

51921  
7

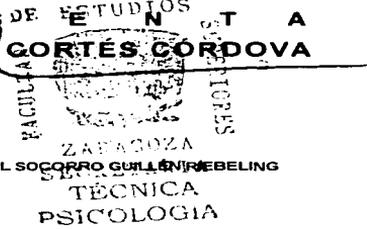


# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

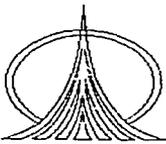
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
CARRERA DE PSICOLOGÍA

## ACTITUD E IMAGEN CORPORAL DE HOMBRES Y MUJERES HACIA LA OBESIDAD

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**  
P R E S E N T A  
DE ESTUDIOS  
**JOSÉ EMMANUEL CORTÉS CORDOVA**



ASESORA: MTRA. RAQUEL DEL SOCORRO GUILLÉN REBELING



MÉXICO, D.F.

2003

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## AGRADECIMIENTOS

*A Dios por permitirme haber llegado a estas instancias y haberme dado la oportunidad de cumplir mis objetivos.*

*A mi mamá que gracias a su apoyo y amor que me brindo desde siempre pude lograr mis metas y que sin ella no hubiese podido superar los obstáculos que se me presentaron de pequeño y que nunca me enseñó a rendirme.*

*A mi papá por sus consejos y apoyo que me ha brindado, porque él a sido mi guía a lo largo de la vida y fue el que me mostró el camino hacia una vida tranquila llena de valores y que me enseñó a apreciar las cosas bellas que nos rodean.*

*A mi hermana Luz que en los momentos más difíciles me tendió la mano, transformando mi vida, encaminándola a nuevas y gratas experiencias.*

*A Leonardo y Catalina por su amor y cariño que siempre me brindaron.*

*A la fundación Dolores y Andrade por el apoyo económico que permitió realizar mis estudios y cumplir mis objetivos.*

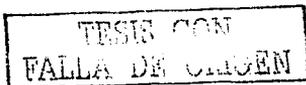
*A María Eugenia por darme la oportunidad de entrar a la fundación Andrade y que sin ella no hubiese sido posible seguir mis estudios.*

*A la Mtra. Raquel Guillén por todo su apoyo y consejos que me fueron útiles tanto en la elaboración de la tesis como en mi vida.*

*Al Lic. Carlos Martínez por su asesoría y apoyo en el área estadística de esta tesis y que gracias a sus conocimientos esta tesis fue posible.*

*A Omar por su amistad y apoyo y que durante la carrera siempre me proporcionó su ayuda.*

*Y en general a todos mis familiares, amigos, profesores, compañeros, conocidos, alumnas y demás personajes que han aportado algo positivo a mi vida.*



## **ÍNDICE**

<b>RESUMEN</b> .....	5
<b>FUNDAMENTACIÓN</b>	
Introducción.....	6
<b>CAPITULO 1: ASPECTOS PSICOLÓGICOS</b>	
1.1 LA ACTITUD.....	8
1.2 IMAGEN CORPORAL.....	9
1.3 GENERO.....	11
<b>CAPITULO 2: LA OBESIDAD</b>	
2.1 DEFINICIÓN.....	13
2.2 ETIOLOGÍA	
2.2.1. Factores genéticos.....	13
2.2.2. Factores metabólico-endocrinos.....	14
2.2.3. Factores ambientales.....	15
2.2.4. Factores socioeconómicos.....	15
2.2.5. Factores alimenticios.....	16
2.2.6. Factores psicológicos.....	17
2.3 CLASIFICACIÓN.....	18
2.4 SINTOMATOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA	
2.4.1. Sintomatología.....	19
2.4.2. Epidemiología.....	20
2.5 FACTORES DE RIESGO.....	20
<b>CAPITULO 3: FACTORES PSICOLOGICOS RELACIONADOS CON LA OBESIDAD</b>	
3.1 FACTOR COGNITIVO, CONDUCTUAL Y EMOCIONAL.....	22
<b>CAPITULO 4: ANTECEDENTES DE LOS ESTUDIOS SOBRE IMAGEN CORPORAL, GÉNERO Y OBESIDAD.</b>	

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

4.1 ESTUDIOS SOBRE LA ACTITUD HACIA LA OBESIDAD EN RELACIÓN AL GÉNERO.....	24
4.2 ASPECTOS SOCIO-CULTURALES ACERCA DE LA IMAGEN CORPORAL .....	27
PROPOSITO.....	29
METODOLOGÍA.....	31
RESULTADOS.....	35
CONCLUSIONES.....	48
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	52
BIBLIOGRAFÍA.....	56
APÉNDICE	

Apéndice I: inventario de actitudes hacia la obesidad.

Apéndice II: resultados de la validación.

Apéndice III: frecuencias obtenidas por reactivo.

Apéndice IV: Gráfica de diagnóstico del inventario de actitudes.

Apéndice V: Glosario de términos médicos.

TESIS CON  
VALIA DE ORIGEN

## RESUMEN

El propósito de la presente tesis fue el determinar la actitud entre hombres y mujeres hacia la obesidad y como afectaba en su percepción de imagen corporal, partiendo de la hipótesis de que la percepción hacia la obesidad por parte de las mujeres es negativa y es motivo de preocupación causada por presiones sociales y de género, mientras que en los hombres no es un problema tan grave. Se realizó una investigación de campo de corte exploratorio con muestras independientes tomadas de forma accidental en el área de influencia de la FES Zaragoza y de algunas de sus clínicas periféricas localizadas en el estado de México, aplicando el inventario de actitudes hacia la obesidad a una población de 400 sujetos, 200 hombres y 200 mujeres, dividiendo cada grupo en 3 categorías; normopeso, sobrepeso y obesos, determinadas por el índice de masa corporal. Los análisis estadísticos para procesar los resultados fueron alfa de Cronbach, t de Student, ANOVA, análisis de factor, frecuencias, prueba de Kruskal-Wallis, regresión múltiple y análisis multidimensional, arrojando como resultado que a las mujeres si les preocupa el tema de la obesidad, presentando una actitud negativa hacia esta, afectando el aspecto emocional y conductual, además que al comparar a las 3 categorías de poblaciones los obesos presentan una actitud negativa hacia la obesidad en las dimensiones ante mencionadas. Además de descubrir 9 factores que permiten hacer un estudio mas exacto de actitudes hacia la obesidad y una estrecha correlación entre la dimensión conductual y emocional en lo que se refiere a actitudes hacia la obesidad. Esto permite hacer una futura investigación, aumentando la confiabilidad del instrumento, ampliando la estratificación de la población para poder ver el comportamiento del aspecto cognitivo y su interrelación con los otros dos.

TESIS CON  
FALLA DE CENLEN

## FUNDAMENTACIÓN

### INTRODUCCIÓN

A partir de experiencias cotidianas se observa la existencia de una marcada diferencia de género en cuanto a la percepción de la obesidad como un problema de imagen corporal ya que este encierra variables de tipo socio-cultural al considerar al prototipo "esbelto" como el mas idóneo, donde es mas aplicable en el caso de las mujeres ya que parece exigírseles esta condición mas que a los hombres, causado por la influencia de los medios de comunicación, el mercadeo y la publicidad, que a la vez son traídos del extranjero, llegando a persuadir mas a las mujeres que a los hombres y por lo tanto demostrando porque las mujeres son las mayores consumidoras de productos de reducción de peso y las que se preocupan mas por cuidar su figura, mientras que los hombres no le dan mucha importancia.

Por otra parte el área de la ciencia de la salud ha reportado que el índice de personas que han cambiado su estilo y su ritmo de vida debido a la acumulación de grasa en ciertas áreas del cuerpo ha aumentado en la población adulta. Esta realidad se ve reflejada principalmente en las grandes urbes, porque día con día va aumentando el número de personas que viven bajo una vida sedentaria y de malos hábitos alimenticios a consecuencia de la tecnificación que hace que no se realice un esfuerzo físico significativo como por ejemplo los empleos de escritor, el uso excesivo del automóvil y la falta de ejercicio, el mantener una alimentación desbalanceada por el consumo de productos chatarra y la falta de administración de los tiempos para comer.

La obesidad actualmente se considera un problema serio de salud pública, con tendencia al incremento. Los primeros estudios que se realizaron acerca del tema fueron desde el punto de vista de la ciencia médica, la cual la observa como una entidad patológica, una enfermedad crónica que produce múltiples complicaciones y participa prácticamente en la mayoría de las enfermedades crónico degenerativas como: deficiencias cardiovasculares, hipertensión, arterosclerosis, padecimientos respiratorios, deformación ósea, o bien como factor de riesgo para enfermedades como la diabetes Mellitus, también tiene efecto en otros aspectos como el psicológico y el estético, creando trastornos como baja autoestima, depresión, ansiedad, desajustes sociales (estigmas: falta de voluntad, pereza, glotonería) y sexuales.

Para el tratamiento de las personas obesas la norma oficial mexicana NOM-174-SSA1-1998 para el tratamiento de la obesidad, indica que el abordaje apropiado del problema debe de ser multidisciplinario, esto significa que la obesidad debe ser abordada desde sus diferentes aspectos tales como el médico, biológico, genético, epidemiológico, psicológico etc. Este ultimo es en el que nos enfocaremos especialmente ya que parte de los elementos de estudio, tales como las actitudes, autoestima, autoimagen y autoconcepto están dentro de la esfera psicológica y mas específicamente en los aspectos cognitivos conformados por autoimagen,

TESIS CON  
FALLA DE CUBRIR

autoconcepto, ideas irracionales, autoestima, porque estos son procesos internos que son inherentes a la autopercepción y la formación de actitudes, influenciados por elementos como el entorno socio-cultural y la historia personal del sujeto. En gran medida esto se debe a factores socio-culturales y de imagen corporal establecida como un prototipo del ideal estético que las personas deben tener, especialmente en el caso de las mujeres ya que tanto en las revistas como en la TV se difunde la imagen de modelos que cumplen con las características determinadas y ayudadas por medios de persuasión tienen aun más efecto. Esto está aunado a la presión social la cual hace aun más prioritario el cambio de la imagen corporal.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CAPITULO 1. ASPECTOS PSICOLÓGICOS.

### 1.1 LA ACTITUD

*"La actitud es una tendencia psicológica que se expresa mediante la evaluación de una entidad u objeto concreto con cierto grado de favorabilidad o desfavorabilidad. Esta suele ser de carácter interno a la persona la cual va ser la encargada de realizar estas evaluaciones ya sea de carácter positivo o negativo que conllevan a conductas de aprobación o desaprobación, aceptación o rechazo entre otras"*<sup>1</sup>.

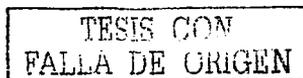
Morales (1994) indica que la actitud implica procesos evaluativos los cuales están determinados por valencia e intensidad. La primera hace relación al carácter positivo o negativo que se atribuye al objeto actitudinal. La intensidad se refiere a la gradación de esa valencia.

Como la mayoría de los procesos psicológicos, la actitud esta compuesta por elementos cognitivos, afectivos y conductuales los cuales la hacen surgir y se van a exteriorizar en respuestas que indica el carácter de la evaluación que se esta realizando al hecho u objeto. Las evaluaciones cognitivas se realizan a través de pensamientos e ideas los cuales son designados como creencias, estas a su vez llevan a otros procesos tales como la categorización y la clasificación de hechos y elementos para así poder tener esquemas más evaluativos y complejos. A su vez este proceso evaluativo va estar influenciado por las emociones que puedan causar ante la presencia del hecho u objeto en cuestión, y esto por lo tanto desencadenara en la realización de una conducta que será de carácter físico o verbal hacia el objeto u hecho ( Eagly y Chaiken, 1993).

Las actitudes como ya se había mencionado antes están compuestas de aspectos cognitivos, emocionales y conductuales pero también se debe tomar en cuenta que la actitud surge a partir de una interacción con el objeto u hecho a evaluar, además en los procesos de evaluación se cuenta con otros elementos que permiten realizar nuestra evaluación, tales como las experiencias pasadas, las categorizaciones que se hacen sobre lo que es positivo y negativo, La influencia que tienen los aspectos socio-culturales y por lo tanto la asimilación de los conceptos y categorizaciones de lo que es bueno y malo ( Morales, 1994).

Los aspectos anteriormente mencionados tanto por Eagly y Chaiken, como por Morales, sirven como indicadores los cuales permiten establecer la actitud como juicios de valores creados por la interacción de factores psicológicos y sociales y que van a tener por resultado una conducta ya sea de aceptación o rechazo hacia el objeto, persona u hecho evaluado. En este caso las personas realizan evaluaciones acerca de la obesidad ya sea en otras personas o en ellos mismos, y que estos juicios van a crear cambios en su forma de pensar y de actuar e inclusive en sus estados de animo.

<sup>1</sup> Eagly, A., Chaiken, S. Actitud; estructuras y funciones. 1993.



## 1.2 IMAGEN CORPORAL

*"La imagen corporal, definida como al representación mental que poseemos acerca del cuerpo humano, ya sea del nuestro o de otras personas"*<sup>2</sup>.

La imagen corporal es uno de los primeros constructos mentales que se forman en la mente humana a partir de los 2 años de edad (God y Brophy, 1996). Las personas desde la infancia aprenden a evaluar sus cuerpos a través de su interacción con el ambiente. De esta manera, su imagen corporal se desarrolla y es evaluada continuamente durante la vida entera (Becker Jr, 1999). En realidad la imagen corporal es una entidad multifacética que comprende las dimensiones física, psicológica y social (Volkwein y McConatha, 1997). Tempranamente el hombre y la mujer desarrollan un esquema corporal o estructura cognitiva a través de la percepción de como sus cuerpos son estructurados. Producto del modelo que reproducen los medios de comunicación de masas hacia los cuerpos atractivos. No es sorprendente que una parte de nuestra sociedad se lance a la búsqueda de una apariencia física idealizada. La exposición de modelos de cuerpos hermosos está determinada en las últimas décadas por una compulsión a buscar una anatomía ideal, dando pie a definir el concepto de autovaloración que es la capacidad que tiene una persona en apreciarse a si misma, tomando en cuenta sus capacidades, valores, personalidad e imagen física (Volkwein y McConatha, 1997).

La imagen corporal esta determinada por factores tales como la edad, el atractivo físico, la moda, la salud y la autoaceptación. La edad es una variable importante para la forma como el ser humano se percibe a si mismo y es percibido. Aunque la cultura contemporánea asocia la vejez con la pérdida de la salud y de la actividad, un significativo número de personas mayores mantiene la salud y la capacidad física. Una capacidad física endeble hace que el sujeto se perciba más viejo y es percibido de esta manera por los demás. La proporción de personas mayores que tienen una forma física vigorosa es mayor. Sin embargo no ha sido comprobado que el ejercicio prolongue la vida, sus efectos sobre el aparato inmunológico puede prevenir enfermedades e influir en la calidad de vida del adulto mayor (Butler, 1988). El mismo autor se refiere a la revolución de la longevidad, que ha transformado el significado físico, psicológico y social de la vejez. La deseabilidad social que es otro de los factores que influyen a la imagen corporal traen como consecuencias efectos tales como el fenómeno del Fitness el cual es una construcción de las sociedades industrializadas, ya que la mayor parte de las personas que asisten a los gimnasios provienen de los sectores medios hacia arriba. Existe un aumento en poner el énfasis en el cuerpo (sexualidad, seducción, etc.) y una preocupación en torno a él (salud). Por otra parte, el cuerpo ya no es más necesario en los procesos de producción, a partir de la evolución de los procesos tecnológicos y de la racionalización del trabajo en el mundo.

<sup>2</sup> Demarest, j., Allen, R. **Self image gender age collage students race personal appearance.**, the journal of social psychology, 140, 2000.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

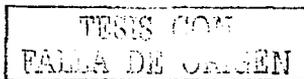
De esta manera, la transformación mundial en lo que atañe a la búsqueda de la forma física puede ser una inversión importante para la mejora de la imagen corporal del ser humano. Cuando esto sucede aumenta la estima corporal que a su vez influencia la autoestima.

Esto significa que al sentirse bien con el propio cuerpo producirá un efecto general de bienestar. Desde este punto de vista la estima corporal y la autoestima están relacionadas. Se supone, entre tanto, que la autoestima podría ser diferente en función de varios dominios: lo físico, lo escolar, y lo social. Este modelo se refiere al dominio específico de la autoestima como competencia (Marsch y Shavelson, 1985).

Marsch y Shavelson al hablar de la autoestima remarcan la existencia de la multidimensionalidad en el cual los sujetos pueden tener diferentes percepciones de ellos en aspectos diferentes de su vida. Esa idea fue desarrollada y después confirmada por Harter (1988), llevó al descubrimiento de perfiles. Estos perfiles comprenden varias subclases, cada una con la capacidad de evaluar la autopercepción dentro de un dominio específico. Después Harter junto con sus colegas comprobaron que la autoestima consiste en diferentes dominios que son diferenciados de acuerdo con la evolución de la edad. Uno de esos dominios es la capacidad física percibida.

Otra evidencia son los resultados de investigaciones anteriores, por ejemplo Bjorntorp (1991), considera que diversos factores psicológicos y psicosociales pueden influir sobre la circunferencia de la cintura humana. Bajo condiciones de stress las respuestas neuroendocrinas y endocrinas llevan al incremento de la gordura visceral. El aumento del grosor de la cintura fue encontrado en varias personas con altos niveles de depresión y ansiedad. De alguna manera, la circunferencia de la cintura es un importante factor para el autoconcepto corporal (Sorensen et al., 1997). La redondez de la cintura puede ser una motivación importante para el cambio de conducta en la alimentación y la participación en un programa de ejercicio físico.

Lo anteriormente mencionado afirma que estos factores afectan a las personas que padecen de sobrepeso, aunado a la presión y estigmatización social, haciendo un énfasis especialmente en lo que es la imagen corporal ya que esto pertenece a lo que es la autoimagen la cual al verse afectada o no conocerse bien, es natural que esta sea negada, refiriéndose a la percepción de las cualidades y atributos físicos que se tienen de uno mismo. De acuerdo a las teorías de la autodiscrepancia la insatisfacción física refleja el estado de discrepancia entre los atributos físicos autopercebidos y los estándares sociales internalizados (Jacobi, L. y Cash, T., 1994). El nivel de discrepancia entre la autoimagen corporal y un ideal de belleza va a esta influenciado por el nivel de automonitoreo, la identificación con un estereotipo racial adecuado, el nivel de comparación social, entre otros factores, los que en conjunto determinarán en gran medida la autoestima del sujeto. La imagen corporal es uno de los componentes tanto de la autorepresentación, como del esquema físico que tienen otras personas acerca de nosotros. Esta puede ser vista como la relación entre el cuerpo de una persona y los procesos cognitivos como creencias, valores y



actitudes (Volkwein y McConatha, 1997). Desde este punto de vista la imagen corporal puede ser definida como una representación interna, mental, o autoesquema de apariencia física de una persona.

### 1.3 GENERO

Como se ha visto en las últimas décadas el término género circula en las ciencias sociales con una acepción específica y una intencionalidad explicativa. Dicha acepción data de 1955 cuando el investigador John Money propuso el termino "papel de genero" para describir el conjunto de conductas atribuidas a los varones y a las mujeres (citado en Gomáriz, 1992). Este término se fue perfeccionando a través del tiempo con el propósito de hacer una diferenciación entre sexo y genero el cual consiste en que el primero se refiere al hecho biológico de que la especie humana es una de las que se reproduce a través de la diferenciación sexual, mientras el segundo guarda relación con los significados que la sociedad le atribuyen a tal hecho. Como en cada sociedad se ha formado un sistema de género que incluye esquemas, normas y valores asignado a cada uno de los integrantes de este esquema (Hombres y mujeres). Tomando en cuenta los elementos anteriores la definición de género es la siguiente:

*"Los sistemas de género son los conjuntos de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que la sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual anatomo-fisiológica y que dan sentido en general a las relaciones entre personas sexuadas"*<sup>3</sup>.

Estos implican patrones de comportamiento, labores que deben desarrollar, obligaciones sociales, aspectos morales de comportamiento los cuales están identificados perfectamente porque forman parte de la crianza y permiten la identificación con el rol asignado. En la sociedad mexicana el papel de la mujer es de crianza de los hijos y mantenimiento de la familia con un rol más afectivo, mientras que el del hombre es el de protección y manutención de la familia.

El termino género también denota una Jerarquización social donde cada uno de los sexos juega un papel en la organización social, y este rol va impregnado de aspectos sociales, culturales, psicológicos, laborales, e inclusive físicos como lo manifiesta Wiederman (2000) al mencionar que en la cultura occidental existe una imagen corporal bien definida para cada uno de los sexos, donde el hombre debe ser mas "Voluminoso" mientras que la mujer debe ser mas delgada. Esto lo podemos comprobar por ejemplo al contemplar el arte pictórico y escultórico que han producido las culturas occidentales a lo largo del tiempo en las cuales se muestran los patrones antes mencionados donde se pueden admirar hombres corpulentos y mujeres delgadas. Esta definición de imagen corporal relacionada con la asignación de genero también se refleja en la cultura actual donde los medios de comunicación presentan los estereotipos de cómo debe ser definida la imagen corporal de acuerdo al genero, donde los hombres presentan mayor volumen que las mujeres, aunque en

<sup>3</sup> De Barbieri, Citado en: **Los estudios de género y sus fuentes epistemológicas**. 1992.

los últimos años el exceso de volumen corporal en los hombres tampoco es bien visto, pero esta temática será abordada como mayor especificidad en otro apartado.

En general se resume que las diferencias de género delimitan en todos los aspectos tanto a hombres como mujeres y que estas diferencias implican que cada uno cumpla ciertos roles y presente ciertos estereotipos en nuestra sociedad.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CAPITULO 2. LA OBESIDAD.

### 2.1 DEFINICIÓN

*"La obesidad es una acumulación excesiva del tejido adiposo que se traduce en aumento de peso corporal"*<sup>4</sup>.

Campollo (1995) la considera como un sobrante de tejido adiposo indeseable por cuanto se asocia a diferentes enfermedades con mayor mortalidad, producto de un balance energético superior al óptimo que a su vez puede provenir de causas como de carácter bioquímico, genéticos, hormonales, de composición corporal nerviosa, psicológicos, sociales y culturales.

Con lo anterior se puede afirmar que la obesidad es una enfermedad multifactorial que se debe por un consumo energético mayor que el necesario, convirtiéndose dentro de nuestro cuerpo en exceso de grasa manifestándose mediante el aumento de peso.

La obesidad es un padecimiento que ha alcanzado a gran parte de la población y del que mucho se habla, sin embargo la mayoría de las personas ignoran cual es la gravedad de esta, ubicándola la mayoría de las veces como una cuestión de estética y no de salud. Los médicos y los nutriólogos consideran obesa a una persona, si el índice de masa corporal (IMC) sea mayor de 27 en la población masculina con talla de 1.60 m. o superior y en población femenina con talla de 1.50 m. o superior. Y sea mayor de 25 en la población con una talla inferior a 1.60 m. en hombres y 1.50 m. en mujeres<sup>5</sup>.

### 2.2 ETIOLOGÍA

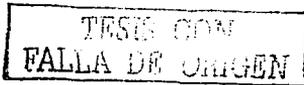
La obesidad se origina normalmente por una combinación de exceso de comida o sobrealimentación y de falta de ejercicio, aunque también influyen en gran medida factores endocrino-hormonales, genéticos, socio-económicos y ambientales.

#### 2.2.1. Factores genéticos.

El papel de factores heredados en el desarrollo y conservación de la obesidad solo se comprende parcialmente. El problema todavía resulta más confuso cuando se plantean cuestiones acerca de los genes específicos que pudieran explicar alguno de los casos de obesidad. Mayer (citado en Saldaña y Rossell), señalan que existen muchos individuos obesos que ingieren muy pocos alimentos, suponiendo que en estos individuos, las necesidades energéticas están por debajo de las que tiene la mayoría de la población, atribuyendo esta situación a una característica que esta genéticamente determinada. Esto viene a ser respaldado por estudios de gemelos idénticos criados por separado, según Mc Laren (1993), en su investigación obtuvo que el peso de ambos era muy semejante, los pesos de hijos adoptados no muestran correlación con los de los padres adoptivos, pero el de los hijos naturales si lo hacen. La estructura corporal o somatotipo, parece heredarse y entre los 3 somatotipos

<sup>4</sup> Saldaña, C., Rossell, R. *obesidad*. 1992.

<sup>5</sup> Norma oficial mexicana NOM-174-SSA1-1998 para el tratamiento de la obesidad,



principales: ectomorfo, mesomorfo y endomorfo, este último es el más propenso a la obesidad. Ibáñez y Barneto (citados en Mancilla, et al 1992); mencionan que los genes desempeñan un papel importante en la obesidad humana al afectar a varios miembros de una familia, comprobando que cuando los progenitores son obesos, el 80% de su descendencia también lo es, mientras solo encuentran un 10% de obesidad en los descendientes de los padres delgados. Por lo anterior en los últimos años se han descubierto 5 genes cuyas mutaciones provoca la obesidad en ratones. Uno de ellos denominado Agouti es especialmente importante ya que provoca una variante moderada en la obesidad que es más común entre los seres humanos. Este descubrimiento es complementado con el trabajo del doctor Rogers Cone y sus colegas, al encontrar que una mutación del gen Agouti bloquea el mecanismo cerebral que normalmente indica a un ratón que ya ha comido lo suficiente y por este motivo el animal sigue con hambre y come más de lo que debería. Según esto la versión defectuosa del gen Agouti bloquea la transmisión de una hormona, denominada melanocortina cuya función en el cerebro es inhibir el hambre, sirviendo este descubrimiento para que en un futuro se corrija la obesidad a través de la manipulación genética (El universal, 1997).

### 2.2.2. Factores metabólico-endocrinos

Algunos trastornos poco frecuentes provocan obesidad, pero otras manifestaciones de desequilibrio hormonal ayudan a distinguirlo de la obesidad simple. La hiperactividad adrenocortical como la que se observa en el síndrome de Cushing produce obesidad que raras veces es extrema y afecta tronco y cuello pero no afecta extremidades y glúteos (Mc Laren, 1993). La hormona de crecimiento produce energía, promueve la movilización de grasas en los periodos en que el cuerpo no recibe alimentos y favorece el crecimiento muscular. Bray (1989) señala que los signos de la obesidad hipotalámica se divide en tres grupos, el primero guarda relación con los cambios de la presión intracraneal e incluye cefalea y disminución de la visión, el segundo grupo de síntomas comprende manifestaciones y alteraciones endocrinas y trastornos de la función reproductora con amenorrea e impotencia y por último en el tercer grupo están las convulsiones y la somnolencia. Por otro lado Saldaña y Rossell (1988) plantean que la mayoría de los obesos presentan lo que se conoce como la obesidad de origen metabólico que aparece por un desequilibrio entre la oferta calórica y la demanda energética. Este desequilibrio es producido bien por un exceso de ingesta alimentaria (oferta calórica), bien por un descenso en el gasto energético o por ambas situaciones a la vez. Así también plantea que en algunos casos es secundaria a una enfermedad endocrina, como sucede en el hipotiroidismo y en el síndrome de cushing. Orozco (1996) menciona que una variedad de anormalidades en el metabolismo de lípidos se ha ligado a la obesidad, esto incluye el incremento en los niveles de ácido graso libre en plasma, aumento en la densidad de lipoproteínas por el hígado, exceso en la producción de colesterol en el sistema biliar y en los núcleos de proteína liposa por lo que todas las lipoproteínas muestran anormalidades en la obesidad.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 2.2.3. Factores ambientales

Varios factores ambientales influyen en la capacidad del cuerpo para controlar su peso y al parecer esta función la cumplen al anular de alguna manera la acción del centro del control del hambre.

Saldaña (1992) expone la hipótesis de la externalidad la cual sugiere que la ingesta de las personas con peso normal esta regulada por estímulos internos, principalmente señales fisiológicas de hambre y saciedad, mientras que la ingesta de las personas con sobrepeso esta regulada por estímulos o señales externas tales como la presencia de alimentos, el olor, la presencia de personas comiendo el paso de tiempo sin comer etc. En varios estudios se ha observado que los obesos reaccionan ante estímulos externos, sin atender las señales que genera su sistema regulador interno (García y Girón, 1996), sin embargo cabe señalar que no todos los individuos que tienen respuestas a estímulos externos se vuelven obesos y lo mas importante es remarcar que no todos los obesos tienen umbrales bajos de excitabilidad y responden a estímulos externos.

### 2.2.4. Factores socio-económicos

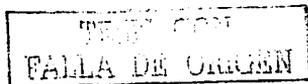
De acuerdo con García y Girón (1996) Los individuos que viven en países en vías de desarrollo son poco susceptibles a la obesidad, mientras que en los países desarrollados las personas tienden al sobrepeso y padecen enfermedades degenerativas. La mayoría de las obesidades, tienen su origen desde la infancia, en la que influyen principalmente factores externos de tipo sociocultural y que se deben principalmente al tipo de alimentación que se consume: Desde la infancia son muchas las madres que someten a sus hijos a dietas equivocadas con aporte calórico superior a sus necesidades, sin tener en cuenta que un niño "gordito" no es el más sano. Por el contrario, la sobrealimentación especialmente el consumo excesivo de carbohidratos provoca una aceleración en la división celular del tejido adiposo hiper celular permanente, el cual estará relacionada en la vida adulta con la obesidad (Chantal, 1991). El cambio drástico en los patrones de alimentación humana surgió a raíz de la Revolución Industrial; la industrialización creciente de la comida y la producción y el consumo de alimentos "chatarra" están provocando problemas de salud graves en niños y adultos. Se ha sustituido el pan integral del desayuno, por el pan de fábrica y por los cereales industrializados; la torta del recreo por las papitas; aumentando con esto la obesidad, la desnutrición y el trastorno de lípidos en los niños. (Reader Digest, 1996). Los niños consumen muchos productos elaborados, de baja calidad y ricos en grasas, si consume más energía (calorías) que las que gasta durante la actividad diaria normal, el excedente de calorías se almacena como grasa. Esto no significa necesariamente que coma mucho más que la mayoría de la gente. Un alto porcentaje de padres de familia envía a sus hijos a la escuela con un pastelito industrializado, con una bolsita de botanitas chatarras o un refresco de agua azucarada y pintada; ocasionando niño gordo y mal nutrido. Sin embargo, si su dieta contiene alimentos con alto contenido de calorías, como galletas, pasteles, frituras y pays, que pueden contener mucha grasa y azúcar incluso en raciones pequeñas, proporciona a su organismo más energía que la que necesita. Es probable que como consecuencia suba de peso, a no ser que aumente el nivel de actividad física a fin de equilibrar la energía que consume, como lo revela

la encuesta urbana de alimentación y nutrición de la zona metropolitana del Distrito Federal (1995).

### *2.2.5. Factores alimenticios.*

Las personas que consumen la misma cantidad de calorías tienen más probabilidad de ponerse obesas si su dieta es más elevada en grasas que en carbohidratos; por este motivo, se baja con mayor facilidad de peso llevando una dieta baja en grasas y no baja en carbohidratos. Se recomienda que alrededor del 50% de la energía se obtenga de alimentos que contengan carbohidratos y cuando mucho un 35% de las grasas. (Lisberg, 1991). Muchas personas obesas consideran que su peso excesivo se debe al metabolismo lento, a un desequilibrio hormonal o a una tendencia heredada a subir de peso con facilidad. Sin embargo, rara vez son éstos los motivos reales. En ocasiones, la obesidad parece existir en las familias simplemente porque cada generación transmite hábitos alimenticios inadecuados y poco saludables. Con frecuencia, las personas suben de peso cuando envejecen porque continúan con los mismos hábitos de alimentación de años anteriores, en los que eran más activos, cuando su gasto de energía era superior. Otras personas reaccionan ante los problemas emocionales comiendo en exceso alimentos altos en calorías (Mc. Laren, op. cit). Esto va muy relacionado a uno de los principales factores que causan la obesidad y es el apetito, esto sucede Cuando el apetito por cierto tipo alimentos es muy fuerte e incontrolable, se le conoce como apetito desenfrenado o "binge". El simple hecho de tener preferencia marcada por un alimento no constituye un apetito desenfrenado, ni tampoco lo es el comprar algún bocadillo por impulso. El apetito desenfrenado es mucho más que esto: es un deseo insistente que lleva a hacer lo imposible por satisfacerlo una y otra vez, el apetito desenfrenado por los alimentos dulces o los que tienen un contenido elevado de grasas pueden causar grandes problemas a las personas que están tratando de controlar su peso corporal. Anteriormente se consideraba que el apetito desenfrenado por un alimento indicaba alguna carencia nutricional específica, y que el deseo intenso de comer se daba porque, al igual que los animales, se sabía instintivamente lo que hacía falta en la alimentación.

En la actualidad, algunos especialistas siguen pensando que esto desempeña un papel importante en la existencia del apetito desenfrenado. Sin embargo, como los alimentos por los que se siente un apetito desenfrenado no suelen ser ni los más saludables ni los más nutritivos. Se piensa que la mente desempeña un papel más importante que el mismo organismo. La comida puede ser un apoyo emocional; muchas personas sienten un deseo intenso de comer algunos alimentos cuando están estresadas o deprimidas. En otros casos, el apetito desenfrenado es causado por el olor o la visión de un alimento en particular. Los alimentos que con mayor frecuencia se ven involucrados en este tipo de situaciones son: el chocolate, los dulces y otros alimentos azucarados y altos en calorías. El apetito desenfrenado por alimentos saludables, como las frutas y las verduras puede pasar inadvertido debido a que no se considera un problema. Este se presenta con mayor frecuencia en las mujeres y en las personas que están a dieta ya que las mujeres son más propensas que los hombres a la obesidad porque su organismo almacena grasa con mayor eficiencia: se considera que en las mujeres el 25% del peso de su cuerpo debe estar



constituido por grasa, y en los hombres, el 15%, además Algunas mujeres informan que el problema se acentúa en la semana previa a la menstruación o durante el embarazo, lo que sugiere que existe algún componente fisiológico, como el cambio en el equilibrio hormonal. Antes de la menstruación, el apetito aumenta y el gasto metabólico disminuye. Se piensa que el deseo intenso por comer que se presenta en este momento es el resultado de las grandes fluctuaciones de la glucosa causadas por los cambios hormonales (Ellrodt, 1991).

### 2.2.6. Factores Psicológicos.

Las causas de la obesidad de acuerdo a Ibáñez (citado en Soriguer, 1994) desde el punto de vista de la psicología clínica se considera que la obesidad es el resultado de acontecimientos vitales estresantes (muerte de un ser querido, pérdida o cambio de trabajo o de residencia, cambios en el estilo de vida tales como los producidos por el embarazo) por lo que se le denomina obesidad reactiva o la causa de una patología psíquica como por ejemplo la depresión de la dieta, pero no una alteración psicológica en si misma.

Así también son factores importantes los cambios de estado anímico, ligado con las emociones que en ese instante se manifiestan y que es uno de los elementos presentes en las personas que padecen obesidad u otro desorden alimenticio. Esto se aclara con la investigación de Faiburn y Jones (1993), que hicieron un estudio comparativo entre el uso de dos tratamientos psicológicos: terapia cognitivo-conductual y psicoterapia interpersonal en pacientes con bulimia nerviosa que eran 220 mujeres las cuales dividieron en dos grupos; 110 recibieron terapia cognitivo-conductual y 110 terapia interpersonal. Las pacientes que recibieron la terapia cognitivo-conductual tuvieron una recuperación más rápida que las otras. Lo destacado de esta investigación es que los terapeutas mencionan en las discusiones que al trabajar con las ideas irracionales de las pacientes encontraron que de acorde al estado de animo en que se encontraban era cuando ejecutaban conductas bulímicas como periodos de ingesta excesiva de comida, agudizándose mas cuando estaban en periodos de tensión provocándoles ansiedad.

Al margen de los condicionamientos biológicos, en la sociedad el propio concepto de obesidad es una representación de al figura humana mas ligada, a códigos estéticos y éticos que a la propia ingesta alimenticia. La obesidad se convierte en problema psicológico cuando las presiones culturales y sociales llevan al individuo a rechazar su propia imagen corporal y su apariencia física porque no se ajusta a los cánones éticos y estéticos dominantes de este modo el concepto de obesidad se separa de la categoría de peso e incluso de los diversos medios empíricos utilizados para evaluarla. La obesidad se convierte en una "condición percibida", se es o no se es obeso en la medida en que uno se percibe como tal, y en ese sentido tienen el mismo problema psicológico una persona que siendo delgada se percibe como obesa que al margen de razones médicas desea perder peso por razones estéticas. En este sentido no es raro que el obeso tenga un gran menosprecio por su imagen personal, percibiéndose a si mismo como grotesco y atisba en los demás la hostilidad que su cuerpo le produce lo que puede provocar una pérdida de autoestima y de su propia valoración personal. En tales circunstancias es normal que las personas con sobrepeso cuenten con autoconcepto negativo y una autoestima

baja. En su caso son muy frecuentes tanto la ansiedad social como el miedo al rechazo, corriendo el riesgo de padecer trastornos de ansiedad más agudos que las personas delgadas (Toro, 1996). De lo anterior León (Citado en Orozco, 1996), afirma que dentro de la adicción a la comida existe una neurosis, ya que en el comer neurótico se acentúa una de las funciones especiales contenidas en el comer que consiste en la negación implícita de la pérdida del objeto mediante la acción de incorporar repetida y continuamente alimento que lo representa, negando de esta manera que nulifico al objeto y procurando conservar un contacto directo y prolongar con su subsistencia, consiguiendo calmar la angustia determinada por la culpa y el temor al objeto destruido.

### 2.3 CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD

Los intentos de clasificar a la obesidad obedecen a la existencia de diversos enfoques que cada uno de los investigadores tiene. Vera y Fernández (1989) y Saldaña (Op. Cit.) Proponen la siguiente clasificación de obesidad.

*De acuerdo a la edad:* Por el número de adipositos, estos aumentan cuando la dieta calórica es elevada

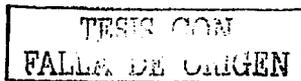
- Hipertrófica. - Se presenta en la edad adulta.
- Hiperplástica hipertrófica. - Se presenta durante la infancia.

*Por la distribución de la grasa corporal.*

- Androide: Generalmente se presenta en el sexo masculino y se caracteriza por la acumulación de grasa en la acumulación de grasa en la región femoroglútea, se presenta por elevación androgénica
- Ginoide: Generalmente se presenta en mujeres, la acumulación de grasa en caderas, busto y abdomen.
- Mixta.

*Por su etiología*

- Aspectos Endocrinos.
  - Hipotiroidismo.
  - Cushing.
  - Síndrome de ovarios poliquísticos.
  - Hipogonadismo
  - Deficiencia de la hormona de crecimiento
  - Insulinoma
- Por medicamentos.
  - Fenotiazinas
  - Tricíclicos



#### -Benzodiazepinas

- Síndromes Genéticos Complejos.
- Inactividad y Sedentarismo.
- Hábitos dietéticos inadecuados.
- Aspectos socioculturales
- Aspectos psicológicos.
  - \* Estrés y Desórdenes emocionales
  - \* Cogniciones inadecuadas
  - \* Conductas en exceso
- Actitudes Inadecuadas hacia la alimentación
- Problemas interpersonales.

## 2.4 SINTOMATOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA

### 2.4.1. *Sintomatología*

Para Harrison (1991, citado en Colmenares, 1996) los síntomas de la obesidad son los siguientes:

- Excederse de un 20 a 30% más del peso ideal.
- Distribución de grasa en el cuerpo
- Dorsalgia baja
- Agravamiento de la osteoartritis (en particular rodillas y tobillos)
- Callosidades de los pies (talones)
- Trastornos menstruales (amenorreas)
- Aumento de sudoración
- Trastornos de los pies (en los pliegues cutáneos), prurito, tumefacción leve o moderada de manos y pies gruesa y no fina, estrías pálidas.
- Síndrome de Pickwick (hipoventilación, hipoxia y somnolencia).
- Lentitud en movimientos
- El obeso no respira adecuadamente. La hiperventilación en el aparato origina retención de bióxido de carbono y por ende disnea.
- Todo órgano importante del individuo al parecer sufre de ataque en alguna forma P. Ej. el aparato cardiovascular se daña y generalmente hay hipertensión.
- La frecuencia de varios tipos de artritis se aumenta en los obesos, esto lo fundamenta la acumulación de grasa en las articulaciones haciendo torpes ciertos movimientos, por otro lado en un obeso es tanto el peso que tiene que

cargar las rodillas que con frecuencia estas articulaciones son las primeras en padecer dolor

- La osteoartritis es la forma mas común y grave en particular la de la columna vertebral que soporta gran carga ponderal
- Otros síntomas de la persona obesa son las venas varicosas y el edema
- Las mujeres obesas tienen irregularidades en sus menstruaciones y mayor morbilidad en el embarazo
- La toxemia gravídica aumenta
- Los riesgos quirúrgicos son mayores en los obesos así como la tromboflebitis en el periodo post operacional.

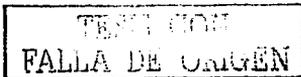
#### 2.4.2. Epidemiología

A medida que la vida del hombre se ha prolongado, la obesidad se ha convertido en un problema urgente siendo la primera causa de consulta nutricional en los países desarrollados donde alcanza alta prevalencia tanto en la adolescencia como en la vida adulta, este fenómeno también se ha presentado en los países en vía de desarrollo. Desde hace mas de 25 años los estudios han demostrado que la obesidad constituye un problema de salud pública en la población adulta, especialmente del sexo femenino con una frecuencia creciente en los grupos de mayor edad (Velasco, 1991).

Para darnos una idea de la importancia que la obesidad esta teniendo en nuestro país, la encuesta nacional de enfermedades crónicas de 1989 mostró que el 59.9% de los mexicanos presentaban cifras de indice de masa corporal (IMC) de 25 o mayores, incluso en el 21.5% del total del IMC es de 30 o mas. Por su parte la encuesta urbana de alimentación y nutrición en la zona metropolitana de la ciudad de México (Op. Cit.) Encontró que el 48% de los hombres y el 37% de las mujeres presentaban un IMC de 25 o mayor, El problema es grave inclusive entre los estratos de menores recursos, donde los porcentajes fueron de 42% y 56% respectivamente, Por tal motivo es necesario aprender y enseñar a la población a nutrirse correctamente evitando la obesidad. A pesar de que México es un país privilegiado, en donde se producen toda clase de verduras, hortalizas, frutas y granos, pocos mexicanos son afectos a ellos ya que existe desconocimiento de las más adecuadas formas de alimentación pues resulta difícil cambiar hábitos costumbres y vicios.

#### 2.5 FACTORES DE RIESGO

La obesidad se considera como un problema de salud pública con tendencia al incremento, ya que representa un factor de riesgo de importancia para otro tipo de patologías que afectan a la población principalmente en las edades productivas. Hipócrates (350 ac.) fue el primero en identificar a la obesidad como un riesgo para la salud, quien afirmó que la muerte súbita era más frecuente en obesos; postulado que sigue siendo válido a la luz de la medicina moderna según lo demuestran varios



estudios, entre ellos el del epidemiólogo Framingham (citado en Ellrodt, 1991), en el que se propone que la presencia de cambios electrocardiográficos de hipertrofia ventricular izquierda representa un riesgo de muerte repentina en obesos, así mismo, la obesidad representa un factor de riesgo importante en otros padecimientos tales como: la Hipertensión arterial, la Hipercolesterolemia, la diabetes, la patología biliar, la patología pleuropulmonar, la arteroesclerosis y toxemias durante el embarazo. Todo esto en conjunto deteriora la calidad de vida de los pacientes y disminuye la esperanza de vida de los mismos.

Las personas con un peso excesivo tienen una probabilidad superior al promedio de desarrollar presión arterial alta, diabetes Mellitus tipo 2, apoplejía, enfermedades en la arteria coronaria, hipertensión, hipercolesterolemia, problemas en la vesícula biliar y gota. Es probable que padezcan síntomas más graves de enfermedades como la angina de pecho y la artritis, que persistirán y empeorarán con la edad, a no ser que se tomen medidas para bajar de peso. La obesidad se ha vinculado también con la arteriosclerosis, con los padecimientos cardiacos y con algunos tipos de cáncer. Otros padecimientos en los cuales la obesidad actúa como factor de riesgo en enfermedades como osteoartritis, apnea de sueño, enfermedades crónico-destructivas de pulmón entre otros (Kristeller y Hoerr, 1997).

Actualmente se considera a la obesidad como un grupo de entidades heterogéneas y de origen multifactorial que se caracteriza por presentar exceso de tejido adiposo, a medida que transcurre este trastorno, se observa en el tejido un incremento importante, debido principalmente a hábitos y costumbres de la población como son las prácticas higiénico dietéticas inadecuadas y sedentarismo; un alto porcentaje de pacientes obesos tiene un aporte calórico elevado en comparación con su gasto energético (Rosmond y Bjorntop, 2000).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CAPITULO 3. FACTORES PSICOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA OBESIDAD.

### 3.1 FACTOR COGNITIVO, CONDUCTUAL Y EMOCIONAL

Cuando una persona presenta sobrepeso u obesidad, ya sea que la identifique o que otros la identifiquen y se le hagan notar, dará pauta a un cambio en la elaboración de procesos y constructos cognitivos especialmente los referentes a la autoestima, autoconcepto y autoimagen, los cuales serán descritas a continuación.

*Autoestima: Conjunto de sentimientos que uno tiene acerca del mayor o menor valor de su propia persona. La autoestima elevada aporta equilibrio personal mientras que la escasa autoestima provoca vulnerabilidad emocional*

*Autoconcepto: Conjunto de pensamientos y sentimientos que cada uno de los individuos tiene acerca de sí mismo y que le ayuda a definirse como persona, esta puede ser de tipo positiva o negativa.*

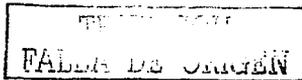
*Autoimagen: Aquella representación que nos formamos mentalmente de nuestro propio cuerpo es decir la forma en que este se nos aparece mentalmente*<sup>6</sup>

A su vez estos influirán sobre los estados de ánimo de las personas que se verán reflejados a los patrones de conductas existentes. Como se mencionaba antes estos tres componentes conforman lo que es el autoconcepto, los cuales al verse afectados afectan el autoconcepto de la persona obesa la cual comienza a tener percepciones negativas hacia sí misma y su personalidad, manifestándose a través de una baja autoestima, depresión y el manejo de ideas irracionales las cuales llegan a ser determinantes en situaciones sociales y crean ansiedad y en algunos casos un estado depresivo y de descontento con la persona misma (Brownell, 1993). La imagen estereotipada del obeso es la de una persona glotona que come constantemente por abandono, esa imagen a sido presentada por los mas diversos medios, por lo que no es raro leer artículos que enuncian las enormes cantidades de alimentos consumidos por individuos determinados y la forma de su ingesta.

El estigma social que acompaña a la obesidad explica por que estas personas a menudo son victimas de problemas psíquicos. Muchas veces tienen una imagen corporal discriminada, pues creen ser grotescos y repulsivos y que la gente lo mira con desprecio y hostilidad al ser señaladas como personas débiles, poco atractivas, no eficientes, discriminadas a la hora de solicitar empleo, indisciplinadas con falta de control sobre sí mismos y con marcadas carencias afectivas originando en ello problemas tales como perdida de autoestima, depresión, relaciones interpersonales pobres que les conduce a un aislamiento social. Todos estos factores hacen que el individuo obeso experimente altos niveles de ansiedad (Laurer citado en Toro, 1996).

Esto se manifiesta en un estudio que realizó Pine y Cohen (1997) el cual fue aplicado a 700 adolescentes que presentaban obesidad moderada y a los cuales se les aplico un estudio longitudinal a los 14 años y a los 22 años en los que se les

<sup>6</sup> Morales, F. *Psicología social*. 1994



aplicó el inventario de desordenes alimenticios, inventarios de personalidad y una entrevista, y que además se tomaron en cuenta variables tales como edad, genero, grupo étnico, clase social e inteligencia. Como se menciono antes el estudio se aplicó cuando la población tenía 14 años y después cuando esta misma población tenía 22 años. Los resultados que se encontraron fue que en la primera parte del estudio los sujetos reportaban sentirse descontentos con ellos mismos, y tener problemas por las burlas de los compañeros, en las mujeres se detectaron a través del inventario de desordenes alimenticios, el manejo descontrolado de dietas lo cual afectaba su salud, mientras que en los hombres se detectaron síntomas de depresión. Al realizarse la segunda fase del estudio, algunos sujetos presentaron perdida de peso pero la mayoría (el 60%) presentaban obesidad, algunos ya presentaban inclusive un peso mayor al que tenían y al aplicárseles tanto los instrumentos como las entrevistas se volvió a presentar la misma situación de descontento de imagen corporal, además que en los hombres se presentó problemas de depresión y baja autoestima, y en algunos problemas de tabaquismo y alcoholismo. Las mujeres manifestaron más problemas en tener relaciones interpersonales, y además manifestaron inestabilidad emocional.

En lo que se refiere al aspecto emocional, existen varios estudios acerca de la personalidad de los sujetos obesos y en ellos se manifiestan situaciones opuestas, ya que mientras en unos estudios se afirma que los obesos son personas introvertidas, acomplejadas, inconformes consigo mismas, en otros se maneja a las personas obesas como extrovertidas, francas y tienden mucho a expresar su emocionalidad (Orozco, 1996).

Sin embargo en estudios realizados por Sobal (1990) y Lang (1998) en los cuales se compararon muestras de hombres y mujeres se encontró que los hombres tienden a ser más desinhibidos, mientras las mujeres actúan de una forma más introvertida. Especialmente Sobal advierte en su discusión que este hecho es causado a aspectos socioculturales, tales como la asignación de roles a cada uno de los sexos en los cuales incluye el aspecto de la imagen corporal, y el manejo de los estereotipos de lo que es el hombre y la mujer. Implicando los elementos que ya fueron mencionados en los apartados anteriores.

Inclusive esto vas mas allá de la simple imagen corporal, pues un estudio realizado por "Women's Health Weekly" en el 2000 reporta que en los últimos estudios realizados se descubrió que la obesidad incrementa el riesgo de la aparición de episodios depresivos e inclusive de ideas suicidas principalmente en mujeres, mientras que en los hombres disminuye el riesgo de estas situaciones. Estos hallazgos sugieren que el estigma de la obesidad en las mujeres que viven en la cultura occidental es muy alto.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CAPÍTULO 4. IMAGEN CORPORAL, GÉNERO Y OBESIDAD.

### 4.1 ESTUDIOS SOBRE LA ACTITUD HACIA LA OBESIDAD EN RELACIÓN AL GÉNERO

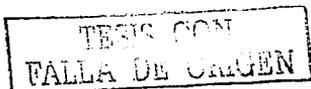
La conceptualización de la obesidad y la imagen corporal varían mucho en relación al género, ya que mientras las mujeres son más susceptibles a las opiniones que los demás hagan acerca de su imagen corporal, los hombres lo muestran en menor cantidad. Entre los factores que alteran significativamente la imagen corporal, podemos encontrar la obesidad la cual investigaciones recientes nos indican que afecta más a las mujeres que a los hombres

Para Mautner (1999), "Una imagen insatisfactoria respecto a sus propios cuerpos esta ampliamente difundida entre las mujeres. Los medios son parcialmente responsables. Estos promueven una irreal imagen femenina delgada como la ideal, así como promocionan "comida chatarra." Se estima que los televidentes son bombardeados con 10,000 comerciales al año de comida chatarra, mientras al mismo tiempo ven imágenes de "traseros perfectos" de comerciales de jeans talla 3". Por lo que concluye que la insatisfacción con el propio cuerpo es lo que alimenta el fugo de la obesidad.

Pocas personas se dan cuenta que la obesidad discrimina en base al genero. Las diferencias en la selección de alimentos y en su consumo aparecen tan prontamente como la adolescencia.

Las mujeres se alimentan con menos calorías y lo hacen en una forma típicamente "femenina"(mordiscos pequeños, etc.). Ellas también presentan mayor conflicto con la comida e insatisfacción por su propio cuerpo que los hombres. Las muchachas en forma natural, adquieren mayor cantidad de células de grasa durante la adolescencia que los hombres. Así mientras los muchachos se aproximan al ideal adquiriendo mayor volumen corporal, las mujeres se alejan de lo que los medios promueven como la mujer ideal. No es de sorprender que las mujeres obesas completen menos años de estudios que los hombres y tengan 20 % menos posibilidades de casarse y produzcan 6710 dólares menos al año. Los hombres obesos, en comparación tienen solamente 11% menos posibilidades de casarse, (Gortmaker, et al., 1993). Por estas evidencias es que la obesidad esta conectada con dificultades sociales.

Las estadísticas indican también que el hombre se sobrealimenta en reacción a presiones sociales (p. ej. Exceso de trabajo, problemas económicos) y que la mujer lo hace como reacción a situaciones emocionales. De todos aquellos que han adquirido algún desorden en la alimentación solo el 10% son hombres, y ellos parecen tener más características "femeninas" que los hombres de peso normal. Una razón plausible a que este desorden afecte mas a las mujeres, puede estar indicado por el hecho de que los niveles de serotonina son afectados por las dietas en mujeres, no así con los hombres (Rolls et al, 1991).



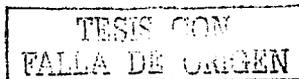
A lo largo de la revisión teórica, las investigaciones y referencias bibliográficas consultadas pertenecen a trabajos realizados en Estados Unidos y Europa, y en América latina sucede la misma situación ya que la obesidad también comienza a ser considerada como un padecimiento de gran importancia que comienza a afectar a la población en general. En México ya se han realizado algunos estudios acerca de la obesidad relacionada con la autoimagen, como el realizado por López (1997), en donde hizo una evaluación de la personalidad y autoimagen de las comedoras compulsivas en un grupo de 67 mujeres que asistían aun grupo de autoayuda y de las cuales 37 eran comedoras compulsivas, obteniendo como resultados que las comedoras compulsivas estaban mas insatisfechas con su cuerpo. Sin embargo en el caso de los hombres la presión social es menor en lo que respecta al tratamiento de la obesidad y la imagen corporal y por lo tanto no existe mucho este problema en ellos.

Para tener una idea mas clara acerca de esta temática se realizó una breve descripción de estudios los cuales sirven como antecedente para fundamentar la presente tesis.

El primer estudio es el elaborado por Harris y Walters (1991) el tuvo como objetivo el intentar cambiar las actitudes negativas hacia la obesidad en una población compuesta por 159 mujeres y 85 hombres universitarios, a través de exposiciones y presentaciones multimedia, ya que como reportan los autores que la estigmatización de la obesidad en las culturas occidentales ha causado a las personas obesas el sufrir discriminaciones y sentimientos de vergüenza y culpa. En el estudio se les aplico a la población un cuestionario creado por los autores el cual entre otras cosas media actitudes sociales a la obesidad, estereotipos y situaciones simuladas donde se mencionaba la convivencia con personas obesas. Después de esta aplicación fueron entrevistados para puntualizar más las actitudes de hombres y mujeres hacia la obesidad. En esta parte los autores encontraron que las mujeres tenían una actitud más negativa sobre la obesidad que los hombres, pero los hombres eran menos frecuentes a interactuar con personas obesas. El siguiente paso fue el de cambiar esta actitud negativa de la obesidad hacia una de mas aceptación, a través de exposiciones, presentaciones multimedia y de diapositivas. Al terminar esta fase los autores volvieron a evaluar a la población dándose como resultado que si hubo un cambio de actitud, en el aspecto en que socializaban más con personas obesas, siendo más significativo este cambio en las mujeres, mientras que los hombres manifestaron un cambio mínimo.

Como se ve las mujeres parecen tener un mayor prejuicio hacia la obesidad debido a la presión social, aunque en este estudio se demostró que los hombres no son muy constantes en relacionarse con personas obesas.

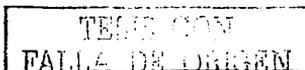
Este estudio de actitud se refuerza con el trabajo de Vrochopoulos (1999) que realizó con estudiantes universitarios (146 mujeres y 73 hombres), al ser expuestos ante un orientador obeso para examinar el efecto potencial del orientador, bajo la premisa de la percepción social y las expectativas que se tenían, y manejando la imagen negativa que tienen las personas ante la obesidad. La investigación consto en que



cada uno de los sujetos, tuviera una cita con el orientador (el cual presentaba obesidad moderada), y 3 días después de la cita llenaran un cuestionario, encontrando como resultado, que las mujeres tuvieron una actitud mas positiva hacia los consejos del orientador que los hombres, aunque la diferencia entre actitudes de hombres y mujeres fue menos significativa.

Las investigaciones comparativas también abordan aspectos sexuales y como la obesidad afecta en ellos y una muestra de esto es el trabajo revisado por Regan (1996) en la que evaluó el impacto del peso e imagen corporal en la vida sexual. Utilizo a una población de 96 profesionista (48 hombres y 48 mujeres) a las que les dio información sobre personas obesas de ambos géneros (estas imaginarias) y mediante un instrumento que media varias dimensiones sobre sexualidad, tenían que evaluar su vida sexual. Los resultados arrojaron que la población indica que los hombres obesos tenían experiencias sexuales similares a los hombres de peso normal y que por lo tanto llevan una vida sexual normal, mientras que en las mujeres vieron que eran sexualmente menos atractivas y deseables, enfermizas, "menos hábiles" y que era muy probable que no tuvieran experiencias sexuales como las de una mujer de peso normal por lo que una vez se vuelve a repetir el patrón de estigmatización hacia las mujeres obesas.

El estudio que realizaron Demarest y Allen (2000) también arroja importantes datos sobre esta estigmatización que existe hacia las mujeres obesas ya que en su fundamentación ellos indican que en los últimos 40 años las mujeres han mostrado una actitud positiva hacia un cuerpo delgado y es por ello que el deseo de estar delgadas a causado serios problemas de desórdenes alimenticios a raíz de querer tener un cuerpo bello como el de muchos iconos que se presentan en los medios de comunicación. También indican que las mujeres tienen imágenes distorsionadas de que es lo que es más atractivo para los hombres y suponen que los cuerpos delgados son los más atractivos, mientras que los hombres están mas conforme con su cuerpo. El estudio consistió en utilizar dibujos (los cuales fueron creados por Fallon y Rozin en 1985) con 120 hombres y 120 mujeres estadounidenses los cuales eran de origen caucásico, africano, estadounidense e hispánico. El objetivo era que a través de los dibujos ellos indicaran la imagen corporal ideal de su propio sexo, la del sexo opuesto y que intuyeran la imagen ideal que las personas del sexo opuesto concebían. Los dibujos presentaban a personas que eran desde muy delgadas hasta muy Obesas. Los resultados fueron que las mujeres presentaron una mayor insatisfacción con su imagen corporal que los hombres. Al escoger que imagen corporal le gustaba más al sexo opuesto las mujeres supusieron que a los hombres les atraía más una imagen delgada, también demostraron que sus actuales figuras corporales son mas robustas que la figura ideal que debería tener una mujer y de la figura ideal que los hombres prefieren, mientras que los hombres supusieron que a las mujeres les atraía una imagen voluminosa y atlética, además no mostraron mucha ansiedad en lo que respecta a su imagen corporal. Como dato adicional las mujeres Afroamericanas, mostraron una imagen mas clara de lo que era el ideal de la mujer y del hombre que las de los otros grupos étnicos, además a comparación de las estadounidenses, caucásicas y latinas mostraron menos ansiedad sobre su imagen corporal, mientras en los hombres los pertenecientes al grupo



afroamericano, mostraron mas disponibilidad de tener una relación con una mujer con sobrepeso.

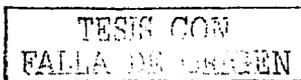
Wiederman (2000) en su investigación dirigida a encontrar la relación entre la autoimagen y la conducta sexual entre las mujeres reporta que en nuestra cultura el cuerpo femenino es más percibido como un objeto que el de los hombres y que esta situación puede afectar de forma negativa a las mujeres dañando su autoestima y autoconcepto. En su estudio el entrevistado a mujeres en un pequeño poblado, a las cuales les pregunto si habían logrado visualizar su imagen corporal durante el acto sexual con personas del sexo opuesto, y después preguntur como había afectado esta experiencia en ellas en lo que se refería en su autoestima y deseabilidad sexual. Las mujeres que si lograron visualizar su imagen corporal durante este hecho mostraron tener una autoestima mas alta y un mayor autoconcepto de ellas mismas de hecho ellas argumentan que estas visualizaciones les ayudaban a disfrutar más su relación. Mientras que las mujeres que no lo presentaban mostraban una autoestima mas baja ya que imaginaban que su figura corporal no era atractiva para su pareja.

#### 4.2 ASPECTOS SOCIO-CULTURALES ACERCA DE LA IMAGEN CORPORAL Y LA OBESIDAD

Como se ha visto en el apartado anterior, la mayoría de los autores coinciden que en las culturas occidentales si existe una imagen corporal bien definida como ideal para el hombre y la mujer, concluyendo que la imagen corporal ideal para la mujer es delgada, lo que le da atractivo físico ante los hombres y deseabilidad sexual, mientras que los hombres deben tener una imagen corporal más voluminosa, de preferencia atlética, donde se marquen perfectamente sus músculos. Ahora si se toman en cuenta los estereotipos que presentan los medios masivos de comunicación, se puede notar que las personas que poseen este tipo de imagen corporal (en ambos sexos) son exitosas, atractivas, felices, carismáticas, inteligentes, líderes natos, deseables tanto social como sexualmente, y para muestra de ello solamente hay que ver comerciales en la TV o leer algunas revistas de modas, manifestandose la existencia de una presión social, principalmente dirigida hacia las mujeres de tener una figura delgada, ya sea mediante dietas, tratamientos médicos, cirugías etc. Mientras que en los hombres ya se presentan también estas formas de presión social pero en menor instancia.

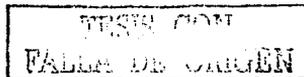
Sin embargo la obesidad es vista de manera negativa en la sociedad occidental, ya lo mencionaba Toro en apartados anteriores donde el estereotipo de la persona obesa es el de lenta, torpe, perezosa, impulsiva, enfermizas, etc. Cuando hace más de un siglo a las personas obesas se les consideraban como saludables y abundantes (Berret, 1997).

En un estudio realizado por Liebman (2001) en el cual quiso analizar las variables que intervienen en el surgimiento de conductas de reducción de peso entre hombres y mujeres, el halló a través del inventario de desordenes alimenticios, inventario de autoestima y de indicadores como el IMC. Los hallazgos fueron que en las mujeres



se presentaron un mayor número de conductas para reducir de peso que los hombres, además que presentaron un mayor índice de desordenes alimenticios que los hombres y una baja autoestima.

Particularmente en México se comienzan a presentar casos de anorexia y bulimia entre las adolescentes, por querer tener el estereotipo ideal de esbeltez, que en la actualidad es por debajo del peso promedio de la persona que lo presenta, lo que hace ver la obesidad aun como más repulsiva. En México existe un prototipo de imagen corporal en hombres y mujeres, donde los hombres son mas robustos, inclusive los hombres adultos presentan obesidad abdominal y no están presionados a bajar de peso, mientras que en las mujeres la imagen corporal es mas esbelta, pero igualmente se puede apreciar que la mujer mexicana promedio después de 50 años tiende a subir de peso y presentar acumulación de tejido adiposo en el vientre. Estas personas no están muy presionadas a bajar de peso, sin embargo en las generaciones más jóvenes si se presenta este fenómeno de presión social principalmente en las mujeres, pero también en últimas fechas también comienza a presentarse en los hombres la preocupación por mantener una figura esbelta y atlética a la vez, principalmente entre la clase media y alta. Un claro ejemplo de esta nueva situación es un artículo publicado por Guffeld en el 2000 en la revista "Men" el cual se titula "Serás Gordo, Hambriento y estúpido" Y en el cual a través de sarcasmos provee consejos para tener buena salud, tener un cuerpo ideal, y vivir por muchos años.



## PROPOSITO

El propósito de la presente investigación estuvo enfocado en confirmar el hecho de que existe una diferencia en como perciben la obesidad hombres y mujeres a través de la imagen corporal.

Esto lleva a pensar en aspectos cognitivos, enmarcando fundamentalmente autoconcepto, ideas irracionales, autoestima, porque estos son procesos inherentes a la autopercepción y la formación de actitudes, influenciados por elementos como el entorno socio-cultural y la historia personal del sujeto.

### Planteamiento del problema

*¿Existe diferencias entre hombres y mujeres en como perciben la obesidad y como afecta la concepción de su imagen corporal?*

### Hipótesis

*"Existen diferencias en la actitud hacia la obesidad entre hombres y mujeres. A las mujeres les afecta en mayor medida el hecho de verse obesas distorsionando su imagen corporal, mientras que a los hombres les afecta en menor medida".*

### Hipótesis nula

*"No existen diferencias en la actitud hacia la obesidad entre hombres entre hombres y mujeres y por lo tanto no afecta su imagen corporal".*

Estableciéndose los siguientes objetivos:

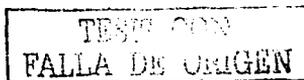
### Objetivo general

"Determinar los factores psicológicos que influyen en la actitud hacia la obesidad por parte de hombres y mujeres ya sean normo pesos, con sobrepeso u obesos, en el aspecto de la imagen corporal"

### Objetivos Particulares

Los objetivos particulares son:

- Describir las características actitudinales de los hombres hacia la obesidad y la imagen corporal.
- Describir las características actitudinales de las mujeres hacia la obesidad y la imagen corporal.



- Definir actitud y su relación con la obesidad e imagen corporal en el aspecto emocional, cognitivo y conductual
- Definir las características actitudinales de normopesos, con sobrepeso y obesos hacia la obesidad e imagen corporal.
- Determinar si existe alguna diferencia en cuanto a actitudes hacia la obesidad entre hombres normo pesos, con sobrepeso y obesos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## METODOLOGIA

En base a las consideraciones del marco teórico se definieron los aspectos que conformaron la investigación

### MUESTRA Y SUJETOS

La población se conformó por 400 personas de ambos sexos; 200 hombres y 200 mujeres con un intervalo de edad de 18 a 60 años.

### SELECCIÓN

La selección se hizo de forma accidental. Los criterios de inclusión son que sean hombres y mujeres entre 18 y 60 años y que se encuentren dentro del área delimitada por el campo de investigación. Como criterio de exclusión se tomó en cuenta que si la persona al contestar el cuestionario dejaba más de la mitad de los reactivos vacíos su caso se anula.

### ESCENARIOS

El escenario fue la FES Zaragoza y las clínicas de las unidades multidisciplinarias de atención integral (UMAI). Específicamente fueron las explanadas del campus I y II de la Fes Zaragoza localizada en la delegación Iztapalapa del Distrito federal, al igual que la sala de espera y las afueras de la UMAI Zaragoza, las salas de espera de las UMAI Estado de México, Tamaulipas, Aurora, Benito Juárez, Reforma ubicadas en el municipio de Nezahualcóyotl en el estado de México y la sala de espera y las afueras de la UMAI Los Reyes localizada en el municipio de La Paz en el Estado de México.

### TIPO DE MUESTRA

La muestra es accidental por cuotas ya que fue de un total de 400 personas y esta distribuida de la siguiente manera: 96 hombres con normopeso, 24 hombres con sobrepeso, 80 hombres obesos, 102 mujeres con normopeso, 22 mujeres con sobrepeso y 76 mujeres con obesidad.

### TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación fue de tipo confirmatoria, correlacional, comparativa, transversal y retrospectiva.

### DISEÑO

El diseño estadístico corresponde al diseño de 2 muestras independientes.

### INDICADORES

Los indicadores que se utilizaron son: sexo, edad, peso y talla. Para obtener el indicador que diferencie a los obesos (as) de los(as) normo pesos se utiliza el Índice de masa corporal (IMC) que se obtiene a partir de la siguiente fórmula:

$$IMC = \text{Peso} / \text{talla}^2$$

La unidad para medir peso es el kilogramo, mientras que la unidad para medir la talla es el metro.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

De acuerdo a los resultados que se obtengan con la formula de IMC se utiliza la siguiente escala para determinar si la persona es normopeso, presenta sobrepeso u obesidad y se muestra en la siguiente tabla, basada en la norma oficial mexicana NOM-174-SSA1-1998 para el tratamiento de la obesidad.

Hombres con talla de 1.60 m. o mas y mujeres con talla de 1.50 m. o mas.	Hombres con talla menor a 1.60 m. y mujeres con talla menor a 1.50 m.
IMC correspondiente a normopeso menor de 25	IMC correspondiente a normopeso menor de 23
IMC correspondiente a sobrepeso entre 25.01 y 26.99	IMC correspondiente a sobrepeso entre 23.01 y 24.99
IMC correspondiente a obesidad mas de 27	IMC correspondiente a obesidad mas de 25

## MEDICIÓN

El registro de los datos proporcionados por la población es realizado con un cuestionario que manejo medición de tipo ordinal, además la medición utilizada tiene un carácter universal porque no deja fuera a nadie, forma grupos que son mutuamente excluyentes, es exhaustiva y jerárquica.

## INSTRUMENTO

El instrumento es creado a partir de los conceptos revisados en el marco teórico y mide actitudes y juicios de valor hacia la obesidad a través de preguntas dicotómicas (con opciones de acuerdo y desacuerdo), consistiendo en un rastreo hacia como se percibe el encuestado a si mismo respecto a su imagen corporal. Se midieron aspectos cognitivos, afectivos y conductuales, relacionados con estas dos variables. Para la confiabilidad y validez de este instrumento, se realizó un piloteo de 100 sujetos en la FES Zaragoza, A partir del piloteo, el instrumento se llevó a estudiosos e investigadores que estén trabajando temas acerca de la obesidad, control de peso, genero e imagen corporal, para que sea examinado y a partir de esto se realizaron las correcciones necesarias, después que el instrumento sea validado, se llevó a cabo su aplicación. Para analizar los datos que arrojó el piloteo, se utilizaron los mismos estadísticos con los cuales se analizó los resultados, además para tener una mayor confiabilidad estadística se utilizaron análisis estadísticos como ANOVA, t de student , prueba de Kruskall-Wallis y análisis multidimensional (ver apéndice 1 y 2).

## DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DEL INSTRUMENTO.

El instrumento que se utiliza se denomina "Inventario de actitudes hacia la obesidad" y consta de 30 reactivos dicotómicos, los cuales son afirmaciones tanto positivas como negativas acerca de la obesidad. El instrumento se dividió en tres escalas las cuales son:

- Escala cognitiva
- Escala emocional
- Escala conductual

Cada subescala esta conformada por 10 reactivos y cada reactivo esta compuesto por 2 valores; 1 para una actitud negativa y 2 para una actitud positiva. Contestado de acuerdo a la actitud que el sujeto tenía. La población total estuvo compuesta por 400 sujetos; 200 hombres y 200 mujeres, a su vez cada parte se dividió en sujetos con normopeso, sujetos con sobrepeso y sujetos obesos, esto de acuerdo al IMC.

Al obtener el IMC se realizó una categorización de acuerdo a la norma oficial mexicana NOM-174-SSA1-1998 para el tratamiento de la obesidad publicada por la secretaria de salubridad y asistencia en abril de 1998 donde se determinan estas condiciones de acuerdo a la talla que presentan los sujetos. Cada subescala mide características particulares que se presentan a continuación:

#### *Escala cognitiva*

Mide actitudes positivas y negativas acerca de la obesidad a través de juicios de valor contenidos en los reactivos 5, 6, 7, 8, 17, 18, 19, 20, 24 y 25. En las cuales el sujeto determina a su juicio si estas aseveraciones son ciertas o falsas.

#### *Escala conductual*

Esta subescala esta representada por reactivos que constan de afirmaciones que describen acciones de lo que hace un obeso en lo que respecta al autocontrol al comer, al sentir hambre, al notar que tiene sobrepeso y que haría con el, que tan informado esta acerca de la obesidad y si requiere que se le informe, las cuales tiene que juzgar el sujeto si son positivas o no, estas afirmaciones están contenidas en los reactivos 9, 10, 11, 12, 14, 15, 21, 22, 23, 29.

#### *Escala emocional*

La subescala emocional esta compuesta por reactivos donde se expresan las sensaciones ya sea de alegría, tristeza, coraje o ansiedad que siente el sujeto ante la obesidad representada en cada una de las afirmaciones. Estos elementos están contenidos en los reactivos 1, 2, 3, 4, 13, 16, 26, 27, 28 y 30.

Cabe mencionar que las subescalas se distribuyeron al azar, quedando bloques de una pregunta perteneciente a una subescala separado de las restantes, con el fin de darle aun mayor validez y confiabilidad.

## Calificación

A la hora de la evaluación se toma en cuenta la puntuación obtenida por cada subescala y la puntuación total.

En el caso de las subescalas, estas se dividieron de forma similar, porque cada una esta compuesta por 10 preguntas por lo que quedan los siguientes criterios:

- Mientras mas alta sea la puntuación significa que la persona tiene una actitud positiva hacia la obesidad (de 11 a 20).
- Mientras mas baja sea la puntuación significa que la persona tiene una actitud negativa hacia la obesidad. (de 01 a 10).

Así la puntuación obtenida en cada escala al sumarla nos daba la calificación total.

La máxima puntuación total que se puede obtener es 60, mientras que la más baja es de 30 (tomando en cuenta que el sujeto contesto todos los reactivos) o menos. Por lo que la media quedaría en 45.

El criterio de puntuación general queda de la siguiente manera:

- Mientras mas alta sea la puntuación significa que la persona tiene una actitud positiva hacia la obesidad (45 a 60 puntos).
- Mientras mas baja sea la puntuación significa que la persona tiene una actitud negativa hacia la obesidad (1 a 44 puntos).

## PROCEDIMIENTO.

Se realizó la aplicación del cuestionario en el campo de investigación, pidiéndole a la persona si nos puede contestar el siguiente cuestionario, en caso de que aceptara se le daba para que lo respondiera y en caso de que no supiera leer ni escribir o que nos pidiera que se le leyera el cuestionario por parte del aplicador, al mismo tiempo de ir registrando las respuestas que la persona vaya dando.

## ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

Después de haber definido las variables que fueron analizadas se realizó un análisis estadístico de acuerdo a las características de las variables que se están manejando en el instrumento de medición. El vaciado de los datos así como su análisis se realizó en el programa estadístico SPSS versión 11, utilizando pruebas estadísticas como t de Student, Análisis de varianza, pruebas post hoc en análisis de varianza, prueba de Kruskal-Wallis y análisis multidimensional, así como estadísticas descriptivas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RESULTADOS

Para el análisis de los resultados se utilizaron los siguientes estadígrafos:

1. Alfa de Cronbach
  - 1.1 análisis de factor
2. Frecuencias
3. ANOVA
4. t de Student
5. Prueba de Kruskal-Wallis
6. Análisis multidimensional
7. Regresión múltiple

El alfa de Cronbach se utilizó para determinar la confiabilidad del instrumento.

El análisis de factor permite agrupar las variables en grupos en base a un factor común, obteniendo subescalas que permitan evaluar otros aspectos.

Las frecuencias muestran los datos crudos que arroja la encuesta y dan los primeros datos acerca de la actitud que cada una de las poblaciones presenta hacia la obesidad.

La ANOVA tuvo como fin el poder comparar las distintas poblaciones y percibir si hubieron diferencias significativas entre estas o no.

La t de Student se utilizó para obtener la existencia de diferencias significativas entre hombres y mujeres.

La prueba de Kruskal-Wallis tuvo como propósito el poder determinar si existe una diferencia significativa entre poblaciones en cada uno de los reactivos que compone el inventario.

Para verificar la cercanía entre cada una de las tres dimensiones que evalúa el instrumento, se utilizó el análisis multidimensional, principalmente los denominados mapas perceptuales.

La regresión múltiple tiene como objetivo que el instrumento sea un instrumento predictivo.

### 1. Alfa de Cronbach

Al aplicar esta prueba se obtuvo un alfa total de 0.5710 lo que significa que el instrumento tiene una confiabilidad del 57.10%. Sin embargo si eliminamos los reactivos 1, 2, 7, 17, 18, 19 y 22 la confiabilidad aumenta a un alfa de 0.7048 o lo que es equivalente el instrumento tiene una confiabilidad del 70.48%.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En la siguiente tabla se puede ver el valor alfa que adquiere el instrumento si fueran borrados cada uno de estos reactivos y la confiabilidad que este tiene.

ANALISIS DE CONFIABILIDAD - E S C A L A ( A L F A )

	Escala Media Si el item Fuera borrado	Escala Varianza Si el item fuera borrado	item corregido Total Correlación	Alpha si el item se borra
FELIZ	13.8750	15.7888	-.1031	.5918
SATIS	13.8375	15.4497	-.0171	.5826
TRISTEZA	13.8475	14.1195	.3431	.5398
PREOCUPA	13.9750	14.7763	.1892	.5589
AT SEX	13.7100	14.5824	.2086	.5561
REGIMEN	13.5025	15.3233	.0335	.5752
ENFERME	13.8375	15.0537	.0862	.5707
ESTERICA	13.7950	14.6546	.1895	.5584
TORPE	13.7100	15.1237	.0654	.5733
DIETA	13.9650	14.6203	.2320	.5542
EDUCA	13.8200	14.8447	.1404	.5643
COMIDA	13.6800	14.6392	.1955	.5577
RECHAZO	13.8050	14.5834	.2093	.5560
REL IN	13.9725	14.4880	.2747	.5495
MATRIMO	13.7400	14.2179	.3068	.5439
CORAJE	13.6950	14.1975	.3151	.5430
BELLEZA	13.9625	15.6753	-.0708	.5866
SONOSON	13.9600	15.6275	-.0577	.5853
OPINION	13.8675	15.3533	.0096	.5793
EMPLEO	13.7425	14.3070	.2823	.5470
ACCIONES	13.8325	14.7162	.1759	.5601
HAMBRE	13.8025	15.5469	-.0393	.5844
REN SEX	13.6950	14.8341	.1422	.5641
AP FIS	13.6175	14.7832	.1644	.5615
INTELEC	13.5550	15.1358	.0764	.5713
ESPEJO	13.7500	14.1629	.3219	.5420
CON PAR	13.7475	14.2744	.2912	.5459
IMPULSOS	13.5925	14.7483	.1788	.5599
F_VOLUN	13.6425	14.3205	.2884	.5466
D_HUMANA	13.6150	14.5933	.2175	.5553

Coefficiente de confiabilidad

N de casos = 400.0

N de Items = 30

Alfa = .5710

Al eliminar los reactivos feliz, satis, enferme, belleza, sonoson, Opinión y hambre

N de Casos = 400.0

N de Items = 23

Alfa = .7048

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 1.2 Análisis de factor

Al realizar el análisis de factor se obtuvo un total de 9 categorías las cuales se presentan a continuación.

Categorización de variables en base a la prueba KMO-Bartlett<sup>a</sup>

	Componentes								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	.668								
2	.659								
3					.552				
4					.724				
5			.437						
6			.471						
7				.737					
8									
9									
10	-.354							-.525	
11								.500	
12		.387						.769	
13				.553					
14									
15			.306						
16					.422				
17	.621								
18	.745								
19									
20									-.635
21									.567
22								.644	
23			.606					-.519	
24			.669						
25									
26						.694			
27				.421		.707			
28									
29		.791						.428	
30		.815							

a.

Nota: los valores negativos indican que el reactivo se interpreta de forma opuesta.

## 2. Frecuencias

En base al cuestionario se obtienen los siguientes resultados, la tabla se presenta en la siguiente página.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Frecuencias

población perteneciente	genero	edad Media	edad DS	peso Media	peso DS	estatura Media	estatura DS	indice de masa corporal Media	indice de masa corporal DS
normopeso	masculino	34	12	66.70	6.11	1.70	.06	23.06	1.15
	femenino	28	11	56.39	5.73	1.58	.05	22.46	1.82
sobrepeso	masculino	33	14	73.63	5.87	1.69	.06	25.58	.50
	femenino	31	15	69.00	6.75	1.62	.07	26.09	.53
obeso	masculino	37	13	87.38	9.24	1.70	.07	30.16	2.70
	femenino	40	14	82.74	10.91	1.64	.07	30.89	3.29

También se realizaron tablas de frecuencias por cada uno de los reactivos del cuestionario encontrando que en la mayoría de estos las respuestas de actitud negativa fueron emitidas por mujeres sin importar a cual de las poblaciones pertenecían (ver apéndice 3).

TESIS CON  
 FALTA DE ORIGEN

### 3. ANOVA

Los resultados que ofrece el análisis factorial (ANOVA) indican lo siguiente:

#### Población total

ANOVA

		suma de cuadrados	gl	Media cuadratica	F	Sig.
EMOCION	entre grupos	23.765	2	11.882	3.147	.044
	dentro de grupos	1499.195	397	3.776		
	Total	1522.960	399			
COGNITIV	entre grupos	9.268	2	4.634	1.945	.144
	dentro de grupos	945.732	397	2.382		
	Total	955.000	399			
CONDUCTA	entre grupos	57.598	2	28.799	8.748	.000
	dentro de grupos	1306.962	397	3.292		
	Total	1364.560	399			
TOTAL	entre grupos	159.398	2	79.699	5.208	.006
	dentro de grupos	6075.602	397	15.304		
	Total	6235.000	399			

#### Pruebas Post Hoc

comparaciones multiples

Scheffe

variable dependiente	(I) población perteneciente	(J) población perteneciente	Diferencia de media(I-J)	Sig.
EMOCION	sobrepeso	obeso	-.8144	.045
CONDUCTA	normopeso	sobrepeso	1.1590	.001
		obeso	.4984	.038
TOTAL	normopeso	sobrepeso	2.0083	.008

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Población femenina

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	media cuadrática	F	Sig.
EMOCION	entre grupos	21.598	2	10.799	2.926	.056
	dentro de grupos	727.122	197	3.691		
	Total	748.720	199			
COGNITIV	entre grupos	14.761	2	7.380	3.443	.034
	dentro de grupos	422.259	197	2.143		
	Total	437.020	199			
CONDUCTA	entre grupos	70.009	2	35.005	11.861	.000
	dentro de grupos	581.386	197	2.951		
	Total	651.395	199			
TOTAL	entre grupos	178.414	2	89.207	6.037	.003
	dentro de grupos	2911.181	197	14.778		
	Total	3089.595	199			

## Pruebas post Hoc población femenina

comparación múltiple

Scheffe

variable dependiente	(I) población perteneciente	(J) población perteneciente	Diferencia de media(I-J)	Sig.
EMOCION	sobrepeso	obeso	-1.1005	.063
COGNITIV	normopeso	obeso	.5513	.048
CONDUCTA	normopeso	sobrepeso	1.8583	.000
	obeso	normopeso	-.7291	.021
TOTAL	normopeso	sobrepeso	1.1292	.027
	sobrepeso	obeso	3.0891	.003
			-2.1926	.065

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Población masculina

### ANOVA

		suma de cuadrados	df	media cuadratica	F	Sig.
EMOCION	entre grupos	9.352	2	4.676	1.282	.280
	dentro de grupos	718.648	197	3.648		
	Total	728.000	199			
COGNITIV	entre grupos	1.260	2	.630	.243	.785
	dentro de grupos	510.960	197	2.594		
	Total	512.220	199			
CONDUCTA	entre grupos	7.032	2	3.516	1.015	.364
	dentro de grupos	682.123	197	3.463		
	Total	689.155	199			
TOTAL	entre grupos	27.910	2	13.955	.942	.392
	dentro de grupos	2918.685	197	14.816		
	Total	2946.595	199			

1. Al realizar la comparación entre los 3 grupos con respecto a cada una de las tres dimensiones psicológicas, se encontraron diferencias significativas en la dimensión emocional con una  $p = 0.044$  y en la dimensión conductual con una  $p = 0.000$

2. Las pruebas post hoc principalmente la de Scheffe que tienen como fin realizar comparaciones múltiples entre cada uno de los grupos obteniendo los siguientes resultados:

a). En la dimensión emocional si hubo una diferencia significativa entre el grupo de las personas que presentan sobrepeso y los obesos con una  $p = 0.045$

b). En la dimensión cognitiva no se presentó ningún resultado significativo.

c). En la dimensión conductual se presenta una diferencia significativa entre el grupo de los normopeso y las personas que presentan sobrepeso con una  $p = 0.001$ , así mismo el grupo de los normopeso presenta una diferencia significativa al compararlo con la población que presenta obesidad con una  $p = 0.038$ .

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

3. Analizando solo el grupo femenino, se hallaron tres diferencias significativas al comparar los grupos (normopeso, obeso y sobrepeso), en lo que se refiere a cada una de las tres dimensiones psicológicas que evalúa el instrumento (dimensión cognitiva, conductual y emocional). Esta se dio en la dimensión emocional con una  $p = 0.056$ , mientras que en la dimensión conductual se dio una  $p = 0.000$  y en la dimensión cognitiva una  $p = 0.034$ .

4. Al aplicar la prueba post hoc en la población femenina se encontraron que se presenta una diferencia significativa entre los grupos de obesas y normopeso en la dimensión cognitiva con una  $p = 0.048$ . En la dimensión conductual se encontró una diferencia significativa entre el grupo de las normopeso y las sobrepeso con una  $p = 0.000$ . En esta misma dimensión el grupo de las normopeso tiene diferencias significativas con el grupo de sobrepeso y obesas con  $p = 0.021$  y  $0.027$  respectivamente.

5. En el grupo de hombres al realizar una comparación entre las tres poblaciones no se encontró diferencia significativa en lo que se refiere a cada una de las tres dimensiones psicológicas, y por lo tanto no pudo ejecutarse la prueba post hoc.

#### 4. t de Student

Los resultados que ofrece la t de Student para muestras independientes indican lo siguiente:

### Prueba t todos los grupos

Prueba de muestras independientes

		prueba de Levene's para igualdad de varianzas		Prueba t para igualdad de medias		
		F	Sig.	t	Sig. (2-colas)	Diferencia de medias
EMOCION	varianzas iguales supuestas	.575	.449	3.530	.000	.6800
COGNITIV	varianzas iguales supuestas	.714	.399	1.554	.121	.2400
CONDUCTA	varianzas iguales supuestas	.342	.559	2.670	.008	.4900
TOTAL	varianzas iguales supuestas	.197	.657	3.621	.000	1.4100

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Prueba t normopeso

Prueba de muestras independientes

		prueba de Levene's para igualdad de varianzas		Prueba t para igualdad de medias		
		F	Sig.	t	Sig. (2-colas)	Diferencia de medias
EMOCION	varianzas iguales supuestas	.093	.761	3.136	.002	.8866
COGNITIV	varianzas iguales supuestas	3.896	.050	.009	.993	.0018
CONDUCTA	varianzas iguales supuestas	.015	.902	.728	.468	.1881
TOTAL	varianzas iguales supuestas	.419	.518	1.866	.064	1.0766

## Prueba t sobrepeso

Prueba de muestras independientes

		prueba de Levene's para igualdad de varianzas		Prueba t para igualdad de medias		
		F	Sig.	t	Sig. (2-colas)	Diferencia de medias
EMOCION	varianzas iguales supuestas	1.910	.174	1.584	.120	.9053
COGNITIV	varianzas iguales supuestas	.065	.800	1.136	.262	.6515
CONDUCTA	varianzas iguales supuestas	.456	.503	2.721	.009	1.5152
TOTAL	varianzas iguales supuestas	.357	.553	2.481	.017	3.0720

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Prueba t obesos

Prueba de muestras Independientes

		prueba de Levene's para igualdad de varianzas		Prueba t para igualdad de medias		
		F	Sig.	t	Sig. (2-colas)	Diferencia de medias
EMOCION	varianzas iguales supuestas	1.584	.210	1.251	.213	.3632
COGNITIV	varianzas iguales supuestas	1.304	.255	1.813	.072	.4428
CONDUCTA	varianzas iguales supuestas	2.875	.092	2.269	.025	.6276
TOTAL	varianzas iguales supuestas	.023	.880	2.597	.010	1.4336

1. Se hallaron diferencias significativas al comparar hombres y mujeres no tomando en cuenta a que poblaciones pertenecen en lo que se refiere a cada una de las tres dimensiones, obteniendo que la dimensión emocional y conductual tienen  $p = a$  0.000 y 0.008 respectivamente y en la escala total se obtuvo una  $p = 0.000$

2. En una segunda revisión se hizo una comparación entre hombres y mujeres de cada una de las poblaciones en lo que se refieren a cada una de las tres dimensiones psicológicas, obteniendo los siguientes resultados:

- a). En el grupo de las personas con normopeso se observa una diferencia significativa en la dimensión emocional con una  $p = 0.002$ .
- b). En el grupo de las personas con sobrepeso se registraron diferencias significativas en la dimensión conductual con una  $p = 0.009$  y en el valor total con una  $p = 0.017$ .
- c). En el grupo de las personas que presentan obesidad también se presentan diferencias significativas en la dimensión conductual con una  $p = 0.025$  y en el valor total con una  $p = 0.010$ .

## 5. Prueba de Kruskal-Wallis

Los resultados que ofrece la prueba de Kruskal-Wallis se presentan en la siguiente tabla tomando en cuenta las tres poblaciones y sin tomar en cuenta los géneros, además de presentar solo los reactivos donde hubo diferencias significativas, los cuales se presentan a continuación:

AFIRMACIONES	Sig.
1. Los obesos son mas felices que el resto de las personas	.000
2. La persona obesa esta satisfecha consigo mismo (a)	.000
8. La obesidad es un problema de estética	.040
9. Una persona obesa es torpe	.001
12. La comida es lo mas importante para el obeso	.017
13. Las personas obesas se sienten rechazadas por su condición	.026
15. El estar obeso es causa de conflictos matrimoniales	.001
17. La obesidad es símbolo de belleza	.008
18. Los obesos son mas felices que los que no lo son	.000
19. A las personas obesas no les preocupa lo que opinen de ella otras personas	.032
22. Las personas obesas solo comen cuando tienen hambre	.039
24. La apariencia física es fundamental para triunfar en la vida	.001
25. La obesidad disminuye el rendimiento intelectual	.007
28. Las personas obesas son mas impulsivas	.000

## 6. Análisis multidimensional.

Este análisis tiene como propósito el identificar a través de un modelo de distancia euclidiano que variables se encuentran en la misma dimensión, las variables que se encuentran en la misma dirección o cuadrante son aquellas que tienen una interrelación significativa entre ellas.

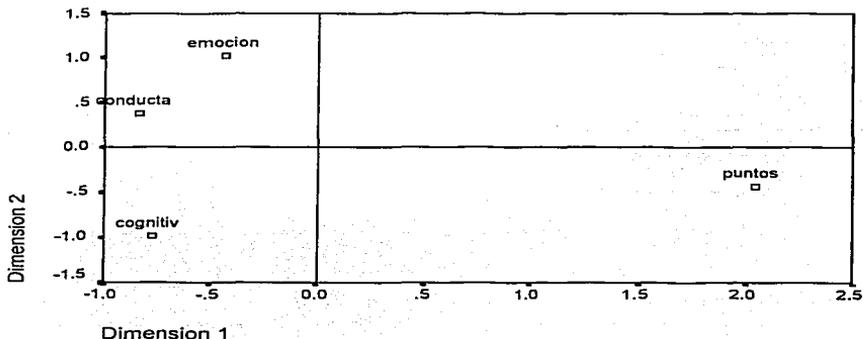
Como se puede ver en la tabla la dimensión conducta y emoción se encuentran en el mismo cuadrante lo que significa que existe una semejanza entre ellas, a la hora de aplicar el instrumento. Esto significa que las actitudes (ya sean positivas o negativas) que tienen las personas en lo que respecta a la obesidad son las mismas en lo que se refiere en la dimensión conductual y la dimensión emocional. A continuación se presenta las coordenadas de cada factor y el mapa conceptual.

Configuración derivada en dos dimensiones  
 Coordenadas de estímulos

Numero De estímulo	Nombre de estímulo	Dimensión	
		1	2
1	PUNTOS	2.0438	-.4270
2	EMOCION	-.4334	1.0248
3	COGNITIV	-.7731	-.9790
4	CONDUCTA	-.8372	.3812

Configuración de estímulos derivados

Modelo de distancia euclidiana



## 7. Regresión lineal múltiple

Con objeto de que el cuestionario sea un instrumento de predicción se realizó un análisis de regresión lineal múltiple mediante el procedimiento "stepwise".

El objetivo de incluir esta prueba es que a través del instrumento se pueda predecir el IMC que un sujeto tendría. Por tal motivo se utilizó el IMC como la variable dependiente y los reactivos como la variable independiente, encontrando que los únicos reactivos que correlacionan para la ecuación son:

- La obesidad es sinónimo de debilidad humana con una  $p = 0.000$
- La persona obesa esta satisfecha consigo misma con una  $p = 0.000$
- La apariencia física es fundamental para triunfar en la vida con una  $p = 0.002$
- Provoca tristeza estar obeso con una  $p = 0.028$ .

Quedando la formula de predicción de la siguiente manera:

$$\text{IMC} = 27.761 + R30(-1.864) + R2(1.756) + R24(-1.279) + R3(-0.888)$$

O si utilizamos las puntuaciones de las subescalas

$$\text{IMC} = 27.598 + \text{conducta}(-0.33)$$

La letra R indica reactivo y su numero de orden en el cuestionario y al aplicar la formula para predecir el IMC se coloca el valor que la persona haya puesto en ese reactivo (ya sea 1 o 2).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CONCLUSIONES

Teniendo ya los resultados producto de los análisis estadísticos se obtienen las siguientes consideraciones, tomando en cuenta el orden en que se fueron presentando cada uno de los análisis estadísticos.

Con la prueba de alfa de Cronbach se obtuvo una confiabilidad del 57.10% lo que le da una confiabilidad media al instrumento, como se mencionó en los resultados si se eliminan los reactivos 1, 2, 7, 17, 18, 19 y 22 se obtiene una confiabilidad de 70.48% lo que hace al inventario mas confiable y le da mayor poder predictivo al aplicar formula obtenida con el análisis de regresión múltiple, dando pie a que el inventario se perfeccione en una futura investigación.

Con el análisis de factor se obtuvieron 9 Factores. Cada categoría reúne reactivos que tienen algo en común. En algunos factores los reactivos están bien enfocados hacia un aspecto en específico e inclusive se les puede poner un nombre a estos factores, mientras que otras solo quedan definidas a grandes rasgos. Los factores son las siguientes:

Factor	Características
1	Compuesta por los reactivos 1, 2, 9, 17 y 18 se relacionan con actitudes positivas hacia la obesidad específicamente con emociones positivas.
2	Compuesta por los reactivos 12, 29 y 30 que se refieren a aspectos negativos de la obesidad específicamente relacionado con la falta de voluntad para controlar su comportamiento
3	Compuesta por los reactivos 5, 6, 15, 23 y 24 las cuales desacreditan al obeso en diferentes aspectos de su interacción social como el trabajo, el matrimonio y su sexualidad.
4	Compuesta por los reactivos 7, 13 y 27, los cuales perciben a la obesidad como un factor de rechazo.
5	Compuesta por los reactivos 3, 4 y 16 perciben la obesidad como causante de estados de ánimo negativos.
6	Compuesta por los reactivos 14, 25 y 26 solamente catalogan la obesidad como un factor negativo que impide la realización de algunas actividades
7	Compuesta por los reactivos 8, 10 y 11 se relacionan con la conducta alimenticia del obeso (específicamente los reactivos 10 y 11).
8	Compuesta por los reactivos 21, 22 y 28 se refieren a acciones. El reactivo 22 y 28 se refieren específicamente a acciones de carácter negativo que los obesos realizan.
9	Compuesta por los reactivos 19 y 20 solo perciben actitudes negativas hacia la obesidad.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Como se puede ver los factores 1, 3, 4, 5 y 7 son las que quedan más definidas y que si los tomamos en cuenta nos pueden ayudar a valorar otros aspectos acerca de la percepción que tiene el sujeto a la obesidad e inclusive crear nuevas subescalas en el inventario.

Con la ANOVA se encontró que al realizar las comparaciones entre los tres grupos y encontrar diferencias significativas en la dimensión emocional y conductual se están cumpliendo los cometidos de los objetivos particulares. Ya tomando en cuenta la prueba de Scheffe se sigue reforzando los postulados mencionados en los propósitos porque en la dimensión emocional y conductual si hay percepciones distintas entre las tres poblaciones y especialmente al contrastar personas obesas ya sea con sobrepeso o normopeso.

Igualmente se constata que al ver los resultados del análisis de varianza hecho a la población masculina y femenina se encontró que las diferencias significativas se presentaron en la población femenina y en las tres dimensiones mientras que en la masculina no. Apoyando que si existen diferencias de opinión entre las mujeres con respecto a la obesidad, reflejo de una creciente preocupación sobre esta enfermedad, y remarcando los postulados en la hipótesis de trabajo.

Si esto se compara con las tablas de frecuencias (ver apéndice 3) que se han hecho para contabilizar las respuestas positivas y negativas de cada uno de los reactivos se refuerza claramente la hipótesis de que las mujeres perciben negativamente la obesidad producto del entorno sociocultural mencionado ya en la fundamentación.

Retomando las tablas de frecuencia por reactivo al revisar solamente la población masculina, también se halló que existen un mayor numero de respuestas negativas hacia la obesidad por parte de los hombres normopeso y se reafirma al observar los resultados en la prueba de Scheffe aplicada a la población masculina donde los normopeso tienen diferencias significativas con los otros dos grupos en la dimensión cognitiva y conductual, aunque esta relación no esta contemplada en la hipótesis de trabajo nos es muy útil para reforzar el papel que juega el entorno sociocultural en el cambio de actitudes.

Los resultados de la prueba t son los que determinan la validez de la hipótesis de trabajo porque si existen diferencias entre hombres y mujeres con respecto a la actitud hacia la obesidad específicamente en la dimensión emocional y conductual en general y si se toma en cuenta los análisis realizados a cada uno de los grupos, se afirma que en la población de normopeso, sobrepeso y obesos si existen diferencias significativas ya sea en la dimensión emocional o conductual. Lo que indica que existe una interrelación significativa entre ambas probablemente porque de acorde al estado de ánimo en que nos encontremos o la emoción que experimentemos nos dará la pauta para comportarnos.

Esto se corrobora al observar el mapa conceptual donde emoción y conducta comparten el mismo cuadrante (X, -Y) y que por lo tanto las actitudes sean similares en la dimensión conductual y en la dimensión emocional.

La prueba de Kruskal-Wallis presenta los reactivos "mas polémicos" del inventario porque en estos se presentaron una diferencia significativa mayor que en los otros y si los revisamos nos daremos cuenta que un poco mas de la mitad de este listado de reactivos pertenecen a la dimensión conductual y emocional.

El análisis de regresión múltiple puede dar indicios de que tan confiable es el inventario, poniendo a continuación un ejemplo.

Si se toma el caso 20 donde el sujeto es masculino y normopeso y se toma en cuenta su valor R2, R3, R24 y R30 = 1 la formula queda:

$$IMC = 27.761 + 1(-1.864) + 1(1.756) + 1(-1.279) + 1(-0.886)$$

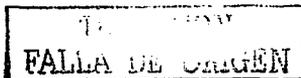
El resultado es 25.486 el IMC que predijo el instrumento, el IMC real del sujeto es de 22.23 por lo que el margen de error fue de 3.25, si se aplica en otros casos el margen de error sería similar, pero si se quitan los 7 reactivos que sugiere la prueba de alfa de cronbach, y se aplica el instrumento a una población considerable, se reduce considerablemente el margen de error.

En un aspecto más concreto las mujeres que presentan obesidad la perciben como algo negativo más si se trata a la hora de evaluar conductas que inciten a padecerla o emociones que vayan ligada con ella. Mientras los hombres minimizan el problema, aunque en algunos reactivos mas a los que se refieren al aspecto conductual parece preocuparles.

Por otra parte al modificar el instrumento de evaluación dividiéndolo en tres escalas, permitió que se hiciera un análisis más complejo de la problemática, observando en que aspectos específicamente se presenta esta percepción de la obesidad e imagen corporal (ya sea positiva o negativa).

Los factores psicológicos que influyen para tener una actitud (positiva o negativa) hacia la obesidad por parte de hombres y mujeres ya sean normopeso, sobrepeso u obeso en lo que se refiere al aspecto de la imagen corporal tomando todos los resultados expuestos anteriormente son factores de carácter emocional y conductual, para realizar un detalle mas especifico se toma en cuenta el contenido de cada uno de los 9 factores, a la vez al tener el nombre o etiqueta que recibirá cada factor bien definido, facilitaría identificar en forma bien especifica donde se encuentra la actitud a cambiar y que esta provocando un malestar psicológico a nuestro paciente. Por el momento menciono los factores psicológicos ya identificados que a través del instrumento fueron hallados.

- Actitudes positivas hacia la obesidad relacionada con un estado de bienestar emocional
- Aspecto conductual en relación con una interacción social negativa.
- Actitud negativa al percibir la obesidad como un factor de rechazo.



- **Percepción de la obesidad como causante de estados de ánimo negativos.**
- **Aspecto conductual en relación a los hábitos alimenticios del obeso.**

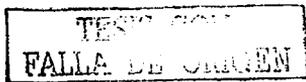
## ANALISIS Y DISCUSION

Después de haber presentado los resultados de la investigación se presenta ahora un panorama más amplio de investigación. Si bien como se menciona en el marco teórico existen aspectos socioculturales y mas específicamente en la población en la que se aplico, donde la imagen corporal es de gran importancia principalmente en las mujeres la pregunta que surge es ¿porqué se acentúa mas en el aspecto emocional y conductual? Si se toma en cuenta el concepto que propone el enfoque cognitivo-conductual acerca de los tres componentes psicológicos (conducta, emociones y cogniciones), es probable que se den este tipo de enlaces.

Dentro de los desordenes alimenticios esto es evidente por ejemplo al retomar el trabajo de Faiburn y Jones que trabajan con la bulimia nerviosa que es un trastorno alimenticio, muy opuesto a la obesidad pero que también tiene que ver con el aspecto de la imagen corporal y que de hecho es un trastorno consecuente que se da cuando una persona se percibe obesa. Si se toma en cuenta el resultado de la investigación donde también se presentó una situación similar se podría concluir que el estado emocional que presente el individuo puede llevarlo a comer excesivamente y a realizar un mínimo de esfuerzo físico como lo menciona Brownell y trayendo como consecuencia depresión, ansiedad, autorechazo y una baja autoestima.

Los resultados fueron muy significativos en el aspecto emocional y conductual corroborando la hipótesis, aunque el aspecto cognitivo no fue tan significativo, y esto se deba probablemente al rango de edad que se tomó para realizar el estudio, porque las cogniciones que tienen determinados sectores de la población son distintas, y que están influenciadas por el nivel socioeconómico y educativo que la gente tenga, además del tiempo histórico en que se este viviendo y las tendencias que la sociedad imponga en lo que tenga que ver con estereotipos. Por ejemplo hace 50 años el estereotipo de mujer era "robusta" con caderas amplias, pierna y pecho abundante y con esas características ya era considerada "sex symbol" como Ninón Sevilla por citar alguna. Actualmente el estereotipo cambio y ahora es lo opuesto a lo de hace 50 años.

Al aplicar el instrumento se encuestó a personas de varias edades con distintos niveles educativos. El resultado era esperado porque independientemente de cómo piensen, todas expresan emociones y se comportan de acorde a ellas. Pero si en una futura investigación se estratifica la población tomando en cuenta factores como edad, escolaridad, lugar de procedencia, nivel socioeconómico, ocupación, historial clínico entre otros, se obtendrían resultados más complejos y completos y correlaciones de variables distintas a las que se presentaron en esta investigación. También es importante tomar en cuenta que esta investigación es de carácter exploratorio pero que marca la pauta para una ampliación.



Otra de las modificaciones que se realizarían en el instrumento para una futura investigación es la inclusión de reactivos que hagan una exploración más introspectiva en las emociones y sentimientos de las personas.

El enfoque ecológico sería una herramienta de gran ayuda para comprender la relación de las tres dimensiones psicológicas y aplicarlo más concretamente en la continuación de este estudio. El enfoque ecológico toma en cuenta todos los factores que rodean al ser humano en su medio ambiente social desde un punto de vista holístico y como el interacciona con ellos, dividiéndolos en familia, escuela, comunidad. Cada uno de ellos impregnado con principios y valores que van formando a la persona y le enseña a desarrollarse como ser integral (Bronfenbrenner, 1987).

Otro aspecto interesante que podría estudiarse más a fondo en futuras investigaciones es la cuestión sociocultural imperante en la ciudad de México ya que aquí solo se toma en cuenta el oriente del área metropolitana donde esta establecida una población de clase media baja donde aun permanece el estereotipo de la mujer delgada y el hombre que el cual no importe como sea su aspecto debe ser aceptado por la mujer. Pero si se voltea a otros estratos sociales o inclusive a las generaciones mas jóvenes de la población donde se hizo el estudio, se percibe que en este tipo de población masculina crece el interés por tener una figura delgada y estética, ya que ahora también los hombres se someten a dietas, sesiones extenuantes en el gimnasio e incluso ya leen revistas para el cuidado del hombre. Habría que averiguar en este tipo de población cual es su concepto de imagen corporal y su actitud hacia la obesidad, así como investigar las fuentes que provocan estos pensamientos y actitudes como ya lo mencionaba Lieberman.

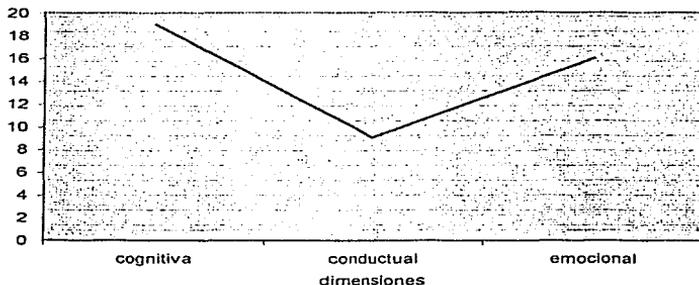
El instrumento de evaluación que se utilizó durante la investigación también nos arroja interesantes resultados y datos que aportan para investigaciones futuras o bien para mejoramiento del mismo. Esto surge a raíz de que originalmente tenía un carácter de exploratorio, posteriormente al realizarle algunas modificaciones a la escala de medición y al dividir los reactivos en tres dimensiones, dio como resultado una escala de evaluación de actitudes hacia la obesidad. El instrumento fue validado a través del método de jueces y piloteado para aumentar su confiabilidad. Por si mismo el instrumento si se es aplicado en una persona que padezca obesidad tiene la capacidad que a través de este se detecte en cual o cuales de las tres dimensiones de su psique presenta mas ansiedad y por ende la cause mas molestia. Permitiéndole al psicólogo diagnosticar en que aspecto se encuentra el problema e intervenir directamente sobre esa área en específico y modificar las cogniciones inadecuadas.

De hecho el inventario producto de la investigación realizada tiene el alcance de ser una herramienta fundamental en lo que concierne al tratamiento de la obesidad si se le agrega una escala gráfica la cual facilite al psicólogo trabajar con los resultados del inventario y le posibilite dar un diagnóstico mas acertado. Al

tener las calificaciones de cada subescala nos podemos dar cuenta de lo siguiente:

- Que el sujeto nos indique que aspecto de su triada psicológica presenta mas problemas en lo que respecta a su obesidad (P. ej. Si obtiene en la escala emocional 16, en la cognitiva 19 y en la conductual 9, obtenemos una puntuación total de 44 por lo que en cierta medida ve a la obesidad con una actitud positiva, Aunque presenta problemas en la dimensión conductual, como se puede ver en la siguiente gráfica.

Gráfica de diagnostico



Una versión final de la gráfica de la evaluación del inventario se puede ver - En el apéndice 4.

- El inventario tiene las funciones de ser de diagnóstico y seguimiento. De diagnóstico porque nos permite ver ya en el caso de un paciente obeso la dimensión psicológica que esta más alterada, al aplicárselo antes de intervenirlo y en base a los resultados crear un plan de intervención integral pero enfocada a esa parte que el paciente reporta más problemática. Es de seguimiento porque podemos detectar los cambios obtenidos en el paciente o inclusive la aparición de un problema que afecte a otras dimensiones
- En lo que respecta a la evaluación, en la gráfica se manejan tres rangos, en relación con el sistema de calificación explicado en el apartado de interpretación del instrumento. En cada dimensión se señala de acorde a la puntuación en que rango se encuentra. Es rango bajo si la puntuación se encuentra entre 0 y 7.99, rango medio si la puntuación se encuentra entre 8 y 12 y rango alto si la puntuación se encuentra entre 12.01 y 20.
- Las 9 categorías que fueron resultado de los análisis de factor nos permiten analizar y evaluar otros aspectos de la personalidad del paciente obeso tales como comportamiento, auto percepción, auto concepto y percepción del

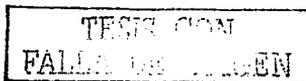
medio exterior hacia el. Como se menciona antes para poder definir y validar correctamente estos conceptos es necesario continuar la investigación.

El objetivo final del instrumento por lo tanto es el de facilitar el trabajo del psicólogo con el paciente obeso al detectar mediante su aplicación que aspecto de la psique del paciente se trabajará con mas insistencia.

Finalmente es necesario mencionar la importancia que tiene el estudio de la obesidad para la psicología ya que como disciplina científica es su deber encontrar la solución adecuada que aqueja al paciente o grupo de pacientes a intervenir. En este punto hay que recordar que un trabajo multidisciplinario es de gran importancia, y como la obesidad es uno de los problemas de salud que se propagan con mayor rapidez, y ya no solamente en las poblaciones de los países industrializados sino también en países en vías de desarrollo como México y específicamente aquí en la ciudad donde recordemos que la dieta del capitalino común es alta en grasas y carbohidratos por todo lo que come en la calle, es necesario que médicos, nutriólogos, psicólogos, Odontólogos, terapeutas físicos, laboratoristas, etc. unan esfuerzos y combatan este problema.

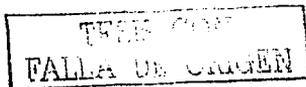
Una de las formas en que ya se ha comenzado a atacar este problema es a través de la Atención primaria a la salud (APS) que es de carácter preventivo. Este termino se estableció en 1978 en la reunión de Alma Ata con el fin de reorganizar los servicios de salud publica de acuerdo a los recursos y capacidades técnicas de una región o país y se define como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que el país y la comunidad puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, además representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud llevando lo mas cerca posible la atención sanitaria al lugar en que residen y trabajan las personas constituyendo así un proceso sólido y permanente de la atención sanitaria. La APS (atención primaria a la salud) fue planificada específicamente para reducir las desigualdades entre países y grupos humanos, muy visibles en los países en vías de desarrollo.

Uno de los elementos fundamentales para la APS es sin duda la multidisciplinariedad lo que nos va a permitir una visión mas rica sobre la población que vamos a atender y nos dará la pauta para saber intervenir adecuadamente. El equipo multidisciplinario será el encargado de llevar estas campañas de APS a las comunidades que cuentan con muy pocos servicios de salud o que carecen de ellos, debe estar integrado de manera representativa por los principales profesionales de la salud, ya que cada uno de ellos atenderá una parte de la problemática y la integrara en un todo que es el organismo humano como un ser biopsicosocial, tomando en cuenta el entorno de la población (Álvarez, 1993).



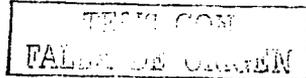
## BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez, M., (1993). **Axiología de la atención primaria a la salud**. FES Zaragoza, 19 p.
- Bray, G. (1989). **Clínicas médicas de Norteamérica**. Los Angeles, Universidad de California.
- Becker Jr., B. (1999) **Manual de Psicología Aplicada en el ejercicio y el deporte**. Porto Alegre, Edelbra.
- Bronfenbrenner, U. (1987). **La ecología del desarrollo humano**. Madrid, Paidós.
- Brownell, K. (1993) **La obesidad debe tratarse**. *Psicología de la salud*, Vol. 12, No. 5, pp. 339-341.
- Butler, R. (1988) **Health and aging: The new gerontology**. In J. Schroots, J. Birren, & A. Svanborg (Eds.) **Health and aging: Perspectives and prospects**, pp. 146-153).
- Campollo, J. (1995). **Obesidad, bases fisiopatológicas y su tratamiento**. México, Porrúa; programa universitario de investigación científica UNAM,
- Chantal S, (1991). **Compendio de Nutrición y Dietética del Hospital de Hastepire Estanburgo** Vol. 7. España, Epidemiología de la Sobrecarga, Ponderal.
- Colmenares, B. (1996). **Propuesta de intervención para el adolescente obeso**. Tesina UNAM, Facultad de Psicología.
- **Encuesta urbana de alimentación y nutrición de la zona metropolitana del Distrito Federal**. 1995
- Demerest, J., Allen R. (2000), **Self image gender age collage students race Personal appereance**. *The journal of social psychology*, 140, 465-472.
- Eagly, A., Chaiken, S. (1993), **Actitud; estructuras y funciones**. Nueva York, Mc Graw-Hill.
- **El universal. Descubren un gen contra la gordura**. *Secc. El mundo*, México, marzo, 1997.
- Ellrod, A. (1991). **Compendio de Nutrición y Dietética, Hospital de Bicete Universidad de Paris Sur** Vol. 2. España, Compulsiones Alimentarias
- Fairburn C., Jones R., Peveler R., (1993). **Psychotherapy and bulimia nervosa. Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy**. *Arch Gen Psychiatry*; 50, 419-428.



- García, M., Girón, C. **Estilo de vida y obesidad: un estudio exploratorio sobre algunos indicadores de asociación.** Tesis, Enep Iztacala, UNAM, México, 1996.
- Gomariz E. (1992). **Los estudios de género y sus fuentes epistemológicas.** México, Ediciones de las mujeres.
- God, T., Brophy, G. (1996), **Psicología educativa contemporánea.** México, McGraw-Hill.
- Gortmaker, S., Must, A., Perrin, J.M., Sobol, A.M., y Dietz, W.H., (1993). **Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood.** The New England Journal of Medicine, 329, 1008-12.
- Guillén, R. (2000), **La obesidad desde una perspectiva cognitivo-conductual.** México, FES Zaragoza, UNAM, p. 8.
- Gutfeld, G. (2000), **Will you get, fat, ugly and stupid?** Mens health, 15(2), 92-98.
- Harris, M.B., Smith, S.D. (1982) **The believes over obesity: the effects of age, ethnicity, gender and weight.** Psychology reports, 51, 1047-1051.
- Harris, M., Walters, L. (1991) **Altering attitudes and knowledge about obesity.** Journal of social psychology, 131, 559-550.
- Kristeller, J., Hoerr, R. (1997) **Physician attitudes toward managing obesity: differences among six specialty groups.** Psychology reports, 66, 543-555.
- Lang, S. (1998) **Obesity, eating disorders discourage college dates.** Human ecology, 26(4), 24-25.
- Liebman, M., Camerom, B. et al. (2001), **Dietary fat reduction behaviors in college students: relationship to dieting status, gender and ket psychosocial variables,** Appetite, 36, 51-56.
- Lisberg, E. **La obesidad.** Revista ilustrada de la Organización Mundial de la Salud, julio-agosto de 1991.
- Lytle, L., Achterberg, C., (1995) **Cambiando la dieta de los niños de América: Qué trabajos y por qué,** Periódico de Educación de la Nutrición, No. 27, pp. 250-260.
- Maiman, L.A., Wang, V.L., Becker, M.H., Finlay, T., Simonson, M., (1979) **las actitudes hacia obesidad y el obeso entre los profesionales,** Periódico de la Asociación Dietética americana, No. 174, pp. 334-336.
- Mancilla, J., Duran, A., Ocampo, M., López, V. **Rasgos de la personalidad comunes en obesos.** Revista de salud pública de México, Vol. 34, No. 5 septiembre-Octubre, 1992.
- Marsch, H, Shavelson, R. (1985) **Self-concept: its multifaced hierarchical structure.** Educational Psychologist, 20, 107-123.

- Mautner, R. (1999) **Considerando a la obesidad desde una perspectiva amplia**. Tr. De Luis molia, Cultural Association for psychology research, www.Psiconet.com
- Mc. Laren, D. (1993). **La nutrición y sus trastornos**. México, Manual Moderno.
- Morales, F. (1994), **Psicología social**., Madrid, McGraw-hill.
- Norma oficial mexicana NOM-174-SSA1-1998 **para el tratamiento de la obesidad**.
- Orozco, L. (1996) **Aspectos psicológicos que contribuyen a la obesidad**. Tesis, México, Universidad femenina de México, UNAM.
- Pine, D., Cohen, P. (1997), **psychiatric symptoms in adolescence as predictors of obesity in early adulthood: a longitudinal study**. American journal of public health, 87(8), 1303-1311.
- Reader's Digest (1996). **Alimentos que curan, alimentos que dañan**. México-Nueva York
- Rolls, B. J., Fedoroff, I. C., y Guthrie, J. F., (1991). **Gender differences in eating behavior and body weight regulation**. Health Psychology, 10(2), 133-142.
- Rosmond, R., Bjorntop, P. (2000) **Quality of life, overweight, and body fat distribution in middle-age men**. Behavioral medicine, 26(2), 90-94.
- Saldaña, C. (1994). **Trastornos del comportamiento alimenticio**. Madrid Fundación universitaria empresa.
- Saldaña, C., Rosell, R. (1988). **Obesidad**. Barcelona, Martínez Roca.
- Sobal, J. (1990), **The social epidemiology of obesity**. Human ecology, 18, 17-19.
- Sorensen, M., Et. al. (1997) **It is the size that counts: Waist circumference, self concept, and intervention effect on cardiovascular risk factors**. Tel Aviv, In R. Lidor & M.Bar-Eli (Eds.) Innovations in Sport Psychology: Linking theory and practice. (pp.649-651).
- Soriguer, E., Federico, j. (1994). **La obesidad; monografía española de endocrinología**. Madrid, Diaz de Santos.
- Sternberg (Eds.) **Perception of competence and incompetence across lifespan**. New Haven, CT: Yale University.
- Toro, J. (1996). **El cuerpo como delito**. Barcelona, Ariel.
- Varios, (2000), **Obesity increases risk of depression and suicide in women, decreases risk in men**. Womens's health weekly, 3, 6-7.
- Velasco, D. (1991), **Causa de fracaso en el tratamiento de reducción en el paciente obeso**. Puebla, Tesis UNAM.



- Vera, G., Fernández, S. (1989). **Prevención y tratamiento de la obesidad.** Barcelona, Martínez Roca.
- Volkwein, K., Mc. Conatha, J.T. (1997) **Cultural contours of the body - The impact of age and fitness.** Tel-Aviv, en R. Lidor & M. Bar-Eli (Eds.) *Innovations in sport psychology: Linking theory and practice.* (pp. 744-746).
- Vrochopoulos, S. (1999) **Effect of counselor obesity on client perceptions and expectation.** Dissertation abstracts international: section b: The sciences and engineering, 60, 1319.
- Wiederman, M. (2000), **Women self image sexual behavior,** The journal of sex research, 37, 60-68.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# APENDICE

TESIS COM  
FALLA DE VIRGEN

## APENDICE I

### INVENTARIO DE ACTITUDES HACIA LA OBESIDAD

**INSTRUCCIONES:** El presente cuestionario tiene por objeto el investigar las actitudes que las personas tienen hacia la obesidad. Por favor lea cuidadosamente las preguntas y conteste lo más veraz y preciso. La información que usted nos proporcione es confidencial, agradeciendo de antemano su colaboración

#### A). DATOS GENERALES

Sexo: Masculino ( ) Femenino ( ) Edad: \_\_\_\_\_ (años cumplidos)

Peso: \_\_\_\_\_ Kg. Estatura: \_\_\_\_\_ m.

#### B). PREGUNTAS

**INSTRUCCIONES:** Lea cuidadosamente cada una de las siguientes afirmaciones, señalando con una "X" el intervalo o espacio que mejor describa lo que piensa usted sobre dicha afirmación. Le suplicamos sea muy honesto(a) al responder; no piense mucho su respuesta, nos interesa conocer su impresión más genuina. No deje ninguna afirmación sin contestar. Recuerde que no hay respuestas ni buenas ni malas. Las opciones de respuesta son las siguientes:

A = De acuerdo

D = En desacuerdo

AFIRMACIONES	A	D
1. Los obesos son mas felices que el resto de las personas		
2. La persona obesa esta satisfecha consigo mismo (a)		
3. Provoca tristeza estar obeso (a)		
4. La obesidad es causa de preocupación		
5. Las personas obesas pierden su atractivo sexual		
6. Únicamente las personas con preparación o estudios pueden seguir un régimen alimenticio o dieta		
7. La obesidad es una enfermedad		
8. La obesidad es un problema de estética		
9. Una persona obesa es torpe		
10. El obeso necesita que le den a conocer una dieta adecuada para el		
11. El estar obeso tiene que ver con la falta de educación de cómo alimentarse		
12. La comida es lo mas importante para el obeso		

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

13. Las personas obesas se sienten rechazadas por su condición		
14. El obeso tiene problemas en sus relaciones interpersonales		
15. El estar obeso es causa de conflictos matrimoniales		
16. Produce coraje estar obeso		
17. La obesidad es símbolo de belleza		
18. Los obesos son mas felices que los que no lo son		
19. A las personas obesas no les preocupa lo que opinen de ella otras personas		
20. A una persona obesa le es mas difícil conseguir un buen empleo		
21. Cuando uno nota "Kilitos demás" realiza acciones para perderlos		
22. Las personas obesas solo comen cuando tienen hambre		
23. La obesidad disminuye el rendimiento sexual		
24. La apariencia física es fundamental para triunfar en la vida		
25. La obesidad disminuye el rendimiento intelectual		
26. Causa ansiedad cuando una persona obesa se ve al espejo		
27. La obesidad es un factor para tener dificultades en conseguir pareja		
28. Las personas obesas son mas impulsivas		
29. Las personas obesas no tienen fuerza de voluntad		
30. La obesidad es sinónimo de debilidad humana		

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## APENDICE II

### RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

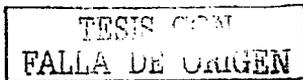
#### Preguntas

##### *Cognitivas*

- ¿Los bebes obesos son sanos? = 20
- ¿Las personas son obesas por engañarse a si mismas? = 18
- ¿Las personas obesas pierden su atractivo sexual = 20
- ¿Estar "gordo" preocupa principalmente por estética? = 18
- ¿Las penas con pan son menos, así la persona obesa es tranquila y segura? = 17
- ¿Las personas obesas tienen autoridad y don de mando? = 19
- ¿Únicamente las personas con preparación o estudios pueden seguir un régimen alimenticio o dieta? = 20
- ¿Las personas obesas son más inteligentes? = 18
- ¿La obesidad protege la voz de los cantantes de opera? = 17
- ¿Mantener una figura esbelta es costoso? = 18
- ¿Es más importante lo que una persona piensa que su aspecto físico? = 19
- ¿La obesidad es una enfermedad? = 20
- ¿La obesidad es un problema de estética? = 20
- ¿La obesidad es heredada? = 19
- ¿La obesidad es símbolo de belleza? = 20
- ¿Los obesos son más felices que los que no lo son? = 20
- ¿A las personas obesas no les preocupa lo que opinen de ellos otras personas? = 20
- ¿Las personas delgadas en su mayoría tienen problemas emocionales a causa de su condición? = 18
- ¿Las personas obesas creen que siempre la gente los ve con curiosidad? = 17
- ¿Una persona obesa no puede trabajar en el teatro, la TV o el cine? = 16
- ¿El estar obeso tiene que ver con falta de educación sobre como alimentarse? = 19
- ¿Las personas obesas siempre están pensando en comida? = 18
- ¿La obesidad es causante de varias enfermedades? = 20
- ¿La obesidad es un obstáculo para ser aceptado en un equipo deportivo? = 18
- ¿La obesidad disminuye el rendimiento intelectual? = 20
- ¿La apariencia física es fundamental para triunfar en la vida? = 20
- ¿Las personas obesas no tienen fuerza de voluntad? = 20

TOTAL = 27

##### *Emocionales*



- ¿Los obesos son más felices que el resto de las personas? = 20
- ¿La persona obesa esta satisfecha consigo mismo? = 20
- ¿La obesidad es sinónimo de debilidad humana? = 20
- ¿Da tristeza estar obeso(a)? = 20
- ¿El estar obeso o con sobrepeso es causa de preocupación? = 20
- ¿Las personas obesas se sienten rechazadas por su condición? = 20

- ¿Es preocupante estar obeso? = 20
- ¿Produce coraje el estar obeso? = 20
- Cuándo las personas hacen algún comentario de nuestro cuerpo ¿causa irritación? = 19
- ¿Causa alegría en una persona obesa cuando es tratada y aceptada como una persona delgada? = 19
- ¿Causa ansiedad cuando una persona obesa se ve al espejo? = 20
- ¿La obesidad es un factor para tener dificultades, en conseguir una pareja? = 20
- ¿Las personas obesas son más impulsivas? = 20

TOTAL = 13

#### *Conductuales*

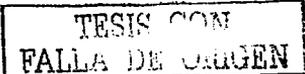
- ¿El obeso tiene problemas en sus relaciones interpersonales? = 20
- ¿El estar obeso es causa de conflictos matrimoniales? = 20
- ¿Una persona obesa es torpe? = 20
- ¿El obeso necesitan que le den a conocer una dieta adecuada para el = 20
- ¿El ser obeso tiene que ver con la falta de educación de cómo alimentarse? = 20
- ¿El estar obeso le lleva a una forma de vida diferente, que si fuera delgado? = 19
- ¿La comida es lo más importante para el obeso? = 20
- Cuándo uno nota "unos kilos de más" ¿realiza acciones para perderlos? = 20
- Cuándo las personas obesas notan su situación ¿Disminuye su ingesta de comida? = 18
- Las personas obesas ¿comen solo cuando tienen hambre? = 20
- ¿La obesidad disminuye el rendimiento sexual? = 20
- ¿Las personas obesas no tienen fuerza de voluntad? = 20

TOTAL = 12

#### *Mixtas*

- ¿La persona obesa siente los "kilitos demás"? = Cognitivo-emocional
- ¿El ser delgado necesita mucha fuerza de voluntad? = Emocional-conductual

TOTAL = 2



**NOTA:** Esta validación se realizó a través de un instrumento el cual contenía 54 preguntas. Las personas que los respondieron eran profesores del área de psicología clínica, siendo un total de 20. De las 54 preguntas 27 fueron señaladas con mas frecuencia como cognitivas, 13 como emocionales, 12 como conductuales y 2 como mixtas, se organizaron por bloques y fueron escogidas las que por unanimidad fueron señaladas (con 20 puntos) ya sea como cognitivas, conductuales o emocionales. Se trato de balancear las categorías de preguntas en 10 por cada categoría. Las preguntas que resultaron escogidas están en negritas, como se da cuenta hay algunas que a pesar de tener 20 puntos no fueron escogidas por criterio mío y de mi directora de tesis, ya que son repetitivas o van incluidas en otras preguntas.

Respecto a la escala queda de la siguiente forma

- 1 = acuerdo  
2 = Desacuerdo

También existiendo preguntas invertidas como las que usted comento ya que en no todas 1 es una actitud positiva y 2 es una actitud negativa, a continuación le voy a mostrar una tabla donde cada reactivo será definido correctamente:

<b>AFIRMACIONES</b>	<b>Donde 1 es:</b>	<b>Donde 2 es:</b>
1. Los obesos son mas felices que el resto de las personas (Emocional)	actitud positiva	actitud negativa
2. La persona obesa esta satisfecha consigo mismo (a) (Emocional)	actitud positiva	actitud negativa
3. Provoca tristeza estar obeso (a) (Emocional)	actitud negativa	actitud positiva
4. La obesidad es causa de preocupación (Emocional)	actitud negativa	actitud positiva
5. Las personas obesas pierden su atractivo sexual (cognitivo)	actitud negativa	actitud positiva
6. Únicamente las personas con preparación o estudios pueden seguir un régimen alimenticio o dieta (cognitivo)	actitud negativa	actitud positiva
7. La obesidad es una enfermedad (cognitivo)	actitud negativa	actitud positiva
8. La obesidad es un problema de estética (cognitivo)	actitud negativa	actitud positiva
9. Una persona obesa es torpe (conductual)	actitud negativa	actitud positiva
10. El obeso necesita que le den a conocer una dieta adecuada para el (conductual)	actitud negativa	actitud positiva
11. El estar obeso tiene que ver con la falta de educación de cómo alimentarse (conductual)	actitud negativa	actitud positiva
12. La comida es lo mas importante para el obeso (conductual)	actitud negativa	actitud positiva

13. Las personas obesas se sienten rechazadas por su condición (Emocional)	actitud negativa	actitud positiva
14. El obeso tiene problemas en sus relaciones interpersonales (conductual)	actitud negativa	actitud positiva
15. El estar obeso es causa de conflictos matrimoniales (conductual)	actitud negativa	actitud positiva
16. Produce coraje estar obeso (Emocional)	actitud negativa	actitud positiva
17. La obesidad es símbolo de belleza (cognitivo)	actitud positiva	actitud negativa
18. Los obesos son mas felices que los que no lo son (cognitivo)	actitud positiva	actitud negativa
19. A las personas obesas no les preocupa lo que opinen de ella otras personas (cognitivo)	actitud positiva	actitud negativa
20. A una persona obesa le es mas dificil conseguir un buen empleo (conductual)	actitud negativa	actitud positiva
21. Cuando uno nota "Kilitos demás" realiza acciones para perderlos (conductual)	actitud negativa	actitud positiva
22. Las personas obesas solo comen cuando tienen hambre (conductual)	actitud positiva	actitud negativa
23. La obesidad disminuye el rendimiento sexual (conductual)	actitud negativa	actitud positiva
24. La apariencia física es fundamental para triunfar en la vida (cognitivo)	actitud negativa	actitud positiva
25. La obesidad disminuye el rendimiento intelectual (cognitivo)	actitud negativa	actitud positiva
26. Causa ansiedad cuando una persona obesa se ve al espejo (Emocional)	actitud negativa	actitud positiva
27. La obesidad es un factor para tener dificultades en conseguir pareja (Emocional)	actitud negativa	actitud positiva
28. Las personas obesas son mas impulsivas (Emocional)	actitud negativa	actitud positiva
29. Las personas obesas no tienen fuerza de voluntad (cognitivo)	actitud negativa	actitud positiva
30. La obesidad es sinónimo de debilidad humana (Emocional)	actitud negativa	actitud positiva

Como puede ver el numero de preguntas con escala "1 = actitud positiva y 2 = actitud negativa" es de 6, mientras que las preguntas "1 = actitud negativa y 2 = actitud positiva son 26" por lo que si tomamos en cuenta la mayoría al obtener un puntaje mínimo de menos de 30 a 45 significa que hay una actitud negativa hacia la obesidad y una puntuación máxima de 60 un poco menos indica que existe una actitud positiva.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Con respecto a como quedan distribuidas las preguntas para cada escala, estas quedan de forma equitativa o sea 10 referente a lo cognitivo, 10 a lo conductual y 10 a lo emocional = 30 preguntas.

Las puntuaciones para cada categoría de acuerdo a las actitudes positivas y negativas quedan:

Cognitivo: 13 = actitud negativa  
17 = actitud positiva

Conductual: 11 = actitud negativa  
19 = actitud positiva

Emocional: 12 = actitud negativa  
18 = actitud positiva

Al parecer la mediana es 15 en las tres categorías por lo que la puntuación que caiga entre el valor mínimo y 15 indica una actitud negativa hacia la obesidad en dicha categoría, mientras que el valor que caiga entre 15 y el valor máximo indica una actitud positiva hacia la obesidad.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### APENDICE III

#### FRECUENCIAS OBTENIDAS POR REACTIVO

Los obesos son mas felices que el resto de las personas (emocional) \* genero \* población perteneciente

Count			genero		Total
población perteneciente			masculino	femenino	
normopeso	Los obesos son mas felices que el resto de las personas (emocional)	negativo	68	82	150
		positivo	28	20	48
	Total		96	102	198
sobrepeso	Los obesos son mas felices que el resto de las personas (emocional)	negativo	16	10	26
		positivo	8	12	20
	Total		24	22	46
obeso	Los obesos son mas felices que el resto de las personas (emocional)	negativo	42	32	74
		positivo	38	44	82
	Total		80	76	156

La persona obesa esta satisfecha consigo mismo(a) (emocional) \* genero \* población perteneciente

Count			genero		Total
población perteneciente			masculino	femenino	
normopeso	La persona obesa esta satisfecha consigo mismo(a) (emocional)	negativo	62	74	136
		positivo	34	28	62
	Total		96	102	198
sobrepeso	La persona obesa esta satisfecha consigo mismo(a) (emocional)	negativo	15	12	27
		positivo	9	10	19
	Total		24	22	46
obeso	La persona obesa esta satisfecha consigo mismo(a) (emocional)	negativo	45	27	72
		positivo	35	49	84
	Total		80	76	156

Provoca tristeza estar obeso(a) (emocional) \* genero \* población perteneciente

Count			genero		Total
población perteneciente			masculino	femenino	
normopeso	Provoca tristeza estar obeso(a) (emocional)	negativo	49	62	111
		positivo	47	40	87
	Total		96	102	198
sobrepeso	Provoca tristeza estar obeso(a) (emocional)	negativo	14	17	31
		positivo	10	5	15
	Total		24	22	46
obeso	Provoca tristeza estar obeso(a) (emocional)	negativo	45	52	97
		positivo	35	24	59
	Total		80	76	156

La obesidad es causa de preocupación (emocional) \* genero \* población perteneciente

Count			genero		Total
población perteneciente			masculino	femenino	
normopeso	La obesidad es causa de preocupación (emocional)	negativo	65	81	146
		positivo	31	21	52
	Total		96	102	198
sobrepeso	La obesidad es causa de preocupación (emocional)	negativo	18	18	36
		positivo	6	4	10
	Total		24	22	46
obeso	La obesidad es causa de preocupación (emocional)	negativo	57	51	108
		positivo	23	25	48
	Total		80	76	156

**Las personas obesas pierden su atractivo sexual (cognitiva) \* genero \* población perteneciente**

Count

población perteneciente			genero		Total
			masculino	femenino	
normopeso	Las personas obesas pierden su atractivo sexual (cognitiva)	negativo	46	37	83
		positivo	50	65	115
	Total		96	102	198
sobrepeso	Las personas obesas pierden su atractivo sexual (cognitiva)	negativo	8	14	22
		positivo	16	8	24
	Total		24	22	46
obeso	Las personas obesas pierden su atractivo sexual (cognitiva)	negativo	38	41	79
		positivo	42	35	77
	Total		80	76	156

**Unicamente las personas con preparación o estudios pueden seguir un regimen alimenticio o dieta (cognitiva) \* genero \* población perteneciente**

Count

población perteneciente			genero		Total
			masculino	femenino	
normopeso	Unicamente las personas con preparación o estudios pueden seguir un regimen alimenticio o dieta (cognitiva)	negativo	28	14	42
		positivo	68	88	156
	Total		96	102	198
sobrepeso	Unicamente las personas con preparación o estudios pueden seguir un regimen alimenticio o dieta (cognitiva)	negativo	5	5	10
		positivo	19	17	36
	Total		24	22	46
obeso	Unicamente las personas con preparación o estudios pueden seguir un regimen alimenticio o dieta (cognitiva)	negativo	29	20	49
		positivo	51	56	107
	Total		80	76	156

La obesidad es una enfermedad (cognitiva) \* genero \* población perteneciente

Count

población perteneciente			genero		Total
			masculino	femenino	
normopeso	La obesidad es una enfermedad (cognitiva)	negativo	47	74	121
		positivo	49	28	77
	Total			96	102
sobrepeso	La obesidad es una enfermedad (cognitiva)	negativo	12	10	22
		positivo	12	12	24
	Total			24	22
obeso	La obesidad es una enfermedad (cognitiva)	negativo	43	49	92
		positivo	37	27	64
	Total			80	76

la obesidad es un problema de estetica (cognitivo) \* genero \* población perteneciente

Count

población perteneciente			genero		Total
			masculino	femenino	
normopeso	la obesidad es un problema de estetica (cognitivo)	negativo	45	55	100
		positivo	51	47	98
	Total			96	102
sobrepeso	la obesidad es un problema de estetica (cognitivo)	negativo	8	13	21
		positivo	16	9	25
	Total			24	22
obeso	la obesidad es un problema de estetica (cognitivo)	negativo	46	51	97
		positivo	34	25	59
	Total			80	76

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Una persona obesa es torpe (conductual) \* genero \* población perteneciente

Count

población perteneciente			genero		Total
			masculino	femenino	
normopeso	Una persona obesa es torpe (conductual)	negativo	43	30	73
		positivo	53	72	125
	Total		96	102	198
sobrepeso	Una persona obesa es torpe (conductual)	negativo	9	15	24
		positivo	15	7	22
	Total		24	22	46
obeso	Una persona obesa es torpe (conductual)	negativo	42	45	87
		positivo	38	31	69
	Total		80	76	156

El obeso necesita que le den a conocer una dieta adecuada para el (conductual) \* genero \* población perteneciente

Count

población perteneciente			genero		Total
			masculino	femenino	
normopeso	El obeso necesita que le den a conocer una dieta adecuada para el (conductual)	negativo	59	81	140
		positivo	37	21	58
	Total		96	102	198
sobrepeso	El obeso necesita que le den a conocer una dieta adecuada para el (conductual)	negativo	18	18	36
		positivo	6	4	10
	Total		24	22	46
obeso	El obeso necesita que le den a conocer una dieta adecuada para el (conductual)	negativo	51	59	110
		positivo	29	17	46
	Total		80	76	156

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El estar obeso tiene que ver con la falta de educación de como alimentarse (conductual) \* genero \* población perteneciente

Count

población perteneciente			genero		Total
			masculino	femenino	
normopeso	El estar obeso tiene que ver con la falta de educación de como alimentarse (conductual)	negativo	47	65	112
		positivo	49	37	86
	Total		96	102	198
sobrepeso	El estar obeso tiene que ver con la falta de educación de como alimentarse (conductual)	negativo	16	16	32
		positivo	8	6	14
	Total		24	22	46
obeso	El estar obeso tiene que ver con la falta de educación de como alimentarse (conductual)	negativo	44	40	84
		positivo	36	36	72
	Total		80	76	156

La comida es lo mas importante para el obeso (conductual) \* genero \* población perteneciente

Count

población perteneciente			genero		Total
			masculino	femenino	
normopeso	La comida es lo mas importante para el obeso (conductual)	negativo	41	30	71
		positivo	55	72	127
	Total		96	102	198
sobrepeso	La comida es lo mas importante para el obeso (conductual)	negativo	10	13	23
		positivo	14	9	23
	Total		24	22	46
obeso	La comida es lo mas importante para el obeso (conductual)	negativo	36	42	78
		positivo	44	34	78
	Total		80	76	156

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Las personas obesas se sienten rechazadas por su condición (emocional) \* genero \* población perteneciente

Count			genero		Total
población perteneciente			masculino	femenino	
normopeso	Las personas obesas se sienten rechazadas por su condición (emocional)	negativo	38	60	98
		positivo	58	42	100
		Total	96	102	198
sobrepeso	Las personas obesas se sienten rechazadas por su condición (emocional)	negativo	13	19	32
		positivo	11	3	14
		Total	24	22	46
obeso	Las personas obesas se sienten rechazadas por su condición (emocional)	negativo	40	52	92
		positivo	40	24	64
		Total	80	76	156

El obeso tiene problemas en sus relaciones Interpersonales (conductual) \* genero \* población perteneciente

Count			genero		Total
población perteneciente			masculino	femenino	
normopeso	El obeso tiene problemas en sus relaciones Interpersonales (conductual)	negativo	71	62	133
		positivo	25	40	65
		Total	96	102	198
sobrepeso	El obeso tiene problemas en sus relaciones Interpersonales (conductual)	negativo	15	19	34
		positivo	9	3	12
		Total	24	22	46
obeso	El obeso tiene problemas en sus relaciones Interpersonales (conductual)	negativo	56	66	122
		positivo	24	10	34
		Total	80	76	156

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El estar obeso es causa de conflictos matrimoniales (conductual) \* genero \* población perteneciente

Count			genero		Total
población perteneciente			masculino	femenino	
normopeso	El estar obeso es causa de conflictos matrimoniales (conductual)	negativo	34	44	78
		positivo	62	58	120
	Total		96	102	198
sobrepeso	El estar obeso es causa de conflictos matrimoniales (conductual)	negativo	12	17	29
		positivo	12	5	17
	Total		24	22	46
obeso	El estar obeso es causa de conflictos matrimoniales (conductual)	negativo	32	57	89
		positivo	48	19	67
	Total		80	76	156

Produce coraje estar obeso (emocional) \* genero \* población perteneciente

Count			genero		Total
población perteneciente			masculino	femenino	
normopeso	Produce coraje estar obeso (emocional)	negativo	39	55	94
		positivo	57	47	104
	Total		96	102	198
sobrepeso	Produce coraje estar obeso (emocional)	negativo	10	14	24
		positivo	14	8	22
	Total		24	22	46
obeso	Produce coraje estar obeso (emocional)	negativo	27	33	60
		positivo	53	43	96
	Total		80	76	156

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La obesidad es simbolo de belleza (cognitivo) \* genero \* población perteneciente

Count

población perteneciente			genero		Total
			masculino	femenino	
normopeso	La obesidad es simbolo de belleza (cognitivo)	negativo	68	87	155
		positivo	28	15	43
	Total			96	102
sobrepeso	La obesidad es simbolo de belleza (cognitivo)	negativo	19	12	31
		positivo	5	10	15
	Total			24	22
obeso	La obesidad es simbolo de belleza (cognitivo)	negativo	53	46	99
		positivo	27	30	57
	Total			80	76

Los obesos son mas felices que los que no lo son (cognitivo) \* genero \* población perteneciente

Count

población perteneciente			genero		Total
			masculino	femenino	
normopeso	Los obesos son mas felices que los que no lo son (cognitivo)	negativo	71	88	159
		positivo	25	14	39
	Total			96	102
sobrepeso	Los obesos son mas felices que los que no lo son (cognitivo)	negativo	17	15	32
		positivo	7	7	14
	Total			24	22
obeso	Los obesos son mas felices que los que no lo son (cognitivo)	negativo	53	40	93
		positivo	27	36	63
	Total			80	76

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A las personas obesas no les preocupa lo que opinen de ellos otras personas (cognitivo) \* genero \* población perteneciente

Count

población perteneciente			genero		Total
			masculino	femenino	
normopeso	A las personas obesas no les preocupa lo que opinen de ellos otras personas (cognitivo)	negativo	66	69	135
		positivo	30	33	63
		Total	96	102	198
sobrepeso	A las personas obesas no les preocupa lo que opinen de ellos otras personas (cognitivo)	negativo	13	13	26
		positivo	11	9	20
		Total	24	22	46
obeso	A las personas obesas no les preocupa lo que opinen de ellos otras personas (cognitivo)	negativo	42	44	86
		positivo	38	32	70
		Total	80	76	156

A una persona obesa le es mas difícil conseguir un buen empleo (conductual) \* genero \* población perteneciente

Count

población perteneciente			genero		Total
			masculino	femenino	
normopeso	A una persona obesa le es mas difícil conseguir un buen empleo (conductual)	negativo	43	47	90
		positivo	53	55	108
		Total	96	102	198
sobrepeso	A una persona obesa le es mas difícil conseguir un buen empleo (conductual)	negativo	11	15	26
		positivo	13	7	20
		Total	24	22	46
obeso	A una persona obesa le es mas difícil conseguir un buen empleo (conductual)	negativo	42	39	81
		positivo	38	37	75
		Total	80	76	156

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Quando uno nota unos "kilillos" demas realiza acciones para perderlos (conductual) \* genero \* población perteneciente

Count

población perteneciente			genero		Total
			masculino	femenino	
normopeso	Cuando uno nota unos "kilillos" demas realiza acciones para perderlos (conductual)	negativo	50	70	120
		positivo	46	32	78
	Total		96	102	198
sobrepeso	Cuando uno nota unos "kilillos" demas realiza acciones para perderlos (conductual)	negativo	16	15	31
		positivo	8	7	15
	Total		24	22	46
obeso	Cuando uno nota unos "kilillos" demas realiza acciones para perderlos (conductual)	negativo	42	40	82
		positivo	38	36	74
	Total		80	76	156

Las personas obesas solo comen cuando tienen hambre (conductual) \* genero \* población perteneciente

Count

población perteneciente			genero		Total
			masculino	femenino	
normopeso	Las personas obesas solo comen cuando tienen hambre (conductual)	negativo	62	76	138
		positivo	34	26	60
	Total		96	102	198
sobrepeso	Las personas obesas solo comen cuando tienen hambre (conductual)	negativo	17	16	33
		positivo	7	6	13
	Total		24	22	46
obeso	Las personas obesas solo comen cuando tienen hambre (conductual)	negativo	51	39	90
		positivo	29	37	66
	Total		80	76	156

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La obesidad disminuye el rendimiento sexual (conductual) \* genero \* población perteneciente  
Crosstabulation

Count

población perteneciente			genero		Total
			masculino	femenino	
normopeso	La obesidad disminuye el rendimiento sexual (conductual)	negativo	43	38	81
		positivo	53	64	117
	Total		96	102	198
sobrepeso	La obesidad disminuye el rendimiento sexual (conductual)	negativo	12	14	26
		positivo	12	8	20
	Total		24	22	46
obeso	La obesidad disminuye el rendimiento sexual (conductual)	negativo	38	33	71
		positivo	42	43	85
	Total		80	76	156

La apariencia física es fundamental para triunfar en la vida (cognitiva) \* genero \* población perteneciente

Count

población perteneciente			genero		Total
			masculino	femenino	
normopeso	La apariencia física es fundamental para triunfar en la vida (cognitiva)	negativo	38	18	54
		positivo	60	84	144
	Total		96	102	198
sobrepeso	La apariencia física es fundamental para triunfar en la vida (cognitiva)	negativo	10	11	21
		positivo	14	11	25
	Total		24	22	46
obeso	La apariencia física es fundamental para triunfar en la vida (cognitiva)	negativo	30	42	72
		positivo	50	34	84
	Total		80	76	156

TESIS CON  
FALLA DE URGEN

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

La obesidad disminuye el rendimiento intelectual (cognitivo) \* genero \* población perteneciente

Count

población perteneciente			genero		Total
			masculino	femenino	
normopeso	La obesidad disminuye el rendimiento intelectual (cognitivo)	negativo	27	19	46
		positivo	69	83	152
	Total		96	102	198
sobrepeso	La obesidad disminuye el rendimiento intelectual (cognitivo)	negativo	9	9	18
		positivo	15	13	28
	Total		24	22	46
obeso	La obesidad disminuye el rendimiento intelectual (cognitivo)	negativo	27	31	58
		positivo	53	45	98
	Total		80	76	156

Causa ansiedad cuando una persona obesa se ve al espejo (emocional) \* genero \* población perteneciente

Count

población perteneciente			genero		Total
			masculino	femenino	
normopeso	Causa ansiedad cuando una persona obesa se ve al espejo (emocional)	negativo	44	52	96
		positivo	52	50	102
	Total		96	102	198
sobrepeso	Causa ansiedad cuando una persona obesa se ve al espejo (emocional)	negativo	12	18	30
		positivo	12	4	16
	Total		24	22	46
obeso	Causa ansiedad cuando una persona obesa se ve al espejo (emocional)	negativo	36	38	74
		positivo	44	38	82
	Total		80	76	156

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La obesidad es un factor para tener dificultades en conseguir pareja (emocional) \* genero \* población perteneciente

Count

población perteneciente			genero		Total
			masculino	femenino	
normopeso	La obesidad es un factor para tener dificultades en conseguir pareja (emocional)	negativo	45	54	99
		positivo	51	48	99
	Total		96	102	198
sobrepeso	La obesidad es un factor para tener dificultades en conseguir pareja (emocional)	negativo	14	14	28
		positivo	10	8	18
	Total		24	22	46
obeso	La obesidad es un factor para tener dificultades en conseguir pareja (emocional)	negativo	36	36	72
		positivo	44	40	84
	Total		80	76	156

Las personas obesas son mas impulsivas (emocional) \* genero \* población perteneciente

Count

población perteneciente			genero		Total
			masculino	femenino	
normopeso	Las personas obesas son mas impulsivas (emocional)	negativo	25	24	49
		positivo	71	78	149
	Total		96	102	198
sobrepeso	Las personas obesas son mas impulsivas (emocional)	negativo	11	9	20
		positivo	13	13	26
	Total		24	22	46
obeso	Las personas obesas son mas impulsivas (emocional)	negativo	30	38	68
		positivo	50	38	88
	Total		80	76	156

TESIS CON  
FALLA DE CALIBRE

Las personas obesas no tienen fuerza de voluntad (cognitivo) \* genero \* población perteneciente  
Count

población perteneciente			genero		Total
			masculino	femenino	
normopeso	Las personas obesas no tienen fuerza de voluntad (cognitivo)	negativo	27	29	56
		positivo	69	73	142
	Total		96	102	198
sobrepeso	Las personas obesas no tienen fuerza de voluntad (cognitivo)	negativo	11	15	26
		positivo	13	7	20
	Total		24	22	46
obeso	Las personas obesas no tienen fuerza de voluntad (cognitivo)	negativo	32	43	75
		positivo	48	33	81
	Total		80	76	156

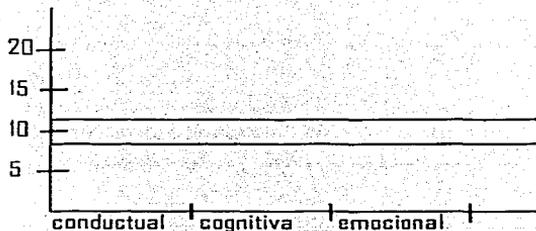
La obesidad es sinónimo de debilidad humana (emocional) \* genero \* población perteneciente  
Count

población perteneciente			genero		Total
			masculino	femenino	
normopeso	La obesidad es sinónimo de debilidad humana (emocional)	negativo	22	32	54
		positivo	74	70	144
	Total		96	102	198
sobrepeso	La obesidad es sinónimo de debilidad humana (emocional)	negativo	8	9	17
		positivo	16	13	29
	Total		24	22	46
obeso	La obesidad es sinónimo de debilidad humana (emocional)	negativo	34	41	75
		positivo	46	35	81
	Total		80	76	156

TESIS CON  
FALLA EN EL ORIGEN

## APENDICE IV

### GRÁFICA DE EVALUACION DEL INVENTARIO DE ACTITUDES HACIA LA OBESIDAD



#### Rangos

De 0 a 7.99 = Rango bajo

De 8 a 12 Rango medio

De 12.01 a 20 Rango alto

#### PUNTUACIÓN

Escala conductual = \_\_\_\_\_ Rango \_\_\_\_\_

Escala cognitiva = \_\_\_\_\_ Rango \_\_\_\_\_

Escala emocional = \_\_\_\_\_ Rango \_\_\_\_\_

Total = \_\_\_\_\_ Rango \_\_\_\_\_

TESIS CON  
FALLA DE CUBRIR

## Apéndice V. Glosario de términos médicos.

Tomados de:

- Diccionario en línea Medline plus ([www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish))
- Medicamentos de la A a la Z ([www.buenasalud.com](http://www.buenasalud.com))

**Benzodiazepinas:** se usan para aliviar la ansiedad y para tratar el insomnio (dificultad para dormir).

**Dorsalgia baja:** Dolor de la espalda y columna vertebral causado por esfuerzos físicos.

**Gen de Agouti:** Gen encargado de producir la hormona melanocortina que tiene la función de inhibir el hambre e indicarle al cerebro el dejar de comer cuando se esta satisfecho.

**Fenotiazinas:** se usan para tratar enfermedades nerviosas, mentales y emocionales. Algunos también se usan para controlar la ansiedad o agitación en ciertos pacientes, las náuseas y vómitos muy fuertes, el hipo muy fuerte y el dolor moderado a muy fuerte.

**Insulinoma:** Generalmente es un tumor benigno de las células del páncreas que secretan la insulina.

**Obesidad hiperplástica:** causada por una excesiva multiplicación de células normales en un órgano o tejido

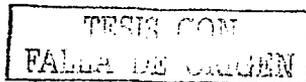
**Obesidad hipertrófica:** causada por el aumento excesivo del volumen de un órgano.

**Osteoartritis:** Es una enfermedad que afecta las articulaciones y el cartilago.

**Síndrome de Cushing:** Es una enfermedad ocasionada por el incremento de la producción de la hormona cortisol o por el uso excesivo de ésta y otras hormonas esteroideas, causando aumento de peso, dolor de espalda, dolor de cabeza, acne, debilidad, estrías en la piel y acumulación de grasa en los hombros.

**Síndrome de ovarios poliquísticos:** El síndrome de ovarios poliquísticos (PCOS), también conocido simplemente como ovarios poliquísticos, se refiere a una serie de condiciones causadas por un desorden del ovario y la pituitaria causando pequeños quistes en los ovarios.

**Síndrome de Pickwick:** En honor a un personaje de Dickens es un síndrome caracterizado por episodios recurrentes de colapso parcial o total de la vía aérea



superior durante el sueño. Como consecuencia de esto, se produce desaturación arterial de oxígeno que determina microdespertares que reanudarán la respiración.

**Somatotipo:** Es un sistema diseñado para clasificar el tipo corporal ó físico, propuesto por Sheldon en 1940 y modificado posteriormente por Heath y Carter en 1967. El somatotipo es utilizado para estimar la forma corporal y su composición, principalmente en atletas. Lo que se obtiene, es un análisis de tipo cuantitativo del físico. Se expresa en una calificación de tres números, el componente endomórfico, mesomórfico y ectomórfico. El componente *Endomórfico* representa la adiposidad relativa; el componente *Mesomórfico* representa la robustez o magnitud músculo-esquelética relativa; y el componente *Ectomórfico* representa la linealidad relativa o delgadez de un físico.

**Toxemia:** Desarrollo de edema, presión sanguínea alta y proteínas en la orina durante el embarazo.

**Tricíclicos:** se usan para aliviar la depresión mental y la depresión que a veces ocurre con la ansiedad.

**Tromboflebotis:** es la inflamación de una vena en relación con un coágulo sanguíneo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN