpo (Oliva-Peña et al., 2016).

Mediante el análisis de comparación de medias, los estadísticos mostraron que no existen diferencias entre el funcionamiento familiar, el bienestar psicológico y el IMC en relación con el sexo (p=>.05), por lo que se acepta la hipótesis nula. Este resultado difiere a los hallazgos reportados en otros estudios (De los Santos y Gutiérrez, 2017; Maganto et al., 2019; Uribe, et al., 2018). En dichos trabajos antes mencionados, los varones tendían a obtener mayores niveles de percepción de relaciones familiares positivas y de bienestar psicológico que las mujeres, así como otros indicadores de salud como la calidad de vida y autoestima.

De acuerdo con una revisión sistemática que incluyó 16 estudios, la presión social derivada de los ideales corporales se ha asociado más con las adolescentes, debido a su asociación positiva con el IMC y la insatisfacción con la imagen corporal en comparación con los varones (Jiménez-Flores et al., 2017).

En estudios anteriores sobre bienestar psicológico en personas con sobrepeso/obesidad indican que tienden a presentar niveles más bajos y mayores niveles de depresión e insatisfacción, sin embargo, no fue así en este estudio. Los

resultados son similares a los hallazgos de Avitia et al. (2018), donde el grupo de personas con sobrepeso y obesidad obtuvo puntajes más altos y estadísticamente significativos en el sentido positivo de la vida y realización personal, que son factores que describen la felicidad, en comparación con el grupo de peso normal, además no hubo diferencias entre la autoestima y nivel de depresión de un grupo al otro. Los autores destacan que la explicación puede deberse a que no en todos los contextos sociales o culturales las personas con sobrepeso u obesidad son menos felices, que esto más bien es el resultado de un entorno que considera la obesidad un aspecto negativo.

En relación con lo anterior mencionado, es importante para considerar que, en México, existe una prevalencia alta de personas con sobrepeso u obesidad en todos los grupos de edad, lo que vuelve muy habitual que en los entornos sociales se encuentren personas con esta condición, en el caso de las secundarias que participaron en la recolección de datos, en promedio, la mitad de la muestra de los alumnos de cada una tenía un IMC superior a lo normal. Debido a que la muestra solo cubre estudiantes de secundaria, es recomendable ampliar la investigación a población abierta para aumentar la consistencia de los resultados.

De la Riva (2020) valoró aspectos de dinámica familiar en adolescentes con sobrepeso u obesidad y encontró que en términos generales los padres se encontraban en negación de reconocer la enfermedad en sus hijos, pues los perciben en un peso normal o afirman que es normal que tengan un IMC alto por la etapa de desarrollo que están viviendo, siendo también que tienen un estilo permisivo respecto a la comida, en cuanto al tipo, cantidad, calidad y horario de consumo, dejando que los hijos comieran lo que ellos quisieran.

En otro estudio sobre las percepciones de los padres respecto a la obesidad infantil, algunos declaraban que ellos esperaban que sus hijos recuperasen su peso normal en un período de cinco años, indicando, que se subestima dicha enfermedad (Zamudio-Solorio y Muñoz-Arenillas, 2016). Howe et al. (2017) encontró que el 96% de los padres con hijos con sobrepeso y el 72% con hijos con obesidad en una muestra de 160 padres de familia, tenían tendencia a desestimar el exceso de peso y de percibir a sus hijos con una silueta más esbelta. En otros contextos, el IMC alto

ha sido visto como un sinónimo de riqueza económica, que pertenece a creencias populares basadas en que, si existe mayor ingreso, hay más oportunidades de adquirir mayor cantidad de alimentos, lo que explica la obesidad en algunas personas (Rodríguez y Díaz, 2016). Con lo anterior mencionado, se podría indicar una tendencia de los padres a percibir como normal el sobrepeso/obesidad en la familia, lo que conllevaría a que, si los padres no lo consideran como una patología grave, muy probablemente los hijos tampoco.

Para el quinto y último objetivo específico, se encontraron diferencias significativas entre los niveles de funcionamiento familiar, bienestar psicológico e IMC con respecto a la zona geográfica baja, media y alta. A pesar de que fueron resultados de nivel medio para las primeras dos variables, fue la zona geográfica de alto ingreso la que obtuvo mayores niveles de BP, este resultado se apoya con Ward y King (2016), que a su vez argumentan que mientras mayores ingresos haya, mayor es la percepción de éxito de las personas, conforme a sus propósitos de vida y otras facetas del BP, porque poseen recursos que les permiten tener cubiertas sus necesidades vitales básicas, lo que conlleva a que perciban su vida como más satisfactoria.

Para la variable familiar, de modo que los resultados de los niveles de percepción de las relaciones intrafamiliares se considera medio, si hubo diferencias significativas entre los tres estratos sociales, donde destaca la zona de ingreso medio como el más alto en las subescalas y en el puntaje general, especialmente en la de la percepción que tienen de la capacidad de su familia para resolver las diferencias entre ellos, en contraste, los puntajes generales más bajos fue para la zona de ingreso bajo, que concuerda con Castro et al. (2016), Devenish et al. (2017) y Eo y Kim (2019), debido a que en zonas de ingreso socioeconómico bajo, se asocian con niveles más elevados de delincuencia, la falta de seguridad en la zona de vivienda, además de la internalización y externalización de conductas delictivas y de riesgo para la salud, como lo son las adicciones y su inicio a edades tempranas, lo que aumenta las probabilidades de que experimenten situaciones psicosociales negativas.

De acuerdo con datos de la OCDE (2017) la tasa de empleo tiende a aumentar con el nivel educativo. Cabe agregar que los niveles educativos de técnico superior y superior tienen una mayor prevalencia dentro de estatus socioeconómicos medio y alto, lo que podría tener una explicación de mayor satisfacción en las relaciones familiares y en el bienestar psicológico. Los individuos que no logran completar estudios al menos de educación media superior tienen mayores probabilidades de conseguir empleo o de tener sueldos muy bajos, lo que podría ser un estresor dentro de la familia y causar un impacto en las relaciones intrafamiliares (Karney, 2021).

En la revisión sistemática donde se incluyeron 59 estudios, Devenish et al. (2017) encontraron los padres que presentaban mayor estrés relacionado a la situación económica, había menor compromiso académico y niveles más altos de depresión y conductas antisociales en los hijos, sin embargo, no en todas las familias que viven en situación de pobreza poseen disfuncionalidad familiar, si bien es cierto que la salud mental de los padres tiene una relación directa con la salud mental de los hijos, una paternidad donde se promueve la aceptación de sus miembros, se percibe apoyo, comunicación asertiva y existen los cuidados de las necesidades humanas básicas, son factores protectores para la salud. Entre las variables moderadoras identificadas en el desempeño psicosocial de los adolescentes, se encuentran la percepción del propósito en la vida, la victimización de algún miembro de la familia, la autoestima, el ambiente escolar, las rutinas y hábitos familiares, sin embargo, se sugiere realizar más investigaciones para poder confirmar la consistencia y fuerza de estas relaciones (Bao et al., 2015; Devenish et al., 2017).

La segunda hipótesis de este estudio resultó ser significativa en cuanto a las tres variables, pues a mayor ingreso económico de acuerdo con la zona geográfica, mayor IMC, mayor percepción de relaciones intrafamiliares positivas y mayor bienestar psicológico, este hallazgo coincide con los estudios anteriormente mencionados.

Las relaciones positivas en la familia operan en diferentes vías y conllevan múltiples beneficios a la salud de los niños y adolescentes, como lo es el reducir el

impacto de estresores en los procesos biológicos relacionados con la inflamación debido al estrés y en las conductas de salud, las cuales moldean la salud física y mental a lo largo de su vida (Chen, et al., 2017).

Recomendaciones para Futuros Estudios

Se recomienda para futuros trabajos de investigación sobre el tema, la posibilidad de abordar de manera más precisa el nivel socioeconómico, que, de acuerdo con algunos autores, incluye el nivel de escolaridad, ingreso económico, tipo de empleo, tipo de vivienda, entre otros indicadores.

Una limitación de este trabajo fue que se trata de una muestra por conveniencia, lo que restringe la posibilidad de generalizar los resultados, por lo que sería importante e interesante explorar estas variables con otros grupos de edad. Del mismo modo, debido a la contingencia por el COVID-19, no fue posible tomar las medidas antropométricas directamente mediante la báscula y el estadiómetro, ya que existe la posibilidad de que los adolescentes hayan reportado menores o mayores medidas ya sea de altura y/o peso real, lo que podría ser un sesgo y por lo tanto, se considera parte de las limitaciones de este trabajo.

Finalmente, se hace la invitación a futuros y actuales investigadores a realizar estudios iguales o similares en otros estados de la República Mexicana con la finalidad de ampliar el panorama de la obesidad infantil, así como establecer comparación con otros estados y grupos de edad.

Conclusiones

Como conclusión a lo obtenido en este estudio, se sabe que los adolescentes que participaron poseen relaciones intrafamiliares mediamente funcionales, un bienestar psicológico medio y un IMC en casi la mitad de los casos, elevado.

De igual forma, aquellos participantes que padecen obesidad reportaron niveles más altos de bienestar psicológico que los demás grupos nutricionales. Asimismo, la percepción de las relaciones familiares y el bienestar psicológico fue mayor en las zonas geográficas medio y alta, en comparación con la zona de ingreso bajo. Se plantea como hipótesis que los resultados contrastantes del bienestar psicológico con respecto al estado nutricional pueden deberse a que no todos los contextos son percibidos como negativos y que puede haber una tendencia a desestimar la condición de sobrepeso y obesidad, además de que los factores protectores de bienestar psicológico y la familia se encuentran en niveles aceptables.

VI. REFERENCIAS

Águila, C.M. (2017). Obesidad en el niño: Factores de riesgo y estrategias de prevención en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 34*(1), 113-118. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.341.2773

Alarcón, R. (2014). Funcionamiento familiar y sus relaciones con la felicidad. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social,3*(1), 61-74.

Alonso, R. y Olivos, C. (2020). Relación entre obesidad y estados depresivos. *Revista Médica Clínica Las Condes,31*(2), 130-138. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.02.004

Amigo-Vázquez, I. (2015). *Manual de Psicología de la Salud.* Editorial Pirámide.

Arzate, G. (2019). *Estudio comparativo entre calidad de vida y salud mental positiva en adultos con normopeso, sobrepeso y obesidad.* (Tesis de doctorado para obtener el grado de doctor en Ciencias de la Salud). Universidad Autónoma del Estado de México.

Avitia, G.C., Portillo, V., Reyes, G. y Loya, Y. (2018). Relación del índice de masa corporal con felicidad, autoestima y depresión en adultos jóvenes. *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades,27*, 53-1. http://dx.doi.org/10.20983/noesis.2018.3.4

Ayers, S., Baum, A., McManus, C., Newman, S., Wallston, K., Weinman, J. y West, R. (2007). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine.* Cambridge University Press.

Bandura, A. y Walters (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad.* Editorial Alianza.

Bao, W.N., Haas, A. y Xie, Y. (2015). Life strain, social control, social learning, and delinquency: The effects of gender, age, and family SES among Chinese adolescents. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology,60*(12), 1-24. https://doi.org/10.1177/0306624X15577162

Barcelata, B.E. y Rivas, D.J. (2016). Bienestar psicológico y satisfacción vital en adolescentes mexicanos tempranos y medios. *Revista Costarricense de Psicología, 35*(2), 119-137. https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcp/v35n2/1659-2913-rcp-35-02-00055.pdf

Barreno, J. (2015). Estilo parental y su influencia en el bienestar psicológico en adolescentes de 14 a 17 años del Colegio Tirso de Molina. (Tesis de licenciatura para obtener el grado de psicólogo clínico). Universidad Técnica de Ambato.

Barreto, S.M. (2017). Why does happiness matter? Understanding the relation between positive emotion and health outcomes. *Social Science and Medicine, 191*, 61-64. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.08.029

Basto-Abreu, A., Barrientos-Gutiérrez, T., Zepeda-Tello, R., Camacho, V., Gimeno, D. y Hernández-Ávila, M. (2017). The relationship of socioeconomic status with body mass index depends on the socioeconomic measure used. *Obesity,26*(1), 176-184. https://doi.org/10.1002/oby.22042

Bautista-Díaz, M.L., Márquez, A.K., Ortega-Andrade, M.A., García-Cruz, R. y Álvarez-Rayón, G. (2019). Discriminación por exceso de peso corporal: Contextos y

situaciones. *Revista Mexicana de Trastornos Alimenticios, 10*(1), 121-133. http://dx.doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.516

Bautista, V. (2021). *Funcionamiento familiar relacionado con sobrepeso y obesidad valorados con índice de masa corporal (IMC) en adolescentes, UMF 62.* (Tesis para obtener el grado de especialista en Medicina familiar). Universidad Nacional Autónoma de México: Cuautitlán.

Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de conducta alimentaria. Revista Chilena de Neuropsiquiatría,48(4), 319-334. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000500007

Bertoglia, M.P., Gormaz, J.G., Libuy, M., Sanhueza, D., Gajardo, A., Srur, A., Wallbaum, M. y Erazo, M. (2017). The population impact of obesity, sedentary lifestyle, tobacco and alcohol consumption on the prevalence of type 2 diabetes: Analysis of a health population survey in Chile, 2010. *Plos One, 12*(5), 1-11. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178092

Bobowik, M., Basabe, N. y Páez, D. (2015). The bright side of migration: hedonic, psychological and social well-being in immigrants in Spain. *Social Science Research, 51,* 189-204. https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2014.09.011

Booker, C.L., Skew, A., Kelly, Y. y Sacker, A. (2015). Media use, sport participation and well being in adolescence: Cross sectional findings from UK Household longitudinal study. *American Journal of Public Health, 105*(1), 173-179. https://doi.org/ 10.2105/ajph.2013.301783

Borjas, M.A., Vázquez, R.M., Campoverde, P.R., Arias, K.P., Loaiza, L.E. y Chávez, E. (2017). Obesidad, hábitos alimenticios y actividad física en alumnos de educación secundaria. *Revista cubana de investigaciones biomédicas, 36*(3), 1-15. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002017000300008

Boyer, B.A. y Paharia, M.I. (2008). *Comprehensive Handbook of Clinical Health Psychology.* Editorial John Wiley & Sons, Inc.

Bradley, R.H. (2019). Home life and health among Native American, African American and Latino adolescents. *Health Psychology: official journal of the division of Health Psychology, 38*(8), 738-747. https://doi.org/10.1037/hea0000776

Castro-Solano, A. (2009). El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado, 23*(3), 43-72. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27419066004

Castro, R.J., Riesco, G. y Bobadilla, R.A. (2016). ¿Familia y bienestar? Explorando la relación entre estructura familiar y satisfacción con la vida personal de las familias. *Boletim Academia Paulista de Psicología,36*(90), 86-104.

Castro, R.J., Riesco, G. y Bobadilla, R.A.(2016). ¿Familia y bienestar? Explorando la relación entre la estructura familiar y satisfacción con la vida personal de las familias. *Boletim Academia Paulista de Psicología,36*(90), 86-104.

Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. (2016a). *Declaración de emergencia epidemiológica EE-3-2016.* Sitio web del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/emergencias/descargas/pdf/EE_3.pdf

Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. (2018b). *Ratificación declaratoria de emergencia epidemiológica EE-6-2018.* Sitio web del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades:

http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/emergencias/descargas/pdf/1370.pdf
Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. (2016). *Declaratoria de Emergencia Epidemiológica EE-4-2016.* Sitio web de la Secretaría de Salud:https://www.gob.mx/salud%7Ccenaprece/documentos/declaratoria-de-emergencia-epidemiologica-ee-4-2016
Chen, E., Brody, G.H. y Miller, G.E. (2017). Childhood close relationships and health. *American Psychologist,72*(6), 555-566. https://doi.org/10.1037/amp0000067
Chuchón, J.G. (2019). *Funcionamiento familiar en adolescentes del Programa Nacional Integral para el bienestar de la familia INABIF-CEDIF Huamanga, Ayacucho-2018.* (Tesis para obtener el grado académico de Bachiller en Psicología). Universidad Católica Los Ángeles Chimbote: Perú.
Cordero, M.L. y Cesani, M.F. (2018). Sobrepeso, obesidad y salud percibida en contextos de pobreza en Tucumán, Argentina. *Salud Colectiva,14*(3), 563-578. https://doi.org/10.18294/sc.2018.1309
Csikzentmihalyi, M. (2014). *Flow and the foundations of positive psychology: The collected Works of Mihaly Csikzentmihalyi.* Editorial Springer.
Cyril, S., Halliday, J., Green, J. Y Renzaho, A.M. (2016). Relationship between body mass index and family functioning, family communication, family type and parenting style among African migrant parents and children in Victoria, Australia: a parent-child dyad study. *BMC Public Health,*(16), 707. Https/doi.org/10.1186/s12889-016-3394-1.
D'avila, H.F., Poll, F.A., Reuter, C.P., Burgos, M.S. y Mello, D.E. (2019). Health-related quality of life in adolescents with excess weight. *Jornal de Pediatría, 95*(4), 495-501. https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.05.005
Dávila-Torres, J., González-Izquierdo, J.J. y Barrera-Cruz, A. (2014). Panorama de la obesidad en México*. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 53*(2), 240-9.http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/viewFile/21/54
De la Riva, K.F. (2020). *Características familiares en adolescentes con sobrepeso y obesidad atendidos en un establecimiento del primer nivel de atención del Seguro Social de salud, Lima, Perú.* (Tesis para obtener el grado académico de Especialista en Medicina familiar y comunitaria). Universidad Peruana Cayetano Heredia: Lima.
De los Santos, X., Gutiérrez, J.R.(2017). Medición del bienestar psicológico en adolescentes en educación media superior del estado de México. Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México,6(11), 61-79. https://revistapsicologia.uaemex.mx/article/view/13351
Del Socorro, R. y Riebeling, G. (2014). *Psicología de la obesidad: Esferas de vida, multidisciplina y complejidad.* Editorial Manual Moderno.
Devenish, B., Hooley, M. y Mellor, D. (2017). The pathways between socioeconomic status and adolescent outcomes: a systematic review. *American Journal of Community Psychology,59*(1-2), 219-238. https://doi.org/10.1002/ajcp.12115
Diario Oficial de la Federación. (2019). *Proyecto de modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-051-SCFI-SSAI 2010, especificaciones generales del etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados. Información comercial y sanitaria, publicada el 5 de abril de 2010.* Sitio web del Diario Oficial de la

Federación: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5575205&fecha=11/10/2019

Díaz-Guerrero, R. (1994). *Psicología del mexicano: Descubrimiento de la etnopsicología.* Editorial Trillas.

Díaz-Loving, R. (2019). *Ethnopsychology: Pieces from the mexican research gallery.* Editorial Springer.

Díaz, C., Rodríguez, J.C. y Rodríguez, R.I. (2018). Bienestar subjetivo, estrategias cognitivo-afectivas y familia. *International Journal of Developmental Psychology INFAD Revista de Psicología, 1*(2), 179-188. https://doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v3.1251

Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y Dierendonck, D. (2006). Adaptación española a las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema, 18*(3), 572-577. https://www.redalyc.org/pdf/727/72718337.pdf

Dixson, M.D. (1995). *Models and perspectives of parent-child communication: Frontiers of Theory and Research.* Lawrence Erlbaum Associates: Mahwah.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018: Presentación de resultados.* Sitio web del Instituto Nacional de Estadística y Geografía: https://www.inegi.org.mx/programas/ensanut/2018/

Eo, Y.S. y Kim, J.S. (2019). Family socioeconomic status, parental attention, and health behaviours in middle childhood: A cross-sectional study. *Nursing and health sciences*,1-6. https://doi.org/ 10.1111/nhs.12661

Erikson, E. (1994). *Identity: Youth and Crisis.* W.W. Norton & Company, Inc.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2011). *La adolescencia: Una época de oportunidades.* Sitio web del Fondo de las Naciones Unidas para la infancia: https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF_-_Estado_Mundial_de_la_Infancia_2011_-_La_adolescencia_una_epoca_de_oportunidades.pdf

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (Sin fecha). El adolescente en la familia. Sitio web del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia: https://www.unicef.org/spanish/child_family/22352_23544.html

Forbes México. (2019). *El 75% de los adolescentes y padres mexicanos, adictos al celular.* Sitio web de Forbes México: https://www.forbes.com.mx/el-75-de-adolescentes-y-padres-mexicanos-adictos-al-celular/

Freed, R.D., Rubenstein, L.M., Daryanani, I., Olino, T.M. y Alloy, L.B. (2016). The relationship between family functioning and adolescent depressive symptoms: the role of emotional clarity. *Journal of Youth and Adolescence, 45*(3), 505-519. https://doi.org/10.1007/s10964-016-0429-y

Friedemann, L. (1995). *The framework of systemic organization: A conceptual approach to families and nursing.* Sage Publications: Nueva York.

Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría, 86*(6), 436-443. http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005

García-Méndez, M., Rivera-Aragón, S., Díaz-Loving, R. y Reyes-Lagunes, I. (2015). *Continuidad y cambio en la familia. Factores intervinientes.* Editorial Manual Moderno.

García, D., Hernández-Lalinde, J., Espinoza-Castro, J.F. y Soler, M.J. (2020). Salud mental en la adolescencia montevideana: Una mirada desde el bienestar

psicológico (published ahead of print). *Archivos venezolanos de farmacología y terapéutica,39*(2), 182-190.
Gibson, L.Y., Allen, K.L., Byrne, S.M., Clark, K., Blair, E., Davis, E. y Zubrick, S.R. (2016). Childhood overweight and obesity: Maternal and family factors. *Journal of Child and Family Studies, 25*(11), 3236-3246. https://doi.org/10.1007/s10826-016-0485-7
Gloria, C.T. y Steinhardt, M.A. (2014). Relationships among positive emotions, coping, resilience and mental health. *Stress and health, 32*(2), 145-156. https://doi.org/10.1002/smi.2589
Gloria, C.T. y Steinhardt, M.A. (2014). Relationships Among Positive Emotions, Coping, Resilience and Mental Health. *Stress and Health, 32*(2), 145–156. https://doi.org/10.1002/smi.2589
Gobierno del Estado de Tamaulipas. (Sin fecha). *Nutrición.* Sitio web de la Secretaría de Salud de Tamaulipas: https://www.tamaulipas.gob.mx/salud/programas/salud-de-infancia-y-adolescencia/nutricion/
Godoy-Izquierdo, D., González-Hernández, J., Rodríguez-Tadeo, A., Lara, R., Ogallar, A., Navarrón, E., Ramírez, M.J., López-Mora, C. y Arbinaga, F. (2020). Body satisfaction, weight stigma, positivity and happiness among spanish adults with overweight and obesity. *International Journal of Enviromental Research and Public Health,17*(12), 1-12. https://doi.org/ 10.3390/ijerph17124186
Gonçalves, S. y Bedin, L.M. (2015). Bienestar, salud e imagen corporal de adolescentes brasileños: la importancia de los contextos familiares, de amistad y escolar. *Universitas Psychologica, 14*(4), 15-24. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64744107016
González-Arratia, N.L. (2014). *Bienestar y familia: Una mirada desde la Psicología Positiva.* Ediciones y Gráficos Eon.
González-Fuentes, M.B. y Andrade, P. (2015). Escala de Bienestar Psicológico para Adolescentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación, 42*(2), 63-83. http://doi.org/10.21865/RIDEP42_69
González-Rivera, J.A., Quintero-Jiménez, N., Veray-Alicea, J. y Rosario-Rodríguez, A. (2016). Adaptación y validación de la escala de bienestar psicológico de Ryff en una muestra de adultos puertorriqueños. *Salud y conducta humana, 3*(1), 1-14. https://www.researchgate.net/publication/311965604_Adaptacion_y_Validacion_de_la_Escala_de_Bienestar_Psicologico_de_Ryff_en_una_Muestra_de_Adultos_Puertorriquenos
González-Sánchez, R., Milián, R., Díaz, M., Illa-Cos, M.R., Yee, E. y Pérez, D. (2015). Estilos de vida, hipertensión arterial y obesidad en adolescentes. *Revista cubana de pediatría, 87* (3), 273-284. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312015000300003
González, M.B. (2013). Prácticas parentales, bienestar psicológico y conductas de riesgo en adolescentes. (Tesis presentada para obtener el grado de doctor en psicología). Universidad Nacional Autónoma de México: Ciudad de México.
Gutiérrez-Valverde, J.M., Guevara-Valtier, M.C., Enríquez-Reyna, M.C., Paz-Morales, M.A., Hernández-del Ángel, M.A. y Landeros-Olvera, E.A. (2017). Estudio en familias: factores ambientales y culturales asociados al sobrepeso y obesidad. *Enfermería Global, 16*(45). http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.1.253811
Haines, J., Rifas-Shiman, S., Horton, N.J., Kleinman, K., Bauer, K., Davison, K.K., Walton, K., Austin, S.B., Field, A.E. y Gillman, M.W. (2016). Family functioning and

quality of parent-adolescent relationship: cross-sectional associations with adolescent weight-related behaviors and weight status. *International Journal of Behavioral Nutrition,* 13-68. Https/.doi.org/10.1186/s12966-016-0393-7.

Hemmingsson, E. (2018). Early childhood obesity risk factors: socioeconomic adversity, family dysfunction, offspring distress, and junk food self-medication. *Current Obesity Reports,7* (2), 204-209. https://doi.org/10.1007/s13679-018-0310-2

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación.* México: McGraw-Hill.

Herrera, J.C., Lira, M. y Kain, J. (2017). Vulnerabilidad socioeconómica y obesidad en escolares chilenos de primero básico: comparación entre los años 2009 y 2013. Revista Chilena de Pediatría, 88 (6), 736-743. http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000600736

Hidalgo, M.I. y González-Fierro, M.J. (2014). Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Anales de Pediatría Continuada, 12*(1), 42-6. 10.1016/S1696-2818(14)70167-2

Hoare, E., Crooks, N., Hayward, J., Allender, S. y Strugnell, C. (2019). Associations between combined overweight and obesity, lifestyle behavioural risk and quality of life among Australian regional school children: baseline findings of the Goulburn Valley health behaviours monitoring study. *Health and quality of life outcomes, 17* (1), 1-10. https://doi.org/ 10.1186/s12955-019-1086-0

Howe, C.J., Alexander, G. y Stevenson, J. (2017). Parents' underestimation of child weight: Implications for obesity prevention. *Journal of Pediatric Nursing,37*, 57-61. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.06.005

Iglesias, J.L. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral, 17*(2), 88-93. http://biblioteca.esucomex.cl/RCA/Desarrollo%20del%20adolescente_aspectos%20f%C3%ADsicos,%20psicol%C3%B3gicos%20y%20sociales.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2013). *Guía de práctica clínica: Intervenciones de enfermería para la prevención del sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en el primer nivel de atención.* Sitio web de la Secretaría de Salud: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/690GER.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2019). *El IMSS fortalece estrategias para combatir obesidad infantil y juvenil.* Sitio web del Instituto Mexicano del Seguro Social: http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201910/421

Instituto Mexicano del Seguro Social. (s.f.). *Calcula tu IMC.* Sitio web del Instituto Mexicano de Seguro Social: http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/calculaimc

Instituto Nacional de Corazón, Pulmón y Sangre. (s.f.). *Assessing your weight and health risk.* Sitio web de Instituto Nacional de Corazón, Pulmón y Sangre: https://www.nhlbi.nih.gov/health/educational/lose_wt/risk.htm

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010). *Censo de población y vivienda 2010.* Sitio web del Instituto Nacional de Estadística y Geografía:

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). *Hogares censales.* Sitio web del Instituto Nacional de Estadística y Geografía: https://www.inegi.org.mx/temas/hogares/

Instituto Nacional de Salud Pública. (2018). *La obesidad en México: Estado de la política pública y recomendaciones para su prevención y control.* Instituto Nacional de Salud Pública: México.

Institutos Nacionales de Salud. (2017). *The office of behavioural and social sciences research: Strategic plan 2017-2021.* Sitio web de Institutos Nacionales de Salud: https://obssr.od.nih.gov/wp-content/uploads/2016/12/OBSSR-SP-2017-2021.pdf

Jaramillo, L.M. y Puga, L.A. (2016). El pensamiento lógico-abstracto como sustento para potenciar los procesos cognitivos en la educación. *Sophia, Colección de Filosofía para la Educación, 21*(2), 31-55. https://doi.org/10.17163/soph.n21.2016.01

Jaworska, N. y MacQueen, G. (2015). Adolescence as a unique developmental period. *Jourrnal of Psychiatry and Neuroscience, 40*(5), 291-293. https://doi.org/ 10.1503/jpn.150268

Jiménez-Flores, P., Jiménez-Cruz, A. y Bacardí-Gascón, M. (2017). Insatisfacción con la imagen corporal en niños y adolescentes: revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria,34*(2), 479-489

Juanes de Tolero, B. y Ruiz-Canela, C. (2011). Los niños que duermen poco pueden tener mayor riesgo de sobrepeso. *Evidencias en Pediatría, 7*(3), 1-3. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5618042

Karademas, E.C., Dimitraki, G., Papastefanakis, E., Ktistaki, G., Repa, A., Gergianaki, I., Bertsias, G., Sidiropoulos, P., Mastorodemos, V. y Simos, P. (2018). Emotion regulation contibutes to the well-being of patients with autoinmune diseases through illness-related emotions: A prospective study. *Journal of Health Psychology, 00*(0), 1-10. https://doi.org/ 10.1177/1359105318787010

Karney, B.R. (2021). Socioeconomic status and intimate relationships. *Annual Review of Psychology,72*, 391-414. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-051920-013658

Kassin, S., Fein, S. y Rose, H. (2013). *Psicología social.* Editorial Cengage Learning.

Katzmarzyk, P.T., Chaput, J.P., Fogerholm, M., Hu, G., Maher, C., Maia, J., Olds, T., Sarmiento, O.L., Standage, M., Tremblay, M.S. y Tudor-Locke, C. (2019). International study of childhood obesity, lifestyle and the enviroment (ISCOLE): Contributions to understanding the global obesity epidemic. *Nutrients, 11*(4), 1-24. https://doi.org/ 10.3390/nu11040848

Kerkadi, A., Sadig, A.H., Bawadi, H., Al-Thani, A.A.M., Chetachi, W., Akram, H., Al-Hazza, H.M. y Musaiger, A.O. (2019). The relationship between lifestyle factors and obesity índices among adolescents in Qatar. *International Journal of Enviromental research and public health, 16*(22), 44-28. https://doi.org/10.3390/ijerph16224428

Kim, T.J., Knesebeck, O. (2017). Income and obesity: what is the direction of the relationship? A systematic review and meta-analysis. BMJ Open, 8 (1), 19-62. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-019862

King, V., Boyd, L.M. y Pragg, B. (2018). Parent-adolescent closeness, family belonging, and adolescent well being across family structures. *Journal of Family Issues,39*(7), 2007-2036. http://dx.doi.org/ 10.1177/0192513X17739048

Kross, E., Berman, M.G., Mischel, W., Smith, E.E. y Wager, T.D. (2011). Social rejection shares somatosensory representations with physical pain. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 108*(15), 6270-6275. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115146

Levy, A., Salamon, A., Tucci, M., Limebeer, C.L., Parker, L.A. y Leri, F. (2013). Co-sensitivity to the incentive properties of palatable food and cocaine in rats; implications for co-morbid addictions. *Addiction Biology, 18*(5), 763-73. https://doi.org/10.1111/j.1369-1600.2011.00433.x

Lima-Serrano, M., Guerra-Martín, M.D. y Lima-Rodríguez, J.S. (2016). Relación entre el funcionamiento familiar y estilos de vida de los adolescentes en edad escolar. *Enfermería Clínica,* http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.09.004

Lissbrant, S. (2015). Seguridad alimentaria y nutricional en la región caribe: Consecuencias de la desnutrición y buenas prácticas como soluciones. *Investigación y desarrollo, 23*(1), 117-138. https://www.redalyc.org/pdf/268/26839041005.pdf

Liu, D., Fang, H.Y., Zhao, L.Y., Yu, D.M., Long, J.M. y Zhao, W.H. (2018). Study on the relationship between family-related factors and obesity of children and adolescents aged 6-17 years. *Chinese Journal of Epidemiology*, *39* (6), 720-723. https://doi.org/ 10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2018.06.005

Lolokote, S., Habtemariam, T. y Li, X. (2017). Do socio-cultural factors influence college students' self-related health status and health-promoting lifestyles? A cross-sectional multicenter study in Dalian, China. *BCM Public Health, 17*(1), 2-14. https://doi.org/ 10.1186/s12889-017-4411-8

Losada, A.V. y Rijavec, M.I. (2017). Consecuencias psicológicas en niños con obesidad producto de la estigmatización social. *Revista Neuronum, 3*(2), 1-20. https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/8911

Machado, K., Gil, P., Ramos, I. y Pírez, C. (2018). Sobrepeso/obesidad en niños en edad escolar y sus factores de riesgo. Archivos de Pediatría del Uruguay, 89(1), 16-25. http://dx.doi.org/10.31134/ap.89.s1.2

Maganto, C., Peris, M. y Sánchez, R. (2019). El bienestar psicológico en la adolescencia: variables psicológicas asociadas y predictoras. *European Journal of Education and Psychology,12*(2), 139-151. https://doi.org/10.30552/ejep.v12i2.279

Malo-Serrano, M., Castillo, N. y Pajita, D. (2017). La obesidad en el mundo. *Anales de la Facultad de Medicina, 78*(2), 173-178. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832017000200011&script=sci_arttext

Marqueta de Salas, M., Martin-Ramiro, J.J., Rodríguez, L., Enjunto, D. y Juárez, J.J. (2016). Hábitos alimentarios y actividad física en relación con el sobrepeso y obesidad en España. *Revista Española de Nutrición humana y dietética, 20*(3), 224-235. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2174-51452016000300009

Martínez-Villanueva, J., González-Leal, R., Argente, J. y Martos-Moreno, G.A. (2018). La obesidad parental se asocia con la gravedad de la obesidad infantil y de sus comorbilidades. *Anales de Pediatría, 90* (4), 224-231. https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.06.013

Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist, 35*(9), 807-817. https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.9.807

McColl-Kennedy, J., Danaher, T.S., Gallan, A.S., Orsingher, C., Lervik-Olsen, L. y Verma, R. (2017). How do you feel today? Managing patiens emotions during the health care experiences to enhance well-being. *Journal of Business Research*, *79*(1), 247-259. https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2017.03.022

McCurdy, K., Tovar, A., Kaar, J.L. y Valdiveloo, M. (2019). Pathways between maternal depression, the family environment and child BMI z scores. *Appetite,1*(134), 148-154. Https/doi.org/10.1016/j.appet.2018.12.010.

Medina, A. (2011). Adaptación y estudio psicométrico de la escala de bienestar psicológico de C. Ryff de 39 ítems en población mexicana. (Tesis para obtener el grado de licenciado en psicología). Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Mendoza, J.E. (2019). Nivel socioeconómico y obesidad en pacientes entre 3 y 14 años de edad. Hospital Belén de Trujillo. (Tesis para obtener el título de médico cirujano). Facultad de Ciencias Médicas, Universidad César Vallejo.

Minuchin, S. y Fishman, H. (1979). Psychosomatic family in child psychiatry. *Journal of the American Child Psychiatry, 18*(1), 76-90. https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)60479-9

Miqueleiz, E., Te Velde, S., Regidor, E., Van Lippevelde, W., Vik, F., Fernández-Almira, J.M., Vicente-Rodríguez, G. y Kunst, A. (2015). Hábitos de vida y estilos de cuidado de los progenitores relacionados con la obesidad infantil. Comparación de una población Española con poblaciones de países del Norte de Europa: Energy Projet. *Revista Española de Salud Pública, 89*(1), 523-532. http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v89n5/09_original_breve.pdf

Moral, J., Landero, R. Y González, M.T. (2008). *Psicología de la salud en adolescentes y jóvenes.* Edición de la Universidad Autónoma de Nuevo León: Monterrey.

Morales, J.F., Moya, M., Gaviria, E. y Cuadrado, I. (2007). *Psicología social.* Editorial McGraw Hill.

Moreira, P.A.S., Cloninger, R., Dinis, L., Sa, L., Oliveira, J.T., Dias, A. y Oliveira, J. (2015). Personality and well being in adolescents. *Frontiers in Psychology, 5*(1), 1-15. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01494

Moreta-Herrera, R., López-Calle, L., Gordón-Villalba, P., Ortíz-Ochoa, W. y Gaibor-González, I. (2018). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y social como predictores de salud mental en ecuatorianos. *Actualidades en Psicología, 32*(124), http://dx.doi.org/10.15517/ap.v32i124.31989

Moscovici, S. (1984). *The phenomenon of social representations.* Cambridge: Cambridge University Press.

Moscovici, S., Mugny, G. y Pérez, J.A. (1991). *La influencia social inconsciente.* Editorial Anthropos.

Netwton, S., Braithwaite, D. y Akinyemiju, T.F. (2017). Socio-economic status over the life course and obesity: Systematic review and meta-analysis. *Plos ONE,12* (5), 1-15. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177151

Noh, H.M., Park, J., Sung, E.J., Ju, Y.S., Lee, H.J., Jeong, Y.K. y Park, K.J. (2019). Family factors and obesity in relation to mental health among Korean children and adolescents. *Journal of Child and Family Studies.* (published online ahead of print). https://doi.org/10.1007/s10826-019-01558-7

Nylocks, K.M., Rafaeli, E., Bar-Kalifa, E., Flynn, J.J. y Coifman, K.G. (2018). Testing the influence of negative and positive emotions on future health-promoting behaviours in a community sample. *Motivation and Emotion* (Published online ahead of print). https://doi.rg/10.1007/s11031-018-9729-8

Oblitas, L.A. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida.* Editorial Cengage Learning.

Ocampo, L. y Sánchez, V.C. (2019). *Dinámica familiar (funcional/disfuncional) y niveles de ansiedad en adolescentes con obesidad del colegio industrial Luis Madina de la ciudad de Santiago de Cali.* (Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología). Fundación universitaria católica Lumen Gentium: Santiago de Cali.

Ogden, J. (2004). *Health Psychology: A textbook.* Editorial McGraw Hill.
Ogden, J. (2005). *Psicología de la alimentación.* Ediciones Morata.
Oliva-Peña, Y., Ordóñez-Luna, M., Santana-Carvajal, A., Marín-Cárdenas, A.D., Andueza, G. y Gómez, I.A. (2016). Concordancia del IMC y la percepción de la imagen corporal en adolescentes de una localidad suburbana de Yucatán. *Revista Biomédica,27*(2), 49-60. https://doi.org/ 10.32776/revbiomed.v27i2.24.
Olson, D.H., Sprenkle, D.H. y Russell, C.S. (1979). Circumplex model of marital and family system: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. *Family process, 18*(1), 3-28. https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1979.00003.
Oramas-Viera, A., Santana-López, S. y Vergara-Barrenechea, A. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista cubana de salud y trabajo, 7*(1-2), 34-9. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/insat/rst06106.pdf
Organización de la Cooperación y Desarrollo Económicos. (2017). *Panorama de la educación 2017.* Sitio web de la OCDE: https://www.oecd.org/education/skills-beyond-school/EAG2017CN-Mexico-Spanish.pdf
Organización Mundial de la Salud. (1978). *Health and the family. Studies on the demography of the family life cicles and their health implications.* Sitio web de la Organización Mundial de la Salud: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40336/16937_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
Organización Mundial de la Salud. (2016). *10 datos sobre la diabetes.* Sitio web de la Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/features/factfiles/diabetes/es/
Organización Mundial de la Salud. (2016b). *Informe de la comisión para acabar con la obesidad infantil.* Ediciones OMS: Ginebra.
Organización Mundial de la Salud. (2017). *Enfermedades cardiovasculares.* Sitio web de la Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)
Organización Mundial de la Salud. (2018a). *Obesidad y sobrepeso.* Sitio web de la (Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight
Organización Mundial de la Salud. (2018b). *Malnutrición.* Sitio web de la Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition
Organización Mundial de la Salud. (2018c). *Cáncer.* Sitio web de la Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer
Organización Mundial de la Salud. (2019). *New WHO-led study says majority of adolescents worldwide are not sufficiently physically active, putting their current and future health at risk.* Sitio web de la Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/news-room/detail/22-11-2019-new-who-led-study-says-majority-of-adolescents-worldwide-are-not-sufficiently-physically-active-putting-their-current-and-future-health-at-risk
Organización Mundial de la Salud. (2019). *Salud mental del adolescente.* Sitio web de la Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Obesidad y sobrepeso.* Sitio web de la Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

Organización Mundial de la Salud. (Sin fecha, a). *10 datos sobre la obesidad.* Sitio web de la Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/

Organización Mundial de la Salud. (Sin fecha, b). *Desarrollo en la adolescencia.* https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Organización Panamericana de la Salud. (Sin fecha). *Indicadores de salud: aspectos conceptuales y operativos.* Sitio web de la Organización Panamericana de la Salud: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14402:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-2&Itemid=0&showall=1&lang=es

Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico. (2019). *El gasto en salud superará el crecimiento del PIB en 2030.* Sitio web de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico: https://www.oecd.org/centrodemexico/medios/elgastoensaludsuperaraelcrecimientodelpiben2030.htm

Papalia, D. y Martorell, G. (2017). *Desarrollo Humano.* McGraw Hill.

Parkland Hospital. (2020). *Ten reasons beyond your looks to maintain a healthy weight.* Parkland Hospital website: https://www.parklandhospital.com/news-and-updates/ten-reasons-beyond-your-looks-to-maintain-a-health-1681

Parrao-López, M., Andrade, P. y Betancourt, D. (2014). Los padres como modelos y controles de la conducta de alimentación de los jóvenes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 16* (1), 79-93. https://www.redalyc.org/service/r2020/downloadPdf/802/80230114005/6

Pérez, B. y Álvarez, J. (2018). Representations of eating habits: Differences between pre-adolescents and their parents. *Paper of Social Representations, 27*(2), 4.1-4.23. http://psr.iscte-iul.pt/index.php/PSR/index

Pérez, F. y Santelices, M.P. (2016). Sintomatología depresiva, estrés parental y funcionamiento familiar. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 25*(3), 235-244. https://www.redalyc.org/pdf/2819/281948416003.pdf

Procuraduría General del Consumidor. (2017). *Día internacional de la familia: Todos para uno y uno para todos.* Sitio web de la Procuraduría General del Consumidor: https://www.gob.mx/profeco/documentos/dia-internacional-de-la-familia-uno-para-todos-y-todos-para-uno?state=published

Quintero, J., Alcántara, M.P., Banzo-Arguis, C., Martínez de Velasco, R., Barbudo, E., Silveria, B., Pérez, Templado, J. (2016). Psicopatología en el paciente con obesidad. *Salud Mental, 39*(3), 123-130. http://dx.doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.010

Quintero, S.V. (2018). *La obesidad, sus sentidos y significados.* (Tesis de grado). Universidad Externado de Colombia: Bogotá.

Quiroga-De Michelana, M.I. (2017). Obesidad y genética. *Anales de la Facultad de Medicina, 78*(2), 192-195. http://dx.doi.org/10.15381/ anales.v78i2.13216.

Rajan, T.M. y Menon, V. (2017). Psychiatric disorders and obesity: A review of association studies. *Journal of Posgraduate Medicine, 63*(3), 182-190. https://dx.doi.org/10.4103/jpgm.JPGM_712_16

Ramírez-Izcoa, A., Sánchez-Sierra, L.E., Mejía, C., Izaguirre, A.I., Alvarado, C., Flores-Moreno, R., Miranda, K., Díaz, C., Aguilar, V.G. y Rivera, E.E. (2017). Prevalencia y factores asociados al sobrepeso y obesidad infantil en escuelas públicas y privadas de Tegucigalpa, Honduras. *Revista Chilena de Nutrición, 44* (2), 163-169. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182017000200007

Real Academia Española. (s.f.). *Familia.* Sitio web de la Real Academia Española: https://dle.rae.es/familia

Riquelme, O. y Giacoman, C. (2018). La comida en familia: La idealización de un evento social. *Revista Chilena de Nutrición, 45*(1), 65-70. http://dx.doi.org/ 10.4067/S0717-75182018000100065

Rivera-Heredia, M.E. y Andrade-Palos, P. (2010). Escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares. *Revista de Psicología, 14,* 12-29. https://www.academia.edu/6596473/Escala_de_evaluaci%C3%B3n_de_las_Relaciones_Intrafamiliares

Rodríguez, A., Ramos, E., Ros, I., Fernández, A. y Revuelta, L. (2016). Subjective well-being in adolescence: the role of resilience, self-concept and perceived social support. *Suma Psicológica, 23*(1), 60-69. https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.02.002

Rodríguez, L. y Díaz, M.E. (2016). Representaciones familiares sobre la obesidad infantil en dos municipalidades de la Habana. *Revista de Antropología Experimental,16*(12), 179-187. https://doi.org/10.17561/rae.v0i16.2569

Romain, A.J., Marleau, J. y Baillot, A. (2017). Impact of obesity and mood disorders on physical comorbidities, psychological well-being and health behaviours and use of health services. *Journal of Affective Disorders*(published online ahead of print). http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.065

Ronen, T., Hamama, L., Rosenbaum, M. y Mishely, A. (2014). Subjective well-being in adolescence: The role of self-control, social support, age, gender and familial crisis. *Journal of Happiness Studies, 17*(1), 1-24. 10.1007/s10902-014-9585-5

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(6), 1069–1081. https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069

Ryff, C. y Lee, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(4), 719-727. https://doi.org/10.1037//0022-3514.69.4.719

Sagar, R. y Gupta, T. (2017). Psychological aspects of obesity in children and adolescents. *The Indian Journal of Pediatrics, 85*(7), 1-6. https://doi.org/10.1007/s12098-017-2539-2

Schnettler, B., Miranda, H., Lobos, G., Orellana, L., Sepúlveda, J., Denegri, M., Etchebarne, S., Mora, M. y Grunert, K. (2015). Eating habits and subjective well being: A typology of students in chilean states universities. *Appetite, 89*(1), 203-214. https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.02.008

Secretaría de Economía. (2020). *Fue aprobada la modificación a la NOM 051 sobre etiquetado de alimentos y bebidas.* Sitio web de la Secretaría de Economía: https://www.gob.mx/se/articulos/fue-aprobada-la-modificacion-a-la-nom-051-sobre-etiquetado-de-alimentos-y-bebidas

Secretaría de Salud. (2015). *La obesidad en el menor de edad.* Sitio web del Instituto Mexicano del Seguro Social: http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/obesidad-menoredad

Secretaría de Salud. (2019a). Prevención de niveles elevados de colesterol y triglicéridos. Sitio web de la Secretaría de Salud: http://ss.pue.gob.mx/prevencion-de-niveles-elevados-de-colesterol-y-trigliceridos/

Secretaría de Salud. (2019b). *Programa Sectorial de Salud.* Sitio web de la Secretaría de Salud:http://saludsinaloa.gob.mx/wpcontent/uploads/2019/transparencia/PROGRAM_SECTORIAL_DE_SALUD_2019_2024.pdf

Secretaría de Salud. (Sin fecha). *Monitor de la salud.* Sitio web de la Secretaría de Salud: http://ss.pue.gob.mx/wpcontent/uploads/2017/07/Dia_Mundial_de_la_Obesidad_y_la_Diabetes.pdf

Serrano-Plata, M.J., Domínguez-García, M.V., Allirot, X. y Laguna-Camacho, A. (2019). Comidas caseras y abatimiento de la obesidad: una revisión narrativa. *Ciencia Ergosum Revista científica multidisciplinaria de prospectiva, 26*(1), 1-12. https://doi.org/10.30878/ces.v26n1a3

Singüenza, W.G. (2015). Funcionamiento familiar según el modelo circumplejo de Olson (Tesis para obtener el grado de maestro en psicoterapia del niño y la familia). Facultad de Psicología de la Universidad de Cuenca.

Soto, V., Merino, M., Losada, R., Castaño, C., Pérez, A. y Prados, M. (2013). Sueño y obesidad en la infancia. *Acta Pediátrica Española, 71*(9), 191-198. https://search.proquest.com/openview/940d8af353e2c15b05003e7cc352730e/1?pq-origsite=gscholar&cbl=31418

Sun, X., Chan, D. y Chan, L. (2016). Self-compassion and psychological well-being among adolescents in Hong Kong: Exploring gender differences. *Personality and Individual Differences,101*, 288-292. https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.06.011

Tebar, W.R., Vanderlei, L.C., Scarabotollo, C.C., Zanuto, E.F., Saraiva, B.T.C., Tebar, F., Delfino, L.D. y Christofaro, D.G.D. (2017). Abdominal obesity: prevalence, sociodemographic and lifestyle-associated factors in adolescents. *Journal of Human and growth development, 27*(1), 56-63. http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.127653

Thomas, P.A., Liu, H. y Umberson, D. (2017). Family relationships and well-being. *Innovation in Aging,1*(3), 1-11. https://doi.org/10.1093/geroni/igx025

Tillman, K.H. y Miller, B. (2017). The role of family relationships in the psychological well being of interracialy dating adolescents. *Social Science Research,65*, 240-252. https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2016.11.001

Tito, V.S. y Galindo, L.S. (2019). Adaptación y validación de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff en adolescentes de instituciones educativas del distrito SJL (Tesis para obtener el grado de licenciado en psicología). Universidad César Vallejo.

Ulibarri, J.I., Lobo, G. y Pérez, A.J. (2015). Desnutrición clínica y riesgo nutricional en 2015. *Nutrición clínica en medicina, 9*(3), 231-254. https://doi.org/10.7400/NCM.2015.09.3.5033

Uribe, A., Ramos, I., Villamil, I. y Palacio, J.E. (2018). La importancia de las estrategias de afrontamiento en el bienestar psicológico en una muestra escolarizada de adolescentes. *Psicogente,21*(40), 440-457. https://doi.org/10.17081/psico.21.40.3082

Valdés, A.A. (2007). *Familia y desarrollo: Intervenciones en terapia familiar.* Editorial Manual Moderno.

Valladares, A.M. (2008). La familia. Una mirada desde la Psicología. *Revista electrónica MediSur, 6* (1), 4-13. https://www.redalyc.org/pdf/1800/180020298002.pdf

Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J.J. y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud, 5* (2009), 15-28. http://institucionales.us.es/apcs/doc/APCS_5_esp_15-28.pdf

Velarde, N.C. (2019). *Funcionamiento familiar en adolescentes de 12 a 18 años que laboran en el mercado Santa Elena del Distrito Andrés Avelino Cáceres Dorregaray, Ayacucho-2018.* (Tesis para obtener el grado académico de Bachiller en Psicología). Universidad Católica Los Ángeles Chimbote: Perú.

Viejo, C., Gómez, M. y Ortega, R. (2018). Adolescents' psychological well-being: A multidimensional measure. *International Journal of Enviromental Research and Public Health, 15*(10), 2-22. https://doi.org/10.3390/ijerph15102325.

Vygostky, L. S. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores.* Editorial Biblioteca de bolsillo.

Wang, Y., Jungwon, M., Khuri, J. y Li, M. (2017). A systematic examination of the association between parental and child obesity across countries. *Advances in Nutrition: An International Review Journal, 8* (3), 436-448. https://doi.org/10.3945/an.116.013235

Ward, S.J. y King, L.A. (2016). Poor but happy? Income, happiness, and experienced and expected meaning of life. *Social Psychological and Personality Science,7*(5), 1-6. https://doi.org/ 10.1177/1948550615627865

Wickle, J.S. y Hoagland, A. (2019). Adolescent interactions with family and emotions during interactions: Variation by family structure. *Journal of Family Psychology.* (published online ahead of print). https://doi.org/10.1037/fam0000625

World Health Organization. (Sin fecha). *Adolescent development.* World Health Organization website: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/development/en/

World Health Organization. (Sin fecha). *Adolescent health epidemiology.* World Health Organization website: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescence/en/

Xu, S. y Xue, Y. (2015). Pediatric obesity: Causes, symptoms, prevention and treatment (review). *Experimental and Therapeutic Medicine, 11*(1), 15-20. https://doi.org/10.3892/etm.2015.2853

Yáñez, L.E. (2018). *Funcionamiento familiar y su relación con la autoestima de los adolescentes.* (Tesis de licenciatura para obtener el título de Psicólogo Clínico). Universidad Técnica de Ambato: Ecuador.

Yee, A.Z.H., Lwin, M.O. y Ho, S.S. (2017). The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviours: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Health Nutrition and behavioural physical activity, 14*(1), 2-14. https://doi.org/10.1186/s12966-017-0501-3

Ying-Lien, N., Jen-Ho, C. y Lung, C. (2019). Investigating the relationship between district-level socioeconomic status and individual obesity in taiwanese adolescentes: A large

scale cross-sectional analysis. *Scientific Reports,9* , 2928. https://doi.org/10.1038/s41598-019-39167-5

Zamudio-Solorio, O. y Muñoz-Arenillas, R.M. (2016). Percepción de los padres respecto al sobrepeso y obesidad de sus hijos. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social,24*(1), 61-64. https://biblat.unam.mx/hevila/RevistadeenfermeriadelInstitutoMexicanodelSeguroSocial/2016/vol24/no1/10.pdf

ANEXOS

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Universidad Autónoma de Nuevo León está llevando a cabo un estudio con estudiantes de secundaria que tiene como objetivo conocer sus niveles de masa corporal así como algunos factores que puedan incidir en el sobrepeso y la obesidad.

En el caso de la escuela secundaria donde estudia su hija(o) previamente se ha solicitado la autorización del director para la realización de la investigación quién ha estado de acuerdo en que se realice la misma.

Por ese motivo se invita a su hija(o) a participar en el estudio el cual tiene también otro objetivo que es el de recopilar datos para desarrollar alternativas de atención para promover y mejorar la salud y el bienestar de los adolescentes. El estudio garantiza el **anonimato** de los participantes al no pedir información que pueda revelar la identidad de los mismos o de su familia. Los datos que se obtendrán del estudio tendrán un uso exclusivamente científico.

Si usted está de acuerdo en que su hija(o) participe en el estudio le pedimos de favor firme la presente. (Favor de no agregar nombre ni apellidos).

Firma de autorización

Anexo 2

Escala de Bienestar Psicológico

A continuación se presentan afirmaciones con las que puedes estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la siguiente escala del 1 al 6, indica CON UNA "X" el grado de acuerdo o desacuerdo con cada una. Por favor, responde a todas las preguntas **sinceramente**.

	Totalmente en desacuerdo **1**	Muy en desacuerdo **2**	Algo en desacuerdo **3**	Algo de acuerdo **4**	Muy de acuerdo **5**	Totalmente de acuerdo **6**
1.- Cuando pienso en la historia de mi vida, estoy contento con cómo han resultado las cosas.						
2.- A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.						
3.- No me da miedo expresar mis opiniones, incluso cuando son contrarias a las de la mayoría de la gente						
4.- Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.						
5.- Me resulta difícil orientar mi vida hacia un camino que me guste						
6.- Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.						
7.- En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.						
8.- No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.						
9.- Me preocupa lo que otra gente piensa de mí.						
10.- Me juzgo por lo que creo que es importante, no por los valores que otros piensan como importantes.						
11.- Tengo un hogar donde me siento a gusto y vivo bien						
12.- Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.						
13.- Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas que cambiaría de mí mismo						
14.- Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.						
15.- Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.						
16.- En general siento que soy responsable de la situación en la que vivo.						
17.- Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.						
18.- Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.						

19.-Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.						
20.- Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo.						
21.- Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias a las de otras personas						
22.-Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.						
23.- Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.						
24.- En general, con el tiempo siento que estoy aprendiendo más sobre mí mismo.						
25.- En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida						
26.- No he experimentado muchas relaciones cercanas de confianza.						
27.- Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.						
28.- Las responsabilidades familiares y personales que tengo las cumplo bien						
29.- No tengo claro que es lo que intento conseguir en la vida.						
30.- Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida.						
31.- En su mayor parte, me siento orgulloso de quién soy y de la vida que llevo.						
32.- Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.						
33.- A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo.						
34.-No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está.						
35.- Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo.						
36.- Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.						
37.- Tengo la sensación de que con el tiempo me ha desarrollado mucho como persona.						
38.- Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.						
39.- Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos suficientes para cambiarla.						

Anexo 3

Escala de Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.)

Por favor contesta lo siguiente: Edad_____ Sexo: M ( ) H ( ) Estatura: _____ Peso: _____

Escuela: _____

Instrucciones: Esta encuesta es para conocer varios aspectos sobre tu familia, con base a tu experiencia y opinión. Esta encuesta es **anónima** y no hay respuestas correctas ni incorrectas. Trata de ser lo más sincero y espontáneo posible.

A continuación hay una serie de oraciones, indica cruzando con una X el número que mejor se adecúe a la forma de actuar de tu familia.

		Totalmente de acuerdo **(5)**	De acuerdo **(4)**	Ni de acuerdo ni desacuerdo **(3)**	En desacuerdo **(2)**	Totalmente en desacuerdo **(1)**
1	Los miembros de mi familia acostumbramos a hacer cosas juntos					
2	Mis padres me animan abiertamente a expresar mis puntos de vista					
3	En mi familia, no les preocupa cómo se sienten los demás					
4	Mi familia es cálida y nos brinda apoyo					
5	En nuestra familia es importante para todos expresar nuestras opiniones					
6	La atmósfera de mi familia usualmente es desagradable					
7	Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto					
8	Mi familia me escucha					
9	Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia					
10	Los miembros de la familia en verdad nos ayudamos y apoyamos unos a otros					
11	En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño					
12	Los conflictos de mi familia nunca se resuelven					