



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
COORDINACIÓN DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DIFERENCIAS EN LA AUTOEFICACIA PARA EL CONTROL
DEL PESO EN UN GRUPO DE ESCOLARES
ENTRE 9 Y 12 AÑOS DE EDAD

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N :

DE JESÚS ROMO MAYRA

VALDEZ DÍAZ MIRIAM

DIRECTOR: DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ NÚÑEZ

REVISOR: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS



**Facultad
de Psicología**

MEXICO, D.F.

2009



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

Agradecemos a la FACULTAD DE PSICOLOGÍA de la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO por darnos la oportunidad de formarnos y ser nuestro hogar durante cinco años.

Agradecemos a nuestro director de tesis, al Dr. José de Jesús González Núñez, a nuestro asesor, el Dr. Samuel Jurado Cárdenas y a los sinodales Mtra. Guadalupe Santaella, Lic. Leticia Bustos De La Tijera y Lic. Rosario Muñoz por sus importantes críticas y aportaciones; asimismo a la Lic. Lourdes Monrroy Tello de la Unidad de Redes, Informática y Desarrollo de Sistemas (URIDES) de la Facultad de Psicología por el asesoramiento estadístico y por sus sugerencias.

Agradecemos a las autoridades de la Escuela Primaria “Constitución de 1917” por las facilidades proporcionadas para trabajar en su institución y, especialmente, agradecemos la disposición de los niños que participaron en esta investigación pues, indudablemente, sin su ayuda no hubiera sido posible la culminación de este trabajo.

Mayra De Jesús

Miriam Valdez

*El logro de una meta no es ni un final ni un principio;
es la continuación de toda esa sabiduría que
la naturaleza puede infundirnos....*

*Porque la satisfacción de vivir
comprende el logro de metas:*

Mi agradecimiento a cada una de las personas que hicieron posible la obtención de una de las mías.

A mis padres, por su amor, cariño y comprensión. En todo momento llevo sus sabias enseñanzas conmigo.

A mis hermanas, por la compañía y el apoyo que me brindan. Se que cuento con ellas siempre.

Al amor con quien comparto mi existencia, por honrarme con la más sincera sensación de comprensión, dulzura y pasión, y por su apoyo incondicional.

A mi asesor y amigo, por compartirme sus conocimientos y experiencia; Y al comité de revisores, por representar cada uno de ellos pasos de aliento, apoyo y aprendizaje.

A mi maravilloso grupo de amigas por construir el aprendizaje día con día durante su convivencia conmigo y por, actualmente, perdurar su sinceridad, apoyo y estima hacia mi persona.

Por último, a quienes me brindaron su apoyo durante mi estadía en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán, en particular al equipo de la Clínica de Obesidad y Trastornos de la Alimentación, por formarme en investigación y práctica en el tratamiento de la obesidad.

Mayra

Con especial gratitud, dedico este trabajo, resultado de esfuerzo y dedicación, a quienes me han dado en vida la mejor herencia que pudiera tener: mi educación; gracias a mi padre José Luis y a mi abue Bety, por hacer de mí la persona que soy, por sus palabras de aliento y el amor que me confortaron en momentos de dificultad encontrados en la aventura que significó el estudio de mi carrera.

De igual manera, agradezco y dedico cariñosamente este trabajo, a mi esposo Mario, por su escucha atenta, por permitirme compartir con él mis alegrías y frustraciones en este proceso; por su amor y apoyo incondicionales y por estar a mi lado, creciendo juntos.

Y, finalmente a mi madre, por haberme dado el regalo de la vida... (donde quiera que estés...)

Miriam

ÍNDICE

	Página
RESUMEN	i
INTRODUCCION	ii
I. OBESIDAD	1
1.1. Antecedentes.....	1
1.2. Definición de obesidad.....	2
1.2.1. Definición de obesidad infantil.....	4
1.3. Epidemiología.....	5
1.3. Epidemiología de la obesidad infantil.....	7
1.4. Etiología.....	9
1.4.1. Factores genéticos.....	9
1.4.2. Factores hormonales y metabólicos.....	10
1.4.3. Factores ambientales.....	11
1.4.4. Etiología de la obesidad infantil.....	12
1.5. Clasificación.....	13
1.5.1. Clasificación de la obesidad infantil.....	15
1.6. Criterios diagnósticos.....	17
1.6.1. Criterios diagnósticos de la obesidad infantil.....	19
II. TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO DE LA OBESIDAD	21
2.1. Tratamiento medico de la obesidad.....	22
2.1.1. Tratamiento médico de la obesidad infantil.....	25
2.2. El tratamiento nutriológico de la obesidad.....	26
2.2.1. El tratamiento nutriológico de la obesidad infantil.....	28
2.3. El tratamiento psicológico de la obesidad.....	29
2.3.1. Psicoterapia Psicoanalítica.....	30
2.3.2. Terapia Motivacional.....	31
2.3.3. Terapia Conductual.....	31
2.3.4. Terapia Cognitiva.....	33
2.3.5. Terapia Cognitivo-conductual.....	33
2.3.6. Psicoeducación.....	34
2.3.7. El tratamiento psicológico de la obesidad infantil.....	35
III. LA AUTOEFICACIA	36
3.1. Teoría Social Cognitiva.....	36
3.2. Teoría de la Autoeficacia.....	37
3.2.1. Dimensiones de la autoeficacia.....	39
3.2.2. Determinantes de las creencias de autoeficacia.....	40

3.2.3. Mecanismos mediadores de la autoeficacia.....	41
3.3. Conformación del sentido de autoeficacia en niños.....	43
3.4. Diferenciación de la autoeficacia de otros constructos.....	49
3.4.1. Autoconcepto y Autoestima	50
3.4.2. Afrontamiento.....	51
3.4.3. Resiliencia.....	52
VI. LA AUTOEFICACIA EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD	55
4.1. Empleo de la autoeficacia en modelos de intervención para el tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles.....	55
4.2. La autoeficacia y el tratamiento de la obesidad.....	57
4.3. Factores que influyen en la autoeficacia para el control del peso en niños.....	63
V. MÉTODO	65
5.1. Justificación.....	65
5.1.1. Pregunta de investigación.....	66
5.2. Objetivo general.....	67
5.2.1. Objetivos específicos.....	67
5.3. Hipótesis.....	67
5.4. Definición de variables.....	68
5.4.1. Variables clasificatorias.....	68
5.4.2. Variable dependiente.....	69
5.5. Diseño.....	69
5.5.1. Tipo de estudio.....	69
5.6. Muestra.....	69
5.7. Escenario.....	70
5.8. Instrumento.....	70
5.9. Procedimiento.....	70
5.10. Análisis de resultados.....	71
5.11. Resultados.....	72
VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	83
REFERENCIAS.....	88
ANEXOS.....	106
Anexo 1.....	106
Anexo 2.....	107
Anexo 3.....	108
Anexo 4.....	113
Anexo 5.....	119
Anexo 6.....	121

RESUMEN

La obesidad es un problema de salud que va en ascenso en un gran número de países. En México un amplio sector de la población mexicana en edad adulta y edad infantil padece sobre peso u obesidad (ENSANUT, 2006). Lo anterior señala a este último grupo poblacional como uno de los más vulnerables (Olaiz-Fernández y cols., 2006). Los intentos por superar esta problemática han sido bastos, pero se ha explorado poco el impacto que tienen las variables psicológicas asociadas a la respuesta al tratamiento de la obesidad (Rivera-Dommarco y cols., 2001), las cuáles son más susceptibles a la modificación mediante intervenciones psicoeducativas, tales como la Autoeficacia (Flodmark, 2005). El objetivo de este estudio fue describir la autoeficacia para el control del peso en un grupo de niños en edad escolar, así como explorar los niveles de la variable por categorías de peso. La literatura de investigación relativa a la autoeficacia reveló, por un lado, que ésta ha sido señalada como un predictor significativo de la conducta de los individuos relacionado con la prevalencia de obesidad y con los resultados de tratamiento (Bandura, 1977; Bandura, 1997; Condiotte y Lichtenstein, 1981; Clark, Forsyth, Lloyd-Richardson y King, 2000), y por el otro, que se cuenta con investigaciones en otros países y culturas que han abordado el tema de la autoeficacia para el control del peso en poblaciones adultas e infantiles, pero indagado por separado el control sobre los hábitos alimenticios y la realización de actividad física, lo cual conlleva a que la evaluación de la variable varíe de manera importante de un estudio a otro y que no quede claro su comportamiento en poblaciones mexicanas que reúnan una medición individual de ésta. Con base en lo antes mencionado, el análisis incluido en este trabajo trajo consigo el desarrollo de una escala para medición única de la variable autoeficacia para el control del peso en poblaciones infantiles. Los resultados obtenidos, en primera instancia, fueron una escala de 30 reactivos validada por jueceo, con un menor número de reactivos a diferencia de lo reportado en otros estudios. Se presentan a detalle los porcentajes de concordancia obtenidos para cada uno de los reactivos. En segunda instancia, se muestran los resultados referentes a la variable autoeficacia para el control del peso, obtenidos de la aplicación de la escala en una muestra escolar de 160 niños con edades entre los 9 y 12 años. Al agrupar a los niños por categorías de peso, con base en los criterios establecidos por la CDC: *bajo peso*, *peso saludable*, *en riesgo de sobrepeso* y *sobrepeso* (CDC, 2007) y comparar sus puntajes, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Se presenta y discute el patrón que siguen las diferencias encontradas y su tendencia a ubicar a los grupos de riesgo (*en riesgo de sobrepeso* y *sobrepeso*) como los menos eficaces en relación a los grupos de *peso saludable* y *bajo peso*.

Palabras clave: obesidad, prevención, tratamiento, obesidad infantil, autoeficacia para control del peso, escolares.

INTRODUCCIÓN

Las cifras que hoy día alcanza el problema de la obesidad son alarmantes a nivel mundial y nacional por lo que diversas disciplinas trabajan arduamente en proponer soluciones ya que esta enfermedad amenaza fuertemente a la población infantil. Los esfuerzos por resolver tan importante problema de salud han sido numerosos, pero desafortunadamente igual de numerosos han sido los fracasos.

La psicología, por su parte, se ha preocupado por explorar aspectos del ser humano (tales como personalidad, temperamento, etc.) para intervenir en el tratamiento y detención de la enfermedad. Más recientemente se ha preocupado por generar cambios positivos en materia de promoción y prevención de la salud así como crear intervenciones para el tratamiento de este padecimiento crónico. De esta iniciativa se ha desprendido la creación de teorías y conceptos así como sus respectivos instrumentos de medida.

Lo anterior explica el que áreas de la psicología dedicadas a la salud echen mano de la Teoría Social Cognitiva y la Teoría de la Autoeficacia pues dan cuenta de variables psicosociales implicadas en la adopción y el mantenimiento de conductas saludables y, en general, en el tratamiento psicológico de padecimientos crónicos como la obesidad. Cabe señalar que, actualmente, es el tratamiento psicológico uno de los más señalados, desde la perspectiva del tratamiento multidisciplinario, como pilar clave para el control de la obesidad y el mantenimiento del peso saludable.

Con base en lo antes mencionado, el presente estudio busca explorar la autoeficacia para el control del peso en niños en edad escolar, al ser un grupo altamente vulnerable, así como determinar cuáles son los niveles que presentan y si existen diferencias entre tales niveles al compararlos estando agrupados por categorías de peso. Para su desarrollo se abordaron los siguientes aspectos:

En el Capítulo I, se hace una semblanza de la obesidad, se proporcionan definiciones, datos epidemiológicos, etiológicos, clasificatorios y criterios diagnósticos tanto de obesidad adulta como infantil.

En el Capítulo II, se presentan aspectos generales de los tratamientos de la obesidad como enfermedad y su encuadre en la actualidad como padecimiento que requiere de un tratamiento multidisciplinario. Se presentan por separado los tópicos relativos a la obesidad adulta e infantil.

En el Capítulo III, se expone el origen conceptual de la autoeficacia como constructo emanado de la Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura. Se detallan sus dimensiones, determinantes y mecanismos mediadores, así como su diferenciación con otros constructos. La conformación del sentido de autoeficacia en niños es también tema de este capítulo.

En el Capítulo IV, se describen hallazgos de literatura relativa al estudio de la autoeficacia en modelos de intervención para el tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles destacando aquellos relativos a la obesidad y control del peso. Por último se describen factores influyentes en la autoeficacia para el control del peso en niños.

El Capítulo V, describe la metodología usada, incluyendo el problema de investigación, los objetivos, las hipótesis de trabajo, variables, diseño, sujetos, muestra, instrumento y el procedimiento desarrollado. Asimismo, se describen los resultados encontrados en esta investigación.

Por último, en el Capítulo VI, se presentan las principales conclusiones discutiéndolas en términos de la metodología y de hallazgos previos.

Como apartado final, se inserta la bibliografía y los anexos de instrumento, tablas de peso y resultados.

I. OBESIDAD

1.1 Antecedentes

Existe la posibilidad de hablar de obesidad con evidencias clínicas desde hace siglos atrás pero, aunque con poco progreso científico, fue posible comprender la condición de la obesidad -actualmente clasificada como Enfermedad Crónica no Transmisible (ECNT)- hasta el siglo XX. En el siglo XIX algunos trabajos hicieron posible el entendimiento de los procesos metabólicos de los humanos y sentaron las bases para la comprensión de la acumulación de tejido adiposo humano. Durante el siglo XX se logró entonces el desarrollo de considerables avances a nivel conceptual, metodológico y de prevención y tratamiento de la obesidad. Sin embargo, a pesar de tales progresos la prevalencia de tal enfermedad continua en franco aumento (World Health Organization [WHO], 2000).

Considerando el avance científico, los cambios y logros tecnológicos así como las transformaciones sociales a nivel mundial, el estudio y abordaje actual de la obesidad no pueden desligarse de los de otras ECNT pues comparten algunos factores causales y subyacentes como la alimentación inapropiada y el sedentarismo, de manera que al identificar a los sujetos obesos es posible determinar que una alta proporción de éstos se encuentra en riesgo de padecer otras ECNT. A este respecto, se han documentado importantes riesgos a la salud asociados con la obesidad en la niñez como la hipertensión, la diabetes mellitus y la elevación de concentraciones séricas de lípidos. Los niños obesos tienen un riesgo mayor de ser adultos obesos y se han descrito tasas de mortalidad más altas en niñas obesas que en las no obesas, y tasas de morbilidad más altas en edades adultas (Rivera-Dommarco y cols. 2001).

Con base en lo anterior, resulta necesario considerar que la magnitud del problema posee dimensiones que alcanzan a permear diferentes grupos de edades sin respetar el sexo. Cabe mencionar que durante los últimos 30 años la mortalidad infantil ha disminuido, incrementándose paralelamente el número de

sobrevivientes en malas condiciones de crecimiento y desarrollo, los cuales pueden manifestar efectos en la edad escolar (Rivera-Dommarco y cols. 2001). Es por tal que, dicho problema tiene ya implicaciones económicas y sociales mucho más grandes que las sospechadas pero, aún más, su impacto en la salud del mexicano en el futuro mediano, con toda seguridad, será mayor. No hay duda de que el costo económico que implica una enfermedad como la obesidad, ocupará una gran proporción de los recursos dedicados a las campañas de salud y el hecho de entender mejor cada día los aspectos relacionados con el sobrepeso y obesidad en la infancia permitirá estar mejor preparados para hacerle frente y evitar su incremento, así como las numerosas patologías secundarias.

1.2. Definición de obesidad

Actualmente se conocen y emplean diversas conceptualizaciones de obesidad; debido a la complejidad del concepto en cuestión, algunos autores se centran sólo en algunos aspectos para determinar el estado de obesidad.

Bizarro y Caballero (2000) mencionan que la obesidad es un problema de salud caracterizado por el aumento de tejido adiposo con un 20% o más en desproporción con la talla y la estructura que favorece la presencia de enfermedades crónicas degenerativas.

Por su parte García-Camba (2002), señala que la obesidad es una enfermedad crónica caracterizada por un exceso de grasa, que a su vez se traduce en un aumento de peso debido a un exceso de la masa grasa, especificando que no todo aumento del peso corporal se considera obesidad. Con el mismo enfoque, Foz y Formiguera (1998) definen obesidad como el aumento de las reservas energéticas del organismo en forma de grasa, siendo, por lo tanto, un incremento de la cantidad de tejido adiposo en el cuerpo.

Por su parte, diversos investigadores refieren que la obesidad es un exceso de grasa corporal que se genera cuando el ingreso energético (el alimentario) es

superior al gasto energético (determinado principalmente por la actividad física) durante un periodo suficientemente largo; tal desequilibrio se ve influenciado por la compleja interacción de factores genéticos, conductuales y del ambiente físico y social (Peña y Bacallao, 2001; Vermunt, Pasman, Schaafsma y Kardinaal, 2003; Dao, Oberlin, Frelut, Peres, Bourgeois y Navar, 2004).

Por otro lado, González-Núñez (2001), basado en la perspectiva psicodinámica, define a la obesidad como una enfermedad psicosomática en la que el aspecto psicológico adquiere gran importancia. En este sentido, los individuos obesos presentan un conflicto en el ciclo hambre y saciedad, en el cual ingieren alimentos por motivos distintos a los de la satisfacción de deseos fisiológicos que, por lo general, obedecen a motivos de tipo emocional.

Debido a la diversidad conceptual, ha sido necesario crear definiciones de obesidad que sean de empleo viable y a nivel mundial para los profesionales de la salud que, además, engloben apropiadamente las condiciones asociadas. Con base en lo anterior, la obesidad es, según el Reporte Técnico del 2000 realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), una enfermedad compleja e incompletamente comprendida que involucra condiciones sociales y psicológicas serias y que puede ser prevenida mediante el reemplazo de estilos de vida nocivos por saludables. De acuerdo a sus características es clasificada como crónica no transmisible (WHO, 2000).

En México, la Norma Oficial Mexicana para el manejo integral de la obesidad (NOM-174-SSA1-1998), plantea que “La obesidad incluyendo el sobrepeso como estado premórbido, es una enfermedad crónica caracterizada por almacenamiento excesivo de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud, asociada en la mayoría de los casos a patología endocrina, cardiovascular y ortopédica, principalmente; y relacionada a factores biológicos, socioculturales y psicológicos” .

Aunque los términos sobrepeso y obesidad se usan recíprocamente, el sobrepeso se refiere a un exceso de peso corporal comparado con la talla, mientras que la obesidad se refiere a un exceso de grasa corporal. En poblaciones con un alto grado de adiposidad, el exceso de grasa corporal (o adiposidad) está altamente relacionado con el peso corporal (Sánchez-Castillo y cols., 2003).

1.2.1 Definición de obesidad infantil

Para los niños no hay una definición uniforme, sólo una variedad de criterios para evaluar su predominio (Troiano y Flegal, 1998). La OMS (WHO, 1998) aún no pronuncia su definición de sobrepeso y obesidad en niños que se equipare con la del criterio utilizado en adultos.

En México se cuenta con poca información sobre este problema en la edad pediátrica (Rivera-Dommarco y cols. 2001) y las definiciones de la enfermedad que se emplean son idénticas a las empleadas para el grupo de pacientes adultos. La definición de obesidad infantil es, por lo tanto, más compleja y existe amplia discusión sobre cuáles son los criterios más adecuados. Aún así, ha surgido un consenso en el sentido de que los niños también deben ser evaluados mediante el mismo estándar empleado para los adultos (El Índice de Masa Corporal (IMC) acuñado por Benn (Benn, 1971). Así pues, es común encontrar, en la mayoría de los casos, definiciones de obesidad en términos clasificatorios más que conceptuales y con unidades de IMC.

Por otro lado, en la práctica clínica y con base en lo postulado por la Norma Oficial Mexicana (NOM-008-SSA2-1993), para el Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente, se enfatiza la importancia de evaluar el estado de salud de la población de los grupos de edad menores de un año, uno a cuatro, cinco a nueve y diez a diecinueve al ser mejor un indicador positivo sensible que evalúa las condiciones de nutrición y crecimiento físico; De acuerdo a lo antes mencionado, es posible reconocer que se otorga mayor importancia a los criterios establecidos para categorizar y clasificar el estado nutricional, más que a la

conceptualización de cada una de las categorías, entre las cuales se encuentra la obesidad.

1.3. Epidemiología

A nivel mundial se ha reconocido un notable incremento de las ECNT asociadas a estilos de vida no saludables (WHO, 2000), este cambio en la prevalencia mundial de las enfermedades no transmisibles ha sido llamado *Transición Epidemiológica* (Manton, 1988) y en la Región de las Américas tal incremento se ha acentuado durante las últimas décadas (Peña y Bacallao, 2001). Estas enfermedades y trastornos en conjunto, entre los que se encuentran la hipertensión arterial, la diabetes tipo 2, la enfermedad coronaria, los accidentes cerebrovasculares, la obesidad y algunos tipos de cáncer, son las principales causas de muerte, morbilidad, discapacidad y deterioro de la calidad de vida.

En países en desarrollo como México, tal transición epidemiológica genera ya un doble problema de salud; por un lado, el rezago que implica el aún insuficiente control de las enfermedades transmisibles y desnutrición, y por el otro, el incremento exponencial en las últimas tres décadas de las ECNT (Velázquez-Monroy y cols., 2003).

Entre las ECNT, la obesidad merece especial atención ya que su prevalencia mundial se ha triplicado en menos de dos décadas y porque es en sí misma una enfermedad crónica y a la vez un reconocido factor de riesgo de muchas otras como hipertensión, diabetes tipo 2, enfermedades de la vesícula biliar, cáncer, osteoartritis, etc. (Sánchez-Castillo, Pichardo-Ontiveros y López-R, 2004).

Con base en lo anterior, la enfermedad de la obesidad fue etiquetada como epidemia mundial por la OMS en 1998 dado que, a nivel mundial existe más de un billón de adultos con sobrepeso y por lo menos 300 millones de éstos son obesos. Así pues, esta epidemia no es propia únicamente de sociedades desarrolladas, de

hecho, su aumento es más rápido en países en vías de desarrollo, quienes enfrentan un doble reto junto con sus problemas de desnutrición (WHO, 2003).

Para nuestro país, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud del año 2000 (Encuesta Nacional de Salud [ENSA], 2000), más del 60% (64.4%) de la población de 20 a 64 años de edad padecía sobrepeso y obesidad; específicamente, la obesidad tenía una prevalencia nacional del 24.4% y era uno de los catalizadores más importantes para el incremento en la prevalencia de ECNT (Rivera y cols., 2002; Sánchez-Castillo y cols., 2003) independientemente de la edad y el sexo.

La información más reciente en México, acerca del estado de nutrición de la población fue proporcionada en 2006 por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT], 2006), En el ámbito nacional, la prevalencia de sobrepeso fue más alta en hombres (42.5%) que en mujeres (37.4%); en cambio, la prevalencia de obesidad fue mayor en mujeres (34.5%) que en hombres (24.2%) (Olaiz-Fernández y cols., 2006).

Al sumar las prevalencias de sobrepeso y de obesidad, 71.9% de las mujeres mayores de 20 años de edad (alrededor de 24 910 507 mujeres en todo el país) y 66.7% de los hombres (representativos de 16 231 820 hombres) tuvieron prevalencias combinadas de sobrepeso u obesidad (Olaiz-Fernández y cols., 2006).

Al evaluar las tendencias del sobrepeso en el tiempo, con base en el estado nutricional de acuerdo con la clasificación basada en el IMC en mujeres de 20 a 49 años de edad, para 1988, 1999 y 2006, utilizando el criterio propuesto por la OMS, la prevalencia de la suma de sobrepeso y obesidad aumentó de 34.5% en 1988 a 61% en 1999 y a 69.3% en 2006.

Al comparar los datos de la ENSA 2000 con los de la ENSANUT 2006, la prevalencia de sobrepeso y obesidad incrementó más rápidamente en mujeres que en hombres (Olaiz-Fernández y cols., 2006).

En cuanto a la distribución poblacional, los datos de la ENSA 2000 señalan, en coincidencia con los datos obtenidos por Arroyo y cols. (2000) y Velázquez-Monroy y cols. (2003), sobre la prevalencia de la obesidad en comunidades urbanas, que son las mujeres adultas urbanas quienes presentan mayor prevalencia de obesidad, pero son los hombres adultos quienes padecen mayor prevalencia de sobrepeso.

1.3.1 Epidemiología de la obesidad infantil

Recientemente se ha confirmado el aumento del porcentaje de niños y adolescentes con sobrepeso, no tan sólo en los países desarrollados o industrializados, sino también en aquellos en vías de desarrollo de todos los continentes, incluidos los países latinoamericanos (WHO, 2000).

Bejarano, Dipierri, Alfaro, Quispe y Cabrera (2005) consideran, basados en sus estudios en obesidad infantil, que las primeras evidencias acerca del aumento de la prevalencia de obesidad en la niñez (definida como el índice de masa corporal (IMC) igual o superior al percentil 95 específico para edad y sexo), surgieron en Estados Unidos cuando se compararon los datos de las Encuestas del Examen de Salud y Nutrición de EE.UU. (National Health and Nutrition Examination Survey [NHANES]) I, II y III. Entre la NHANES I (1968-1974) y la II (1973-1980) la tendencia secular para talla y peso fue neutra; el porcentaje de sobrepeso permaneció estable durante tres décadas (1960-1980). Entre NHANES II y NHANES III – Primera Fase (1988-1991), tanto el IMC como el peso mostraron una tendencia secular positiva, más marcada en la adolescencia tardía y en los percentiles superiores. Esta tendencia se profundizó entre NHANES II y NHANES III (1985-1994), duplicándose el porcentaje de sobrepeso del 5% al 11%. La NHANES 1999 indicó que este porcentaje continuaba incrementándose.

Los datos antes mencionados indicaron, en aquellos días, que en el niño habría un incremento del sobrepeso y obesidad en la mayoría de los países de América Latina lo cual fue motivo de preocupación por la fuerte asociación con obesidad en

el adulto, hipertensión, dislipidemias, enfermedades respiratorias y desórdenes psicosociales (Amigo, 2003; Bejarano y cols., 2005).

Actualmente la OMS estima que, a nivel mundial, 17.6 millones de niños menores de cinco años tienen sobrepeso. En Estados Unidos se ha duplicado el número de niños y adolescentes con sobrepeso se ha triplicado desde 1980. La prevalencia de niños obesos entre los 6 y 11 años se ha más que duplicado desde los años 60's. En los Estados Unidos, la prevalencia de obesidad en jóvenes entre 12 y 17 años ha aumentado dramáticamente de 5% a 13% en niños y de 5% a 9% en niñas entre 1966-70 y 1988-91. El problema es global y va en aumento en los países en desarrollo (WHO, 2003). De los países de América Latina, México se encuentra entre los de más alta prevalencia de exceso de peso en niños (Del Río-Navarro y cols., 2004).

Así pues en México, el estado de nutrición descrito por la Encuesta Nacional de Nutrición de 1999 (Rivera-Domarco y cols., 2001), encontró que en niños escolares (5 a 12 años) existía una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad de 19.5% con base en los criterios de los Centros para el Control de Enfermedades (Centres for Disease Control de Estados Unidos [CDC]).

Más recientemente, la ENSANUT (2006) reveló que la prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 12 años, utilizando los criterios del Grupo Internacional de Trabajo en Obesidad (Internacional Obesity Task Force [IOTF]), fue de alrededor de 26%, para ambos sexos, 26.8% en niñas y 25.9% en niños. La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en 1999, bajo el mismo criterio, fue de 18.6%, 20.2% en niñas y 17% en niños.

El aumento entre 1999 y 2006 fue de 39.7% en tan sólo siete años para los sexos combinados; el aumento en niñas fue de 33% y en niños de 52%. El aumento en la prevalencia de sobrepeso en niños fue 41% y en niñas de 27%. El incremento más alarmante fue en la prevalencia de obesidad en los niños, pasando de 5.3 a 9.4%; en las niñas este aumento fue de 5.9 a 8.7%. La prevalencia de sobrepeso

aumentó progresivamente entre los 5 y los 12 años de edad, tanto en niños (de 12.9 a 21.2%) como en niñas (de 12.6 a 21.8). En resumen, entre 1999 y 2006, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en los sexos combinados aumentó un tercio; los mayores aumentos se dieron en obesidad y en el sexo masculino (Olaiz-Fernández y cols., 2006).

1.4. Etiología

De acuerdo con lo planteado por la OMS, la obesidad es una enfermedad multifactorial y compleja en cuyo desarrollo intervienen factores genéticos, conductuales y ambientales por lo que, al intentar explicar sus orígenes es necesario considerar la participación que tiene cada factor relacionado, lo cuál ha resultado una tarea exhaustiva y de resultados poco concluyentes.

1.4.1 Factores Genéticos.

Así pues, la obesidad, de acuerdo con algunos autores (Bizarro y Caballero, 2000), tiene su etiología en síndromes genéticos y otros desórdenes de origen metabólico. En la década de los noventa se descubrió el gen de la obesidad (*ob*) en el ratón y en 1994, se consiguió aislar y secuenciar el gen *ob* y la proteína que lo codifica y que es conocida como la leptina (de leptos = a delgado), pocos meses después se confirmó la ubicación definitiva del gen *ob* en el brazo largo del cromosoma 7 humano. Desde entonces se han publicado números artículos sobre la leptina considerada como la hormona de la saciedad que produciéndose en el adiposito actúa sobre el centro de la saciedad del hipotálamo regulando los depósitos de grasa (Schultes y cols., 2005). Años más tarde se llegó a considerar que se había descubierto la causa de la obesidad, y que la administración de esta hormona podría ser la cura de la obesidad. Sin embargo, todos los resultados realizados hasta ahora demuestran que el trastorno es mucho más complejo pues en los obesos existe un incremento en la producción de leptina, como corresponde a su mayor cantidad de tejido adiposo, sin embargo, no siempre resulta efectiva sobre el control de la saciedad (Schultes y cols., 2005).

Desde esta perspectiva, López-Alvarenga (2004) concluye que el estudio de la obesidad como enfermedad monogénica es insuficiente para explicar la pandemia actual de esta enfermedad. El modelo de análisis geonómico incluye la interacción de los diversos genes entre sí y con el medio ambiente, lo que es más amplio que el análisis desde la genética clásica. La evolución explica el fenómeno de la obesidad como consecuencia de la disminución en la actividad física y la abundancia en la ingestión energética. Estos cambios se han dado en un periodo muy corto (últimos 200 años), que no ha sido suficiente para modificar la carga genética que ha permitido sobrevivir al hombre.

1.4.2 Factores Hormonales y Metabólicos.

Aunque en años recientes se han identificado factores genéticos que explican la mayor susceptibilidad de algunos individuos a la obesidad, otras posturas señalan que son de mayor relevancia algunos factores hormonales ó metabólicos. El análisis de la obesidad, desde el punto de vista molecular, implica, por lo tanto, reconocer el papel fisiopatológico que tiene el sistema endocrino en los fenómenos de adquisición de nutrimentos calóricos, su conversión metabólica posterior y la capacidad orgánica para almacenar o disponer de estos depósitos energéticos Godínez (2004).

El tejido adiposo se encuentra en continua actividad metabólica, en contra de lo que podría pensarse como tejido de depósito energético. El contenido graso de los adipositos, que define su tamaño y por lo tanto la masa grasa del organismo, es el resultado del balance lipogénico-lipolítico que está regulado por varias hormonas (Pichardo-Bahena y Paz, 2005). La explicación a detalle del proceso que sigue el balance energético, escapa de los objetivos de esta investigación, sin embargo es importante señalar que el resultado de una disfunción en el mismo, conduce en la gran mayoría de los casos, al estado de obesidad.

Por otra parte se sabe que las hormonas sexuales tienen efectos específicos sobre la distribución de la grasa, así los gestágenos y estrógenos aumentan de tamaño y posiblemente también el número de los adipositos en mujeres jóvenes en la región gluteofemoral. En los varones, por el contrario, la testosterona tiene una acción lipolítica sobre la grasa intraabdominal en los jóvenes que se acumula con la edad, al disminuir la secreción de esta hormona y se origina la característica imagen de tripón” del hombre obeso de mediana edad. Así mismo, dentro del plano hormonal, las hormonas tiroideas tienen una acción lipolítica por lo que disminuyen los depositos grasos así como aumentan la termogénesis por lo que resulta imprescindible descartar un hipotiroidismo latente como causa de la obesidad en estos pacientes (Pichardo-Bahena y Paz, 2005).

Con base en los datos antes mencionados es posible identificar la necesidad de ampliar y perfeccionar el estudio de los fenómenos inherentes al metabolismo, deposito y disposición posterior de nutrientes calóricos hasta su conversión final para representar una pequeña parte del fenómeno complejo del balance energético, pero sin intentar dar cuenta total del origen de la obesidad (Godínez, 2004).

1.4.3 Factores Ambientales.

A la luz de los incipientes resultados de investigaciones sobre causas genéticas, hormonales y metabólicas como causas únicas de la obesidad, es necesario considerar que el incremento tan abrupto de la obesidad ha ocurrido como consecuencia de cambios importantes en la alimentación de la población, el patrón de actividad física y a otros factores de índole sociocultural (Arroyo y cols., 2000; Peña y Bacallao, 2001; Rivera y cols., 2002; WHO, 2003). Específicamente, los cambios profundos en la sociedad y en los patrones conductuales de las comunidades (tales como la transición nutricional mundial, el crecimiento económico, la modernización, la urbanización y la globalización del mercado alimenticio), en las últimas décadas son parte fundamental, ya que los genes

determinan la susceptibilidad de cada individuo para ganar peso, pero el balance energético es determinado por la ingesta y la actividad física (WHO, 2003).

En México y otros países en desarrollo coexiste la desnutrición y la obesidad, lo que representa una doble desventaja. Las madres desnutridas dan a luz bebés con una sensibilidad aumentada a la diabetes, la hipertensión arterial en la adolescencia y en la edad adulta temprana y a desarrollar obesidad visceral y síndrome metabólico con una ganancia de peso modesta, es por tal que actualmente se considera que entre los principales factores involucrados en la etiología y prevalencia de obesidad, el ambiente es determinante y se requiere de intervenciones que lo tomen en cuenta para detener la incidencia de la enfermedad (Peña y Bacallao, 2001; Sánchez-Castillo y cols., 2004).

1.4.4 Etiología de obesidad infantil

Se sabe que alrededor de esta patología existen múltiples factores de índole genética, neuroendócrina y ambiental, los cuales son motivo de investigaciones e informes científicos cada vez más numerosos. En relación con esta situación en niños y adolescentes y hasta hace relativamente pocos años, entre los médicos pediatras y médicos que atienden niños no se le daba importancia y se consideraba su presencia como algo transitorio, limitándose a realizar sólo recomendaciones sobre la alimentación de forma superficial, dejando de lado el enorme campo de estudio que, por cierto, hasta hace poco más de una década se ha iniciado (Rivera-Dommarco y cols., 2001). Actualmente se considera que la obesidad infantil es, en la mayoría de los casos, pauta de obesidad en la edad adulta y su etiología es determinada por los factores ya mencionados.

Desde otra perspectiva, el origen de la obesidad, para González-Nuñez (2001), se gesta en la temprana infancia, cuando la madre no responde apropiadamente a los mensajes del niño, haciendo que éste se vuelve incapaz de discriminar entre el hambre y la saciedad; de manera que, la obesidad se instala por el aprendizaje de los hábitos transmitidos por la madre y el medio familiar. El individuo obeso, por lo

tanto, desarrolla una distorsión de su imagen corporal, en la cual frecuentemente se vive como rechazado, situación que lo lleva a manifestarse inseguro y temeroso, con baja autoestima y sentimientos autodevaluatorios. Los niños con esta problemática por lo general se muestran dependientes, poco sociables y desadaptados; todos estos síntomas se exacerban en el adolescente obeso. En algunos jóvenes, el peso puede actuar también como factor protector, o bien, como un enemigo, contra la sexualidad ya que la obesidad los torna como menos atractivos (González-Nuñez, 2001).

1.5. Clasificación

La masa grasa del hombre y la de la mujer son diferentes en cantidad y distribución. Así, el especialista necesitará conocer que el hombre debe tener un 10% de masa grasa y la mujer un 24% aproximadamente. (Bizarro y Caballero, 2000). Basándose en este supuesto, la obesidad se ha clasificado de las siguientes maneras:

1. Cuando se utilizan las **características morfológicas del tejido adiposo** se tiene: *Obesidad hipertrófica*, que se caracteriza por el aumento del tejido lípido de las células del tejido adiposo, sin que aumente el número de las mismas. Este tipo de obesidad aparece en la edad adulta; *Obesidad hiperplásica*, que se caracteriza por el aumento en el número de las células del tejido adiposo (células recién formadas). Este tipo de obesidad se inicia en la infancia o en la adolescencia, etapas en las que puede existir aumento del número de adipositos, por el crecimiento y cambios hormonales en la adolescencia; y *Obesidad mixta*, que se caracteriza por la presencia de obesidad hipertrofica e hiperplásica. Este tipo de obesidad se inicia en la edad temprana apareciendo células adiposas de más y con la edad se incrementa el tamaño de las mismas.

2. Desde el punto de vista clínico-anatómico, **según la distribución corporal de la grasa** se tiene obesidad androide y obesidad ginoide: *Obesidad androide*. Se caracteriza por el predominio de la grasa en la parte superior del cuerpo o tipo

manzana y se presenta en los hombres. Por el efecto de la testosterona y de los corticoides, existe la acumulación de masa adiposa en la mitad superior del cuerpo. Y la *Obesidad ginoide*, se caracteriza por el predominio de la grasa en la mitad inferior del cuerpo o tipo pera, se presenta en mujeres con actividad ovárica y suele ser consecuencia de los estrógenos.

3. En **función de la edad**, la obesidad se distingue en dos formas: *Obesidad infantil* y *Obesidad adulta*. La primera se caracteriza, como su nombre lo dice, por iniciarse en la infancia, pubertad o adolescencia; y la segunda se caracteriza por iniciarse en la juventud o madurez.

Para fines epidemiológicos y ante la necesidad de clasificar la obesidad y evaluar las comorbilidades del desequilibrio energético en términos de grasa corporal acumulada, el parámetro más utilizado para obtener una medida (índice) cruda de grasa corporal y una clasificación basada en el peso corporal en relación con la estatura, es el Índice de Masa Corporal (IMC), que se define según la siguiente fórmula:

$$IMC = \frac{\text{peso}(kg)}{\text{estatura}(m^2)}$$

Este valor lo definió Benn (1971), quien en sus análisis intentó encontrar un índice de peso en los estudios de población que fuese independiente de la estatura. Desde entonces existe un consenso internacional sobre el uso del IMC en ambos sexos y en todas las edades como una medida cruda útil de obesidad. Con base en lo anterior el IMC se calcula al dividir el peso en kilogramos sobre el cuadrado de la talla en metros (kg/m^2).

En el informe de la OMS sobre el estado corporal (WHO, 1995) y el primer informe de la OMS sobre obesidad (WHO, 1998), se propuso una clasificación de bajo peso, peso saludable o normal, sobrepeso y obesidad con base en este índice (Tabla 1).

Caucásicos (IMC)	Clasificación de la OMS	Clasificación Popular	Asiáticos (IMC)	Clasificación	Riesgo de comorbilidades
< 18.5	Bajo peso	Delgado	< 18.5	Bajo Peso	Bajo (pero incrementa el riesgo para otros problemas clínicos).
18.5-24.9	Normal	Peso saludable o Normal	18.5-22.9	Rango Normal	Promedio
25.0-29.9	Sobrepeso	Sobrepeso	≥ 23	Sobrepeso	En riesgo
30.0-34.9	Obesidad grado 1	Obeso	23-24.9	En riesgo	Aumentado
35.0-39.9	Obesidad grado 2	Obesidad Grave	25-29.9	Obeso I	Moderado
≥ 40.0	Obesidad grado 3	Obesidad Mórbida	≥ 30	Obeso II	Intenso

Tabla 1. Puntos de corte de la OMS para la clasificación de bajo peso, sobrepeso y obesidad

Esta clasificación de la OMS ha sido ampliamente aceptada, incluso por los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos, así como en el resto del mundo. Es común que se utilicen los mismos puntos de corte para mujeres y varones de diferentes grupos étnicos, aún cuando éstos se hayan redefinido para la población asiática, en vista de que se reconoce cada vez más la existencia de mayor riesgo de morbilidad en los asiáticos con bajos IMC. No obstante, esta clasificación se tiene que ver desde la perspectiva de que el IMC en términos de riesgos debe considerarse como una variable continua, y la clasificación categórica con diferentes valores de puntos de corte resulta útil para la administración y toma de decisiones de los clínicos (Sánchez-Castillo y cols., 2005).

1.5.1 Clasificación de Obesidad infantil

Para Obesidad infantil, existen pocas clasificaciones y aquellas más aceptadas son las referentes al uso epidemiológico y clínico. Así pues se intentó clasificar la obesidad infantil en los mismos términos que en los adultos, pero el IMC de niños (medido con el típico índice Benn) se eleva hasta la edad de dos años y luego vuelve a descender a su punto más bajo a la edad de seis a siete años antes de volver a subir de nuevo y alcanzar los valores del adulto, lo cual se vio que era inapropiado (Sánchez-Castillo y cols., 2005).

En la actualidad hay dos sistemas de clasificación de análisis en uso, que en general arrojan la misma proporción total de sobrepeso y obesidad en poblaciones infantiles en las que se emplean ambos (Sánchez-Castillo y cols., 2005).

El sistema de los CDC de Estados Unidos, basado en datos de los norteamericanos para el crecimiento infantil, pero en el cual se tuvo el cuidado de recurrir a conjuntos de datos múltiples recabados en su encuesta nacional antes que comenzara la verdadera epidemia de obesidad infantil. Luego, al analizar la distribución de IMC en las diferentes edades, fue posible definir las distribuciones en percentiles del IMC; escogiendo en forma arbitraria un valor percentilar (85) como punto de corte para considerar a los niños como sujetos con riesgo de sobre peso, y de ahí definir el resto de la clasificación (CDC, 2007).

La definición internacional alternativa es la creada por el IOTF (organismo internacional que apoya arduamente y trabaja en conjunción con la OMS). En esta definición, las tablas de percentiles se elaboraron a partir de seis conjuntos de datos nacionales representativos de los siguientes países: Estados Unidos, Reino Unido, los Países Bajos, Singapur, Brasil y Hong Kong. Así pues, el criterio sugerido por el IOTF propuso un punto de corte proyectado de un índice de masa corporal (IMC) del adulto de 25 para el sobrepeso e igual o superior a 30 para definir obesidad infantil (Cole, Bellizzi, Flegal y Dietz, 2000).

Así, el concepto subyacente al esquema del IOTF es que los niños tal vez crezcan siguiendo un percentil particular, a menos que estén enfermos o tengan crecimiento anormal. Al escoger un percentil equivalente a los puntos de corte de los adultos, se lograba una coherencia entre los criterios infantiles y los establecidos por la OMS para los adultos. No obstante, los puntos de corte del IOTF no se determinaron conforme a grandes estudios prospectivos que asociaran un nivel particular de IMC a diferentes edades en niños y niñas con sus riesgos de salud a largo plazo. Se reconoce la probabilidad de que niños con sobrepeso

permanezcan con éste aumenta en forma notable a partir de los seis años y hasta la adolescencia (Sánchez-Castillo y cols., 2005).

Recientemente, el IOTF publicó un panorama general sobre todo el problema de sobrepeso y obesidad infantil, y recopiló un conjunto global de datos sobre prevalencias de manera que se puedan realizar comparaciones internacionales. Es de hacer notar el hecho de que si se considera como un IMC normal el rango de 18.5 a 22.9 para los asiáticos, es decir, con un punto de corte de 23.0 para el sobrepeso, entonces se puede concluir desde un punto de vista teórico que también se deben elegir diferentes puntos de percentiles para los niños asiáticos (Lobstein, Baur y Uauy, 2004).

Más recientemente, las definiciones de sobrepeso infantil han cambiado gracias la última tarea de la OMS (concluida en 2006) que consistió en recabar vastos conjuntos de datos sobre patrones de crecimiento de niños alimentados exclusivamente al seno materno, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo (De Onis, Garza, Onyango y Borghi, 2007; De Onis, Onyango, Borghi, Garza y Yang, 2006; Garza y De Onis, 2007; Yang, y De Onis, 2008). Estos datos actualmente comienzan a permear en diferentes naciones y por ende en enfoques de investigación y comparación. No obstante, por el momento las prevalencias de obesidad presentadas en la mayoría de los trabajos de investigación se asocian a los criterios de clasificación del IOTF reconocidos en todo el mundo y a comparaciones con datos de Estados Unidos procedentes de los CDC (Sánchez-Castillo y cols., 2005).

1.6. Criterios diagnósticos

La Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología (SMNE) recomienda que todos los médicos evalúen a todos sus pacientes en busca de obesidad con base en criterios diagnósticos bien definidos (García y Violante, 2004).

Para establecer los criterios diagnósticos funcionales para la población respecto a la obesidad es necesario referirse a los criterios de la OMS, pues son los más utilizados en el mundo y constituyen un referente obligado para analizar los resultados de estudios epidemiológicos, aún cuando ya es conocido que la distribución del IMC varía significativamente de país en país de acuerdo a su estado de transición epidemiológica. El IMC es, a pesar de todo, un estándar útil para valorar el riesgo de enfermedad, correlaciona bien con mediciones de adiposidad y es sencillo de llevar a cabo, tanto en la práctica clínica como en estudios epidemiológicos.

En México, los profesionales de la salud en ésta área, de acuerdo con los valores recomendados por la NOM-174-SSA1-1998, recomiendan utilizar el IMC con fines de diagnóstico clínico: definiendo obesidad en los adultos hombres o mujeres con un $IMC \geq 27$. Se reconoce, también, la importancia de los estudios que demuestran que en la población mexicana de talla baja (< 160 cm. para hombres y < 150 cm. para mujeres), el punto de corte del IMC para el diagnóstico de obesidad debe ser >25 (Arellano y cols., 2004).

El sobrepeso, definido como $IMC > 25$ y < 27 en población adulta general, debe ser considerado una categoría diagnóstica. Su presencia debe ser comunicada al paciente, comentándole que se trata de una situación de riesgo para el desarrollo de obesidad y de las comorbilidades que la acompañan. Conforme con lo expresado en la NOM-174-SSA1-1998, esta categoría diagnóstica se establece en individuos de talla baja, cuando el $IMC > 23$ y < 25 .

En adición al IMC, se ha encontrado que es necesario contar con una medida de distribución de grasa corporal como la Circunferencia de Cintura (CC) (Sánchez-Castillo y cols., 2003; Sánchez-Castillo, 2004; Zhu y cols., 2004). La CC ha sido propuesta como el mejor índice antropométrico en relación al riesgo de enfermedad cardiovascular, y en México ésta resultó ser mejor indicador de riesgo para la población que el IMC (Sánchez-Castillo y cols., 2003). Cuando la medición

de la circunferencia de la cintura es mayor de 102 cm. en el varón y de 88 cm. en la mujer señalan un riesgo mayor.

La SMNE considera indispensable determinar en todo paciente obeso: IMC, CC, tensión arterial, glucemia –sujetando su interpretación a las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) –, colesterol total, colesterol de HDL y triglicéridos, con una interpretación de acuerdo con el diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias. (García y Violante, 2004).

Es necesario que el médico del obeso considere los diagnósticos de problemas cardiovasculares, endocrinológicos, gastrointestinales, musculoesqueléticos, etc., para su adecuada evaluación y tratamiento (éstos tienen que ser considerados al momento de prescribir cambios en estilos de vida y dieta para tratar la obesidad); los diagnósticos de depresión, trastorno por atracón, trastorno límite de la personalidad y otras alteraciones psiquiátricas que requieran de tratamiento. Éste deberá implementarse antes del tratamiento de la obesidad o de manera simultánea, según convenga al caso (Foz y Formiguera, 1998; García y Violante, 2004; Campbell y Haslam, 2005).

1.6.1 Criterios diagnósticos de obesidad infantil

Como ya se mencionó, existen diversos criterios para evaluar el sobrepeso y la obesidad en poblaciones infantiles. Todos se basan en ponderaciones estadísticas, incorporan y asumen arbitrariedades y no son universalmente aceptados debido a la variabilidad interpoblacional de las estimaciones antropométricas de los puntos de corte sobre las cuales se basan estos criterios y de las referencias y estándares utilizados (Bejarano y cols., 2005).

Con respecto a los criterios diagnósticos hasta la década de los ochenta el más utilizado era el porcentaje sobre la mediana, la mayoría de los países definían sobrepeso como aquella adecuación entre 110 y 120% y sobre 120% para el caso

de la obesidad. Con el uso progresivo de la informática, la utilización de las medidas de dispersión han sido las de mayor uso (WHO, 1995).

Los dos criterios de mayor uso para clasificar sobrepeso y obesidad en el niño (el de CDC y el de IOTF), anteriormente descritos, son quienes norman los criterios diagnósticos empleados por los clínicos expertos en el tema a nivel mundial.

En México, después de una valoración médica exhaustiva de los indicadores de crecimiento y desarrollo del niño de acuerdo a lo establecido en la NOM-008-SSA2-1993, el diagnóstico de sobrepeso se realiza con base en cartas de IMC de los criterios clasificatorios sugeridos por los CDC publicadas en febrero de 2000 (CDC, 2000a; Padrón, 2002), debido a que en la elaboración de las tablas participaron algunos hispanos y a que el país no cuenta con instrumentos de medición propios. De acuerdo con ello se tienen los criterios diagnósticos presentados en la Tabla 2.

CATEGORÍA DE PESO	RANGO PERCENTILAR
BAJO PESO	< Percentil 5
PESO SALUDABLE	≥ Percentil 5 y < Percentil 85
EN RIESGO DE SOBRE PESO	≥ Percentil 85 y < Percentil 95
SOBREPESO	≥ Percentil 95

Tabla 2. Criterios Diagnósticos con base en categorías de peso de acuerdo al rango percentilar, tomado de CDC, 2007.

Es con base en lo antes mencionado que se diagnostica obesidad en el niño y a su vez se prescribe y diseña el tratamiento adecuado.

II. TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO DE LA OBESIDAD

A nivel mundial los tratamientos para la obesidad más recientes utilizan combinaciones de tratamientos distintos: fármacos, información dietética, ejercicio físico, modificación de conducta, reestructuración cognitiva, apoyo social del compañero o grupal y técnicas de resolución de problemas en la recuperación y el mantenimiento del peso. A este tipo de tratamiento se le denomina *Multidisciplinario*, y requiere el abordaje terapéutico de diversos especialistas para lograr una adecuada implementación que lleve al éxito terapéutico de la reducción y/o control del peso (García, 2004).

Al ser, la obesidad considerada una enfermedad crónica, se reconoce que se requiere de un tratamiento de por vida basado en tres medidas centrales para el caso de los adultos y sólo las primeras dos para el caso de los niños : 1) Un plan de alimentación estructurado de acuerdo con las características particulares del paciente obeso; 2) Un programa de actividad física (ejercicio, rehabilitación o mezcla de ambas medidas) adecuado a las características y estado de salud del paciente obeso y; 3) Fármacos para el tratamiento de la obesidad y sus comorbilidades. En casos de obesidad mórbida, cirugía bariátrica. Esta propuesta forma parte de un cambio de actitud y de conducta más amplio que modifica todo un estilo de vida (Arellano y cols. 2004).

La propuesta planteada al individuo obeso requiere cambios en el ámbito social y económico con el fin de modificar el entorno desfavorable. En México, la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología SMNE subraya que, en la actualidad el tratamiento de la obesidad se basa en medidas que imponen un gran esfuerzo por parte del individuo obeso, por ello es necesaria la participación de la familia y de la sociedad para construir un ambiente que haga propicio el comer adecuadamente y el practicar ejercicio (Arellano y cols. 2004; García, 2004).

Con base en lo antes mencionado, es preciso conocer en que consiste cada intervención terapéutica y los principales avances de cada materia.

2.1. Tratamiento médico de la obesidad

Hasta 1960, la obesidad no se consideraba un trastorno metabólico crónico y su evolución quedaba librada a la voluntad del paciente (Friedman, 2003; Nestle, 2003). Dicho concepto comienza a cambiar y en los sesenta aparece por primera vez la idea de tratamiento para la obesidad basado principalmente en la modificación de las conductas alimentarias y la estimulación de la actividad física además del agregado de fármacos anorexígenos que le darían al paciente las armas necesarias para comenzar a bajar de peso él solo y luego únicamente con dieta y ejercicio. Lamentablemente la experiencia clínica rápidamente demostró que esto no era posible en la gran mayoría de los pacientes, al evidenciarse la dificultad para descender de peso y mantenerlo sólo a base de cambios de conducta en forma permanente (Díaz, 2005).

Los hechos principales que dieron pie a importantes modificaciones en el tratamiento médico se difundieron por Weintraub (1992) y por Weintraub, 1992; Weintraub, Sundaresan, Schuster (1992), mostrando efectos favorables en los pacientes obesos tratados durante 3.5 años con dieta, ejercicio y el agregado de una combinación de dos drogas anorexígenas. Tan impactante fue la difusión de estos datos que el número de prescripciones de los fármacos antiobesidad aumentó dramáticamente de los años sesenta a los noventa. Sin embargo, en septiembre de 1997 la FDA (Food and Drug Administration) demostró anomalías asintomáticas de las válvulas cardíacas en el 32% de 271 pacientes tratados con esta combinación. A esto se le sumó el informe de Connolly y colaboradores (Connolly y cols. 1997) acerca de 24 casos de enfermedad valvular sintomática, lo cual hizo que la combinación se retirara del mercado. No obstante, el uso de esta combinación demostró un concepto importante, el de que la obesidad podría y debería ser tratada como una “enfermedad o síndrome metabólico crónico”, asumiendo que si se suspende el tratamiento antiobesidad el paciente aumentará de peso.

Finalmente, en 1997 la industria farmacológica presenta, en pro del tratamiento médico, la sibutramina, un inhibidor de la recaptación de serotonina, NA y dopamina en el sistema nervioso central y en 1998, el orlistat, un inhibidor de las lipasas gastrointestinales (Díaz, 2005). Ambos medicamentos son los únicos reconocidos para prescripción en el tratamiento médico de la obesidad (Phelan y Wadden, 2002; Mancillas-Adame y Morales, 2006) aunque se espera que esto sea por poco tiempo ya que hay varios más en fase de pruebas y son una fuerte promesa para el tratamiento multidisciplinario del futuro (Díaz, 2005).

Actualmente el tratamiento médico de la obesidad es sólo un elemento de todo un proceso encaminado a estructurar un estilo de vida saludable en el paciente obeso y sus familiares e incluye la comprensión de: la historia clínica, de la valoración cardiovascular y de los resultados de estudios de laboratorio y gabinete para considerar el tema farmacológico. Así pues, debe ser el médico, el que de forma individualizada valore hasta qué punto vale la pena insistir en un cambio del hábito alimentario, costoso tanto para el médico como para el paciente. A este respecto, se debe valorar los factores de riesgo asociados y seguir las recomendaciones de la Sociedad Americana de la Obesidad, mismas que se reflejan en las tablas 1 y 2 (Maté Del Tío, Cano, Álvarez-Sala, Bilbao, 2001).

RIESGO DE SALUD EN FUNCIÓN DEL IMC		
IMC	Riesgo de Salud	Si se asocia a otros factores de riesgo
< 25	Mínimo	Bajo
25 < 27	Bajo	Moderado
27 < 30	Moderado	Alto
30 < 35	Alto	Muy alto
35 < 40	Muy alto	Extremadamente alto
>40	Extremadamente alto	Extremadamente alto

Tabla 1. Guidance for Treatment of Adult Obesity, 1996. American Obesity Association.

OPCIONES DE TRATAMIENTO EN FUNCIÓN DEL RIESGO DE SALUD	
RIESGO DE SALUD	OPCIÓN DE TRATAMIENTO
Mínimo o bajo	Dieta saludable y/o moderado déficit calórico Aumentar actividad física Cambiar ciertos estilos de vida
Moderado	Lo previo + Dieta baja en calorías
Alto	Lo previo + Fármacos
Muy alto	Lo previo + Dieta muy baja en calorías
Extremadamente Alto	Lo previo + cirugía

Tabla 2. Guidance for Treatment of Adult Obesity, 1996. American Obesity Association,

En México, se considera una mala práctica médica a la prescripción de un tratamiento farmacológico a un paciente al que no se le ha organizado un programa para mejorar hábitos alimentarios y de actividad física, ni se le han explicado los efectos nocivos de la obesidad. Así mismo, se adopta lo señalado en 1998 por los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos, respecto a sólo prescribir medicamentos de reconocida utilidad y seguridad para el tratamiento de la obesidad, y a pacientes de ambos sexos con un IMC superior a 30 kg/m², o bien superior a 27 kg/m² sumado a la presencia de dos factores de riesgo cuando el tratamiento no farmacológico seguido durante 6 meses a fracasado (Arellano y cols., 2004). Así pues, en la práctica médica diaria se consideran, además, las investigaciones realizadas por Phelan y Wadden (2002) que permiten concluir que en individuos de ambos sexos con un IMC entre 27 kg/m² y 30 kg/m² se recomienda el uso de fármacos cuando se presenta alguna de las siguientes comorbilidades: diabetes tipo 2, hipertensión, dislipidemia, artritis, gota, hernia de disco intervertebral, enfermedad articular grave e insuficiencia vascular periférica.

Es de destacar que se incluye la posibilidad quirúrgica para aquellos pacientes con un IMC superior a 35 más dos factores de riesgo o bien con un IMC superior a 40 kg/m² y que el uso de los medicamentos antes mencionados se encuentra

contraindicado en las siguientes situaciones: edad menor de 16 años (a excepción del orlistat que ha sido aprobado para utilizarse en adolescentes de 12 a 16 años), embarazo o lactancia, angina de pecho o infarto del miocardio reciente, accidente vascular cerebral, isquemias cerebrales transitorias, datos o antecedentes de sangrado de tubo digestivo, arritmias, insuficiencia cardiaca congestiva de cualquier etiología y embolia pulmonar (Bastarrachea, 2004).

2.1.1. Tratamiento médico de la obesidad infantil

El tratamiento de la obesidad en el niño y adolescente ha sido y es una de las condiciones más difíciles a tratar empezando por el escaso reconocimiento de esta condición como patología infantil y terminando con la dificultad que representa intervenir a tan delicado grupo de edad. No obstante en los últimos años, en que esta epidemia ha crecido a pasos agigantados, se ha comenzado por adoptar el modelo de tratamiento médico seguido en el caso de los adultos con algunas modificaciones propias del grupo de edad (Calzada, 2004).

A diferencia del tratamiento médico del adulto obeso respecto al uso de fármacos, no hay ningún medicamento aprobado por la FDA para su uso en este grupo de edad, por lo que la utilización de la sibutramina y el orlistat deben esperar. Los esfuerzos están encaminados a enfocarse hacia medidas básicas de dieta y ejercicio, que hasta la fecha, al igual que en el adulto, han dado resultados muy insatisfactorios (Violante, 2001).

Violante (2001), basado en un metanálisis y su experiencia en la práctica diaria, señala que el tratamiento médico, requiere de visitas frecuentes, evaluación y reforzamiento continuos. Incluye educación nutricional y dieta, ejercicio, cambios en el estilo de vida y la utilización de fármacos (metformina o sulfonilureas) únicamente para casos en los que el niño obeso tenga ya intolerancia a la glucosa o diabetes tipo 2. Cabe señalar que para los niños o adolescentes con diabetes tipo 2 y obesidad, dado que la fisiopatología de la diabetes en este grupo de edad es similar a la de los adultos, es razonable pensar que los 5 tipos de

medicamentos (metformina, sulfonilures, 2 tiazolidinedionas y los inhibidores de la glucosidasa intestinal) utilizados en esta patología podrían ser útiles.

2.2. Tratamiento nutricional de la obesidad

Durante muchos años de investigación sobre las pautas a seguir en el tratamiento de la obesidad, se pensó en la dieta como la base y el primer paso del tratamiento. Con el paso de los años y los avances en el tema se llegó a la conclusión de que para instaurar una pauta dietética correcta hace falta conocer las costumbres alimentarias del enfermo, la forma de vida, su historia clínica y las posibles complicaciones añadidas a la obesidad. (Maté Del Tío y cols., 2001).

El interrogatorio, inicialmente fue realizado por los médicos endocrinólogos quienes rápidamente detectaron la necesidad de que éste fuera realizado por una persona altamente entrenada en el tema y de manera exhaustiva para poder saber el total de calorías que ingiere diariamente, el número de comidas, dónde come, con quién y su entorno, quien después de conocer detalles intentara hacer una dieta personalizada, adecuándola a su forma de vida, nivel socio-económico y posibles complicaciones.

Diversos estudios, diseñados específicamente para examinar la relación entre dieta y obesidad, encuentran una correlación positiva entre ingesta de grasa y obesidad y una correlación negativa entre ingesta de hidratos de carbono y obesidad. Otros estudios de intervención demuestran que se pueden conseguir pérdidas de peso más altas cuando se aconseja seguir una dieta rica en hidratos de carbono y pobre en grasa, que cuando se marca una dieta pobre en grasa o en calorías únicamente (Ortega y Andres, 1998). Las dietas hipocalóricas habitualmente utilizadas aportan de 1.000 kcal a 1.500 kcal/día y se deben realizar bajo estricto control médico. En algunas ocasiones, en obesidades muy severas, se puede recurrir a dietas de muy bajo contenido calórico (400-600 kcal/día), con los hidratos de carbono suficientes para evitar la cetosis, y que incluyen los ácidos grasos esenciales y vitaminas y minerales recomendados. Se debe beber

diariamente 1,5 litros de agua, ya que en las dietas hipocalóricas el catabolismo de las proteínas está aumentado, de manera que la eliminación urinaria de nitrógeno también está aumentada, y esto hace que sea necesario mantener una buena diuresis (Violante, 2001).

Actualmente el tratamiento nutricional es uno de los elementos centrales del plan terapéutico integral, interdisciplinario y personal de la obesidad, pero no el único ni el más importante. Sus dos propósitos fundamentales son corregir los hábitos alimentarios incorrectos y promover los correctos como parte del cambio del estilo de vida (Bourges, 2004).

Es necesario restringir la ingestión energética para producir un balance insuficiente de energía (negativo en quienes el balance es neutro como es el caso del adulto y menos positivo en quienes lo requieren positivo como los niños, púberes y mujeres embarazadas) que obligue al organismo a utilizar parte de su reserva adiposa. Por lo tanto la dieta tiene que ser hipoenergética.

En México, la dieta del obeso de acuerdo con las recomendaciones del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zuvirán [INCMNSZ], publicadas en 2001, tiene que ser hipoenergética pero completa, equilibrada, variada y adecuada para cada individuo y compatible con por lo menos la comunidad inmediata (familia); incluir alimentos de los tres grupos en proporciones normales (hidratos de carbono 55 a 63% \leq 10% de sacarosa total, triacilgliceroles 25 a 30% -AGS 7%, AGMI 13% y AGPI 7% con una relación n-6/n-3 de 3- y proteínas 12 a 15% -2/3 de origen vegetal-). Se puede incrementar las proteínas a 25% y reducir las grasas pero a no menos de 20% para asegurar el aporte de ácidos grasos esenciales y de vitaminas liposolubles (Bourges, 2004).

En la práctica y en ausencia de un nutriólogo, el médico puede iniciar la prescripción con modelos de dieta de 1200, 1500 o 1800 Kcal según el caso. No se recomiendan dietas de menos de 800 kcal/día. En el caso que la dieta sea menor de 1000 kcal/día es necesario administrar vitaminas y nutrimentos

inorgánicos. En los niños y en mujeres embarazadas el déficit calórico deberá ser menor.

2.2.1 Tratamiento nutricional de la obesidad infantil.

El tratamiento nutricional de la obesidad infantil, se ha basado ampliamente en lograr el apego a las indicaciones del cuidado y seguimiento nutricional de los infantes dictadas por las normas oficiales o institutos nacionales de salud de cada país, además comúnmente se le ha agregado la prescripción de actividad física, está última como una lista nutricional más.

Actualmente los mejores tratamientos nutricionales se basan en muy pocas reducciones de la ingestión de energía, por tratarse de niños y adolescentes, los cuales necesitan una adecuada ingesta de energía y nutrientes para garantizar que su crecimiento y desarrollo sea normal (Liebel, Rosebaum y Hirsch, 1995; Rink, 1994; Novorthy, Davis, Ross y Wasnich, 1998; Epstein, Coleman y Myers, 1996).

Para que un régimen sea ideal para perder peso niños y adolescentes debe reunir las siguientes características: a) Sea fácil de seguir, b) Obtenga pérdida rápida de peso, c) No produzca sensación de hambre, d) No origine trastornos metabólicos, e) Preserve la masa magra, f) No desencadene reacciones psicológicas, g) Permita una actividad normal, h) No modifique el crecimiento normal i) Prevenga la posible obesidad posterior y j) Desarrolle nuevos hábitos dietéticos (Zayas, Chiong, y Torrente, 2002).

Es necesario distinguir entre tipos de alimentos, los cuales fácilmente pueden ser divididos y suministrados en un plan de comidas práctico (Zayas y cols. 2002). Una vez alcanzado el peso establecido para su talla, edad y sexo será necesario mantener el mismo esquema de alimentación y el plan diario de ejercicios.

2.3 Tratamiento psicológico de la obesidad

Desde el punto de vista psicológico, la obesidad es un trastorno cuya etiopatogenia, expresión clínica y tratamiento, sólo se puede entender racionalmente con un enfoque biopsicosocial. En este sentido, la obesidad no se diferencia de los procesos que la psicopatología considera trastornos genuinos, cuantitativos de la ingesta (anorexia y bulimia nerviosa) ni de la gran mayoría de los procesos incluidos en el Eje I (trastornos clínicos) de los sistemas de clasificación DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, publicado por la American Psychiatric Association) (Foz y Formiguera, 1998).

Los primeros acercamientos de la psicología para el abordaje del paciente con obesidad fueron resultados de observaciones clínicas (Wadden y Stunkard, 1987; citado en Foz y Formiguera, 1998) realizadas desde hace cuatro o cinco décadas, las cuales apoyaban, inicialmente, la postura de que los factores psicológicos jugaban un papel esencial en el control del hambre y que las personas obesas presentaban una estructuración anómala relativamente específica de la personalidad así como grados de alteración psicopatológica superiores a las no obesas. Sin embargo, no se obtuvieron datos concluyentes, tal que en la actualidad se reconoce que los pacientes obesos no presentan una psicopatología primaria específica mayor que otros enfermos médicos o quirúrgicos, sin dejar de lado la posibilidad de la presencia de alguna afección psicológica. De acuerdo con lo antes mencionado, muchos tratamientos psicológicos de la obesidad basan sus primicias principalmente en el cambio real en relación a los hábitos alimentarios con el objetivo no sólo de perder peso, sino de mantenerlo estable.

Es posible señalar, entonces, que el tratamiento psicológico de la obesidad es tan diverso como lo son los diferentes enfoques de esta disciplina, sin embargo el objetivo principal es la comprensión de los aspectos emocionales, conductuales y cognitivos que conlleven a la adaptación del paciente a su nuevo estilo de vida, así pues se pueden combinar diversas psicoterapias con diferente enfoque y aún psicoanálisis si el paciente así lo requiere.

El concepto psicoterapia abarca cualquier modalidad de tratamiento de los trastornos psíquicos mediante la ayuda de la psicología y la comunicación verbal entre el paciente y el terapeuta (Caballo, 1991). Entre las modalidades de abordaje terapéutico se encuentran la psicoterapia Psicoanalítica, la terapia motivacional, la terapia conductual, la terapia cognitivo-conductual, la psicoeducación, entre otras (Arellano y cols., 2004; Bizarro y Caballero, 2000; Caballo, 1991; Facchini, 2003; García y Violante, 2004).

2.3.1 Psicoterapia Psicoanalítica

La psicoterapia psicoanalítica se podría definir como el proceso en el cual los sentimientos, pensamientos y necesidades inconscientes se hacen conscientes, a través de las diferentes técnicas que el terapeuta emplea en el comportamiento del paciente. Este tipo de terapia se emplea en pacientes que poseen buenos recursos de personalidad y pronóstico más favorable de cambio. Es necesario realizar una evaluación diagnóstica de los recursos de la personalidad del paciente para determinar su disponibilidad para una terapia larga e intensa, su nivel de motivación, su relativa integración, su habilidad intelectual y verbal (González-Núñez, 1999).

Los métodos empleados para llevar el material inconsciente a la conciencia fueron originalmente desarrollados por Sigmund Freud. Éstos incluyen, según lo señala González-Núñez (1999), técnicas tales como la asociación libre, la interpretación de sueños y el análisis de transferencia así como el uso de la interpretación de las resistencias y de las relaciones con el terapeuta para obtener contenidos de material inconsciente; además de una comprensión de los determinantes epigenéticos de la personalidad individual y de la relación de éstos con su actual personalidad.

A más de 100 años, las técnicas utilizadas por Freud han aumentado y las creadas por él se han perfeccionado. La contratransferencia se utiliza de manera amplia como instrumento diagnóstico (González-Núñez, 1992) y como herramienta

para la cura, posibilidades que Freud le negaba. Se han incrementado técnicas como la confrontación y la clarificación y han aparecido nuevas, como la alianza de trabajo y en particular la psicoterapia de grupo.

El psicoanálisis ha enseñado a tomar en consideración a esa parte de la psique llamada el inconsciente, que se manifiesta, de una manera disfrazada, en forma de síntomas y también de otros productos que se hacen accesibles por el descubrimiento e interpretación de las resistencias y por el análisis de los mecanismos de defensa (González-Núñez, Monrroy y Kupferman, 1978).

2.3.2 Terapia Motivacional.

Teniendo en cuenta la ambivalencia que presentan frecuentemente los pacientes frente al cambio, resulta de gran ayuda la utilización de elementos de la terapia motivacional permitiéndole al paciente analizar las ventajas y las desventajas de cambiar. Sólo a partir del momento en que el paciente tome la decisión y el compromiso de iniciar un proceso terapéutico y que se haga responsable del mismo, podrá llevar a cabo acciones realistas que produzcan cambios en su conducta para no quedar atrapado en la repetición. En este tipo de abordaje se busca evitar la confrontación y resolver la ambivalencia. Basado en las etapas descritas por Prochaska, Norcross y Di Clemente (2004) (precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y recaída) se adapta el abordaje a la etapa motivacional en la que se encuentra el paciente, sabiendo que un mismo paciente puede pasar varias veces por el mismo estadio (Rossi, J., Rossi, S., Velicer y Prochaska, 1995 citado en Facchini, 2003).

2.3.3 Terapia Conductual

De acuerdo con la postura de Caballo (1991), la modificación de la conducta surge como una alternativa radical a los modelos existentes de la época, a fines de los años cincuenta, basando su constructo teórico en la hipótesis de que la conducta, tanto la adaptada, como la inadaptada, es aprendida y, por lo tanto, los principios

descritos por las teorías del aprendizaje pueden ser utilizados y aplicados en la práctica clínica. Los terapeutas de la conducta ajustan, enfocan y dirigen el tratamiento hacia el cambio de la conducta observable en sí misma. Con este objetivo, impulsan y desarrollan una evaluación y metodología diagnóstica que permite identificar, intervenir y cambiar las circunstancias, así como los factores y parámetros que mantienen la conducta inadaptada en el presente.

Los programas de modificación conductual en el tratamiento de la obesidad están basados en una serie de supuestos relativos referidos a los hábitos en la conducta de la ingesta (Vera y Fernández, 1989; citado en Foz y Hormiguera, 1998) como son: a) la obesidad es una alteración de aprendizaje y su consecuencia final es un exceso de consumo de calorías; b) la persona obesa come más que la no obesa; c) entre el estilo de alimentación de una persona obesa y otra no obesa, se observan numerosas diferencias; d) las personas obesas responden más a estímulos externos relacionados con la comida que las no obesas; e) entrenar y educar a una persona obesa a comer de forma similar a la no obesa resolvería el problema, y f) es innecesario considerar los problemas emocionales para evaluar y tratar el problema de la obesidad.

Los tratamientos conductuales gravitan en el supuesto de que los obesos, además de los hábitos alimentarios erróneos que conducen a una alimentación inapropiada, aprenden patrones de escasa actividad física y sedentarismo que se mantienen debido a estímulos ambientales como pueden ser la excesiva y sugerente exposición a los alimentos, modelos sociales incorrectos o refuerzos inadecuados del ambiente sociofamiliar (Caballo, 1991).

Los primeros tratamientos conductuales se basaron en esta hipótesis de externalidad y en el peculiar estilo de alimentación de los obesos. El procedimiento consistía en exhaustivas evaluaciones del comportamiento previo al tratamiento y el diseño de instrumentos para la aplicación de las diferentes técnicas de modificación conductual, con autorregistros de ejercicio físico, de tipo de

alimentación, control de estímulos recibidos y gráficas de peso Vera y Fernández, 1989; citado en Foz y Hormiguera, 1998).

La acumulación de datos empíricos que cuestionan la credibilidad de los presupuestos conductuales, la reducida eficacia en el mantenimiento del peso perdido a largo plazo y las limitaciones de los tratamientos conductuales han obligado a la incorporación de otras técnicas para reforzar los resultados (Facchini, 2003).

2.3.4 Terapia Cognitiva

Martínez y Sánchez (1998), señalan que las Terapias de Modelo Cognitivo destacan la importancia de las cogniciones, tanto en el origen de las alteraciones psicopatológicas como en el procedimiento de cambio terapéutico. El concepto cognición incluye ideas, constructos personales, expectativas, atribuciones, imágenes y creencias. La cognición no se refiere únicamente a los procesos intelectuales y al pensamiento, sino que abarca también patrones complicados de significado en los que se entrecruzan emociones, pensamientos y conductas. En relación a los trastornos de la alimentación, las operaciones cognitivas se fundan en el esquema de procesamiento automático de pensamientos distorsionados como mensaje que genera y mantiene el ciclo de errores cognitivos.

2.3.5 Terapia Cognitivo-Conductual

En la actualidad han surgido otros enfoques para combatir las afecciones psicológicas de las personas cuyo objetivo fundamental, más que explicar el problema de raíz, se centra en la reestructuración conductual y cognitiva. Este tipo de abordaje está basado en el modelo original utilizado en el tratamiento de la depresión y del estrés (Beck, 1976).

Existen numerosos modelos de terapias cognitivo-conductuales que aplican desde procedimientos originados en la modificación de conducta hasta otros más

específicos. De acuerdo con Bizarro y Caballero (2000), en una primera fase se solicita del paciente una autoobservación con autorregistro, no sólo del comportamiento alimentario, sino también del procesamiento de la información. En una segunda etapa se introducen elementos de entrenamiento personalizado para incrementar las habilidades de enfrentamiento mediante técnicas de identificación de pensamientos disfuncionales, errores cognitivos, búsqueda de soluciones alternativas, técnicas de distracción, relajación, programación de actividades y biblioterapia. Ninguna de éstas debería ser aplicada de una forma indiscriminada, sino dentro de un diseño terapéutico coherente, de manera que mantengan la unidad de un tratamiento particular que respete las características personales, así como las peculiaridades cognitivas de cada paciente.

El pionero del tratamiento conductual en la obesidad fue Richart Stuart (1967) a fines de los años sesenta, inicialmente esta modalidad estuvo orientada a reducir el ingreso energético y aumentar la actividad física. Más tarde se fue sofisticando y completando, con el objetivo de focalizar en una mejor nutrición, en lograr la mejora de las relaciones interpersonales, en desarrollar actitudes menos disfuncionales acerca de la alimentación y el control de peso, y en afianzar el peso perdido (Wilson, 1995).

Entre los elementos que caracterizan a este tipo de abordaje se encuentran: Brindar información, fomento del plan alimentario y de ejercicios, impartición de técnicas de control de los estímulos, implementación de conductas alternativas, adiestramiento de resolución de problemas, reestructuración cognitiva, técnicas para el manejo del estrés, incremento del soporte social, desarrollo de autoeficacia, etc. (Facchini, 2003).

2.3.6 Psicoeducación.

La psicoeducación comprende la transmisión de conocimientos con el fin de modificar actitudes y comportamientos por parte del paciente. Fue creada como un componente del tratamiento cognitivo-conductual, sobre la base de que las falsas

creencias que pueden presentar estos pacientes se originan, en parte, por falta de información o por una información errónea (Facchini, 2003). El objetivo es proveer información correcta y útil al paciente acerca de su enfermedad. Con este tipo de abordaje se le transmite al mismo el sentimiento de que es respetado y valorado como parte del proceso terapéutico, buscando la colaboración mutua entre el paciente y el profesional a cargo (Garner, 1997; Olmsted y Kaplan, 1995).

2.3.7 Tratamiento psicológico de la obesidad infantil.

El tratamiento psicológico de la obesidad infantil versa principalmente en la adecuación de los tratamientos psicológicos ya descritos (Flodmark, 2005). Desde luego existen grandes avances en el campo de la psicología que han perseguido el objetivo de adecuar los diversos enfoques de tratamiento psicológico de la obesidad en niños de diversos grupos de edades (Socarrás, Bolet y Licea, 2002).

En el caso del grupo de edad escolar se han logrado varios avances en materia de prevención y evaluación de la epidemia y tratamiento cognitivo-conductual como elemento principal del tratamiento psicológico dentro de la unidad que constituye el tratamiento multidisciplinario de la obesidad infantil (Calzada, 2004). Sin embargo las grandes dificultades siguen encontrándose en la adherencia terapéutica al mismo y el mantenimiento del peso saludable a mediano y largo plazo.

III. LA AUTOEFICACIA

3.1 Teoría Social Cognitiva

Durante mucho tiempo el estudio del aprendizaje y la motivación estuvo circunscrito al paradigma pavloviano y skinneriano. Pero, posterior a la revolución cognitiva de 1950 en Estados Unidos y al sucesivo reconocimiento de los procesos mentales en la motivación -y de la capacidad autoprogramadora y anticipatoria como características propias de la conducta humana-, comenzó a gestarse entre diversos enfoques teóricos la *Teoría social cognitiva* de Albert Bandura (Olaz, 2001).

La teoría social cognitiva constituye un modelo del comportamiento que explora ampliamente la interacción entre cognición, conducta y emoción; afirma que las personas son capaces de autorreflexionar, autorregularse y moldear activamente su ambiente (Bandura, 1986, 1989).

Esta teoría asume que las personas poseen la capacidad de simbolizar que les permite generar modelos internos de experiencia, desarrollar cursos de acción y evaluarlos de manera hipotética. Asume también que la mayor parte de la conducta es propositiva o intencional y que está guiada por el establecimiento de metas y por procesos de anticipación y predicción que, a la vez, dependen de la posibilidad de simbolizar.

Considera que la base para el autocontrol del pensamiento y la conducta es la capacidad de las personas de autorreflexionar, de analizar y de evaluar sus pensamientos y experiencias (capacidad metacognitiva) y, admite a la autorregulación, a la selección y a la alteración de condiciones ambientales como procesos importantes en el control de la conducta.

Otro aspecto importante de la teoría social cognitiva es que privilegia el aprendizaje vicario sobre el aprendizaje por ensayo y error; sostiene que las

personas aprenden vicariamente, por medio de la imitación, o bien, mediante la observación de la conducta de otros y de sus consecuencias, lo cual hace más fácil la adquisición de habilidades relativamente complejas que serían difíciles de aprender si fueran las personas mismas quienes tomarán cursos de acción y experimentarán directamente las consecuencias.

Finalmente, la teoría reconoce que las capacidades autorregulatorias, descritas arriba, son resultado de la evolución de estructuras y mecanismos neurofisiológicos que, al interactuar con factores ambientales y personales (p. ej. emociones y cogniciones), permiten al sujeto responder cognitiva, afectiva y conductualmente a un sin número de eventos a lo largo de la vida. Sin embargo, la interacción entre conducta, cognición, factores biológicos y ambientales es recíproca pero no se da de manera simultánea ni en la misma fuerza.

Esta interacción, que Bandura (1986) denomina *Modelo de función causal recíproca* o *Determinismo recíproco*, constituye el eje principal de su teoría; cabe señalar que en trabajos posteriores, él mismo (1989) hace referencia a esta misma estructura como *Modelo emergente de acción interactiva*.

En suma, lo fundamental de la teoría es que no sólo destaca la interacción de elementos personales y ambientales que originan y moldean los procesos de pensamiento y las acciones humanas, sino que evidencia la influencia de las expectativas y las creencias autorreferentes sobre la conducta y la predicción de la misma, favoreciendo la construcción de modelos y estrategias necesarios para un cambio conductual efectivo. De tal manera que, es la utilidad la propiedad que mantiene vigente a esta teoría.

3.2 Teoría de la Autoeficacia

La *Teoría de la autoeficacia* forma parte de las teorías cuyas aportaciones giran alrededor de la competencia personal, la adaptación, la motivación y el logro (Maddux, 1995a). Esta teoría da cuenta de la iniciación de conductas, de la

persistencia para alcanzar ciertas metas y de los cursos de acción necesarios para lograrlas. Destaca el papel que juegan los juicios y las expectativas respecto a las habilidades y/o capacidades que se poseen y de la probabilidad para enfrentar exitosamente las demandas ambientales (Bandura, 1977).

A la teoría de la autoeficacia se le debe ubicar dentro de un cuerpo de conocimientos más general: la teoría social cognitiva; pues la cognición (elemento sustancial del modelo del determinismo recíproco) juega un papel elemental pues los procesos de cambio conductual operan a través de la alteración del sentido individual de maestría o autoeficacia (Bandura, 1977, 1982, 1986).

La autoeficacia alude a las creencias que posee un sujeto de sus habilidades para ejecutar una conducta requerida para producir una respuesta (Bandura, 1977). Las creencias de autoeficacia permiten al sujeto controlar eventos que pueden afectar su vida, movilizar la motivación, los recursos cognitivos y cursos de acción necesarios para ejercer el control sobre las demandas ambientales (Bandura, 1989).

Es necesario precisar que Bandura llama de manera indiferenciada a la autoeficacia como autoeficacia percibida o expectativas de eficacia e igualmente es substancial distinguir entre dos tipos de expectativas: las expectativas de eficacia y las expectativas de resultado.

Las *expectativas de eficacia* se refieren a las creencias de una persona de ser capaz de ejecutar exitosamente una conducta o grupo de conductas requeridas para obtener un resultado, en tanto que, las *expectativas de resultado* se refieren a las creencias de una persona de que cierta conducta conducirá a determinados resultados (Bandura, 1977).

Ambos tipos de expectativas contribuyen a la determinación de la conducta y aún cuando exista relación entre ambas, los resultados esperados dependen en gran medida de los juicios del sujeto en relación a su capacidad para realizar

determinadas acciones. Por lo tanto, las expectativas de eficacia son mejores predictores de la conducta, a diferencia de las expectativas de resultado (Bandura, 1982, 1986; Villamarín, 1990).

Bajo esta óptica, las expectativas de eficacia determinarán el establecimiento de metas, la elección de actividades, el esfuerzo y la persistencia para la realización de las actividades elegidas, los patrones de pensamiento y las respuestas emocionales (Bandura, 1977, 1986; Maddux, 1995a; Villamarín, 1990).

3.2.1 Dimensiones de la Autoeficacia

De acuerdo con Bandura (1977), las expectativas de eficacia, varían en tres dimensiones: Magnitud, Fuerza y Generalidad.

- a) *Magnitud de autoeficacia*: En una jerarquía de conductas u ordenamiento de tareas por nivel de dificultad, desafío o impedimento, se refiere al grado de dificultad que la persona cree que es capaz de afrontar pues las creencias respecto a su capacidad de ejecución -de ese nivel- no se ven amenazadas.
- b) *Fuerza de autoeficacia*: Se refiere a la firmeza de la convicción de una persona de poder ejecutar una conducta. Las creencias de autoeficacia débiles son fácilmente extinguibles por experiencias de fracaso, mientras que, experiencias de éxito o maestría las fortalecen.
- c) *Generalidad de la autoeficacia*: Esta característica alude al grado en el cual las experiencias de éxito o de fracaso influyen sobre las expectativas de eficacia en una conducta específica o, si se pueden extender a otras conductas o a contextos similares. Las evaluaciones vinculadas a dominios de actividades, contextos situacionales y aspectos sociales manifiestan el patrón y grado de generalidad de las creencias de las personas en su eficacia (Bandura, 2001).

El estudio detallado de estas dimensiones permitirá un análisis completo de las expectativas de eficacia, por ello es necesario tener en consideración que, la autoeficacia y sus dimensiones, son particulares a un dominio de funcionamiento. En otras palabras, el término expectativas de eficacia *debe ser definido y operacionalizado para una conducta específica o grupo de conductas en contextos específicos*. De ahí lo fundamental de, en la medida de lo posible, desarrollar mediciones unidimensionales con el fin de ampliar su utilidad en la evaluación del cambio conductual (Bandura, 2001; Maddux, 1995a).

3.2.2 Determinantes de las creencias de Autoeficacia

La teoría de la autoeficacia reconoce cinco fuentes de información que conforman las creencias acerca de los recursos personales y las habilidades que se poseen (Bandura, 1977).

- a) *Experiencia personal*: La experiencia propia de éxitos y fracasos es una fuente de información muy clara y poderosa de los recursos personales para la ejecución de una conducta. Por lo tanto, llevar a cabo exitosamente una tarea aumentará la autoeficacia y, por el contrario, la percepción de fracaso la disminuirá.
- b) *Experiencia vicaria*: El aprendizaje vicario (aprendizaje observacional, imitación o modelamiento) influye sobre las expectativas de eficacia cuando las personas observan la conducta de otros, notan las consecuencias y usan esta información para determinar que ellas también son capaces de hacerlo.
- c) *Persuasión verbal*: Esta es la fuente de información que menor influencia ejerce sobre las expectativas de eficacia, ya que puede verse afectada por factores como la experiencia, la confianza y la atracción de la fuente, tal como lo refieren investigaciones relacionadas con la persuasión verbal y el cambio de actitudes.

- d) *Estados fisiológicos*: La activación fisiológica funge un papel importante como fuente de información de las creencias de autoeficacia; cuando los sujetos asocian un estado de activación aversivo con la ejecución deficiente de alguna conducta, resultará una percepción de incompetencia, por lo contrario, cuando las personas se encuentran en un estado neutro o de relajación, es más probable que sientan confianza en sí mismos y duden menos de sus habilidades.
- e) *Estados emocionales*: Son fuente importante de las expectativas de eficacia pues es mayor la probabilidad de que las personas se sientan más autoeficaces cuando tienen afectos positivos que cuando son negativos tales como la ansiedad y la depresión.

Debido a que la teoría social cognitiva reconoce a la simbolización como una actividad cognitiva importante, deben agregarse las *Experiencias imaginarias* como una fuente más de información de la autoeficacia. Las personas son capaces de anticipar visualmente posibles situaciones o eventos, las probables reacciones emocionales y conductuales, así como sus consecuencias; de ahí que las personas pueden generar creencias acerca de la eficacia personal o, en el peor de los casos, de la ineficacia cuando se imaginan a ellos mismos o a otros comportándose ya sea efectiva o ineffectivamente en situaciones futuras (Maddux, 1995a).

3.2.3 Mecanismos Mediadores de la autoeficacia

Las creencias de autoeficacia regulan el funcionamiento humano a través de cuatro mecanismos o procesos que Bandura denomina *procesos activadores de la autoeficacia* (Bandura, 1977, 1989, 1997).

1. *Procesos Cognitivos*: Los patrones de pensamiento pueden impactar positiva o negativamente la ejecución de una conducta, pues afectan la manera en que las

personas seleccionan sus metas, influyen sobre las estrategias para alcanzarlas y sobre los mecanismos de anticipación de eventos que pudieran interferir.

2. *Procesos Motivacionales*: La mayoría de las personas guían sus acciones con ayuda de mecanismos de anticipación que permiten predecir los resultados posibles de una conducta, planificar cursos de acción para obtener resultados deseados y evitar los indeseados.

3. *Procesos Afectivos*: Las creencias de autoeficacia pueden regular los estados emocionales que soportan la efectividad de los cursos de acción ideados para alcanzar una meta. Además, determina en gran medida el tipo de emoción que se experimentará y su intensidad.

Por ejemplo, si una persona posee bajos niveles de autoeficacia respecto a la prevención de eventos aversivos, es probable que experimente agitación y ansiedad, o bien, cuando las personas se han propuesto metas demasiado altas y no pueden cumplirlas debido a la debilidad de sus creencias de autoeficacia es posible que manifiesten desánimo y depresión. Aunado a lo anterior, la autoeficacia para controlar las cogniciones que subyacen a una emoción, pueden generar y/o mantener las respuestas emocionales.

3. *Procesos de selección de ambientes y actividades*: La eficacia moldea el curso de la vida de las personas pues, generalmente, éstas seleccionan situaciones o actividades en las que esperan desenvolverse exitosamente y evitan aquellas en las que anticipan que las demandas sobrepasan sus habilidades. De manera que, resulta desafortunado que quienes mantienen una conducta de evitación se priven de experiencias de éxito potencial que contrarresten el sentido débil de autoeficacia.

3.3 Conformación del sentido de autoeficacia en los niños

A lo largo del tiempo, lo mismo que en cada etapa del desarrollo, el ambiente demanda de los sujetos distintas competencias para un rendimiento exitoso que dependen de la percepción del control personal y de los juicios acerca de las propias habilidades. Este sentido de eficacia personal no es nato, más bien, se desarrolla a lo largo del tiempo y es moldeado por la interacción de diversas influencias que permiten la atención a las distintas fuentes de autoeficacia y servirse de manera adecuada de sus procesos activadores.

Bandura (1997), en un análisis del desarrollo del sentido de eficacia, explica que los bebés están dotados de la capacidad para percibir relaciones causales; se dan cuenta que ciertas acciones producen determinados efectos, observan las acciones de otros y notan que algo ocurre. Así, el aprendizaje por observación y la fuerte contingencia entre estímulos favorecerán el futuro entendimiento del niño de que tales efectos provienen de una acción.

La plataforma donde el niño construirá su sentido de autoeficacia es el reconocimiento de poder ser él mismo el generador de tal acción, de manera que el inicio de la actividad motriz permitirá a los pequeños tener una relación activa con el ambiente, manipular objetos y, por ende, darse cuenta de que ellos mismos pueden hacer que las cosas sucedan. En concreto, el niño se da cuenta que las relaciones causales entre eventos se originan de acciones y que esas acciones pueden provenir de él mismo.

Watson (1977) indica que hay factores ambientales y personales que impiden que los niños construyan adecuadamente la percepción de control, por ejemplo, los ambientes ambiguos que hacen confusas las relaciones causales y la multideterminación de los eventos son factores ambientales importantes.

Los pequeños cuyos ambientes son responsivos a sus acciones y les permiten experimentar éxito al “controlar” ciertos eventos, llegan a ser niños más atentos a lo que sucede a su alrededor y se convierten en aprendices competentes a

diferencia de aquellos niños que vivencian ambientes poco consistentes. Por lo tanto, experiencias tempranas de falta de control tienen el poder de inhibir el ejercicio del control personal en situaciones en las que realmente pueden hacer que las cosas sucedan (Bandura, 1997).

En cuanto a los factores personales, el desarrollo deficiente de procesos tales como la memoria o la atención limitan la capacidad para efectuar acciones intencionadas y repetirlas. Bajo esta óptica, Bandura (1997) explica que aunque los bebés son susceptibles a percibir eventos que ocurren de manera contingente en tiempo y espacio aún carecen de la habilidad para representarse simbólicamente tales efectos pues los procesos de atención y memoria no están lo suficientemente maduros, de ahí que los niños quienes ya poseen estrategias cognitivas más efectivas son aptos para integrar acciones y efectos aunque éstos no ocurran bajo el mismo espacio y tiempo.

El desarrollo del sentido de eficacia no sólo requiere la simple producción de acciones y la observación de efectos, sino que tales acciones sean percibidas como parte de uno mismo y reconocer que se es el agente de esa acción, en otras palabras, se necesita poseer sentido de si mismo.

Bandura dice que inicialmente los recién nacidos carecen del sentido del self pues éste se construye socialmente y a través de la experiencia directa con el ambiente. Por lo tanto, diferenciarse uno mismo de otros es producto de un proceso más general: la construcción del self.

La producción intencional de una acción crea un rudimentario sentido del self y los efectos personales que resultan de acciones autodirigidas señala la presencia de un "lugar" en el que se experimentan tales efectos (p. ej. si nos golpeamos, nos causaremos dolor; si nos alimentamos, nos generaremos comodidad o placer), es decir, se comienza a reconocer un self que vivencia o experimenta (Bandura, 1997, Kagan, 1981).

El self empieza a diferenciarse de otros a través de experiencias desiguales, p. ej. si nos golpeamos nos provocaremos dolor pero si vemos que otra persona se golpea eso no nos causará dolor. La actividad del niño comienza a ser distinta de la actividad de otros.

Ahora bien, Bandura explica que la construcción del self no es enteramente un asunto de reflexión de las experiencias propias. Cerca de los 18 meses, cuando los niños comienzan a adquirir lenguaje, las personas que se encuentran a su alrededor comienzan a llamarlo por su nombre y lo tratan como una persona distinta; así el entendimiento del lenguaje acelera el autoreconocimiento y desarrolla una conciencia del control personal.

Alrededor de los 20 meses, los niños se diferencian claramente de los demás a nivel verbal, poseen mayor conciencia de que ciertas respuestas son producidas por acciones propias; con el tiempo serán capaces de tener una representación simbólica de ellos mismos como un self distinto, capaz de hacer que las cosas sucedan y, posteriormente, comenzarán a describir los estados psicológicos que acompañan sus acciones (Kagan, 1981).

Es importante aclarar que aunque la reacción afectiva frente a la ejecución de una conducta presupone el autoreconocimiento del control personal no significa que la medición de tales afectos sea igual a medir autoeficacia percibida (Bandura, 1997) pues saber que uno puede hacer las cosas es distinto de experimentar tristeza, alegría o estrés sobre lo que se ha hecho.

Con el crecimiento, los niños adquieren mayor autoconocimiento de sus capacidades en diversas áreas de funcionamiento y se enfrentan a evaluar sus capacidades físicas, sus competencias sociales y habilidades lingüísticas y cognitivas con el fin de manejar situaciones de la vida cotidiana.

El proceso de evaluación de las habilidades requerirá atender a distintas fuentes de información vinculadas con la tarea, como lo relacionado a factores situacionales que facilitan o impiden la ejecución de la misma y a las

características de las acciones propias y de los resultados que producen. Entonces, tras la ejecución repetida de la tarea, los niños integran la información de eficacia, la juzgan y la retienen (Bandura, 1997).

Las actividades a las que puede incorporarse un niño pueden ser tan diversas que varían sustancialmente en las habilidades conductuales y cognitivas que requieren. De tal suerte que los niños también deben evaluar la versatilidad de sus habilidades y su capacidad para resistirse a factores estresantes.

Una capacidad de evaluación adecuada depende de habilidades construidas a partir de experiencias directas con el ambiente. La discrepancia entre las creencias de autoeficacia y la acción misma puede ser el resultado de un juicio equivocado de las demandas de la tarea o de un fallido autoconocimiento.

Cuando los pequeños tienen habilidades cognitivas y experiencias limitadas, es probable que posean un autoconocimiento superficial de sus capacidades, que tengan dificultad para atender de manera simultánea a múltiples fuentes de información de la tarea y posean problemas para procesarla.

De acuerdo a lo reportado por Morris y Nemcek (1982) los pequeños de seis años son competentes en sus habilidades autoevaluatorias pues ya han aprendido a invertir esfuerzo para compensar la falta de habilidad para la ejecución de alguna tarea y comienzan a hacer uso de reglas heurísticas.

Como se ha mencionado en ocasiones reiteradas, la formación de autoeficacia no fluye solamente en una dirección; aún en los periodos iniciales del desarrollo, los niños y el ambiente operan de manera recíproca, por lo que otro de los factores de gran influencia para el desarrollo del control personal es la familia. Los adultos que conforman el círculo familiar del niño le estructuran experiencias contingentes facilitándole un ambiente manipulable que garantiza el descubrimiento futuro de ser ellos mismos quienes producen ciertos efectos y que sus acciones generan respuestas sociales. Los padres disponen a los niños actividades que incrementan

su competencia cognitiva y exploratoria y las capacidades de los pequeños generan responsividad en los padres en un proceso recíproco (Bradley, Caldwell y Elardo, 1979).

La influencia de los padres en los pequeños es muy fuerte de manera que el tipo de experiencias dispuestas por los padres durante los primeros años de la infancia dirigen el curso del desarrollo futuro. El progreso cognitivo del niño es moldeado por los efectos de la crianza y de las experiencias de maestría que haya vivenciado el niño en la extensión de su ambiente social.

La adquisición del lenguaje retroalimenta a los niños acerca de los que otros piensan de sus capacidades, de lo que pueden hacer y de lo que no. Una vez que el niño puede entender un mensaje en su amplitud, los padres y otras personas hacen juicios de las capacidades del niño, éstos lo guían a prever situaciones en las que los padres u otras personas puedan no estar presentes (Bandura, 1997).

El impacto de los juicios hechos por personas que rodean al niño es tal, que sus evaluaciones acerca de sus habilidades están dadas en parte por las evaluaciones que otros hacen, además de afectar su aproximación a nuevas tareas (p. ej. los padres sobre protectores que se mantienen hipervigilantes de los daños que puedan sufrir sus hijos, restringen el desarrollo de sus capacidades; mientras más seguros sean, entonces, alentarán a sus hijos al desarrollo de sus capacidades).

El mundo social del niño crecerá rápidamente y las experiencias de eficacia que inicialmente estaban centradas en la familia, se extenderán a la esfera de la interacción social con los pares que jugarán un papel muy importante en el autoconocimiento de las capacidades y la comparación social.

Morris y Nemcek (1982) indican que la comparación social tiene un impacto importante sobre la conformación de la autoeficacia. Estos autores sugieren que los niños menores a tres años son incapaces para evaluar adecuadamente las habilidades de otros y que es hasta los seis años cuando tienen una mayor

capacidad para evaluar sus habilidades y las de sus pares ya que se dan cuenta que la ejecución de otros puede parecerse a la de ellos mismos o ser un poco mejor, lo cual es más informativo y/o productivo como parte de un propósito comparativo.

Los pares que están más experimentados y son más competentes cognitivamente y conductualmente funcionan como modelos de eficacia. Gran parte del aprendizaje por observación ocurre entre pares. A mayor sea la similitud en la edad y en el tipo de experiencia, los pares proveerán de mayor información que servirá de referencia para evaluar y verificar la eficacia.

Sin embargo, esto puede tener una desventaja ya que, por un lado, los niños que frecuentemente se reúnen de acuerdo a sus gustos e intereses, pueden dejar de lado otras habilidades en potencia, o por otro, la elección de relaciones poco favorables puede afectar opuestamente. Además, un sentido de eficacia personal deficiente puede impactar negativamente el establecimiento de relaciones creando obstáculos conductuales que impidan el establecimiento de un vínculo con los otros.

Finalmente, la etapa escolar representa un periodo crucial de formación en los niños pues cultiva y valida la competencia personal. La escuela es el lugar donde los niños desarrollan destrezas y adquieren conocimientos que influyen en la solución de problemas esenciales cotidianos; en la escuela, las habilidades de los niños están en continua evaluación y sujetas a una constante comparación social.

Una meta fundamental de los sistemas educativos es equipar a los chicos con capacidades autoregulatorias que les permitan educarse ellos mismos. La autodirección no sólo contribuye al éxito en la educación formal sino también promueve el aprendizaje a lo largo de la vida. La autoregulación abarca habilidades de planeación, organización y manejo de actividades educativas, regular la motivación y aplicar habilidades metacognitivas para evaluar lo

adecuado de las estrategias puestas en marcha, aunque la mayoría del aprendizaje ocurre fuera de los confines de la instrucción formal.

Las creencias de los niños acerca de su eficacia cognitiva tienen repercusiones en el curso del desarrollo social así como en el crecimiento intelectual. Aquellos quienes están confiados en sus habilidades académicas y regulan su propio aprendizaje son más prosociales, disfrutan de mayor popularidad y menos rechazo por sus pares a diferencia de aquellos chicos que dudan más de sus capacidades intelectuales, reduce las relaciones positivas entre pares y facilita admisión de conductas con tintes de agresión (Bandura, 1993).

En suma, este apartado da cuenta de que los niños en edad escolar poseen enteramente la capacidad para evaluar sus conductas, saben que ellos pueden hacer que las cosas sucedan y echan mano de habilidades cognitivas para evaluar su comportamiento lo cual favorece la medición de la autoeficacia desde esta época del desarrollo y alienta la intervención temprana a fin de fortalecer tal cualidad.

3.4 Diferenciación de la autoeficacia de otros constructos

La diversidad de marcos teóricos relacionados con la competencia personal que han fungido como soporte de gran cantidad de investigaciones en el área, además de generar un cúmulo de conocimientos, también puede crear confusiones entre los términos o constructos que cada uno maneja.

La autoeficacia es, con frecuencia, tratada de manera indistinta como otros constructos que aluden al control personal, o bien, a la percepción que un sujeto tiene de sí mismo y de sus capacidades. Por tanto, es preciso distinguir a la autoeficacia de aquellos constructos que, aún cuando mantienen una estrecha relación con ésta, tienen una connotación distinta.

La utilidad de establecer tal diferencia permitirá no sólo evitar confusiones a nivel teórico, sino también evaluar a la autoeficacia de manera apropiada, garantizando la validez de contenido de los instrumentos desarrollados para tal fin.

3.4.1 Autoconcepto y Autoestima

El autoconcepto puede definirse como la suma total de las creencias acerca de uno mismo mientras que, la autoestima es la evaluación afectiva de tales creencias.

Por un lado, aunque se traten de pensamientos autorreferentes no todos éstos están relacionados con la eficacia personal mientras que, por otro lado, a diferencia de la autoeficacia, las mediciones generales de estos constructos no proveen demasiado entendimiento respecto al funcionamiento psicosocial en un dominio específico (Maddux, 1995a) dado que implican la percepción y calificación del sujeto como un todo.

Bandura (1997) explica que tanto el autoconcepto como la autoestima son fenómenos distintos al de la autoeficacia ya que, aunque puedan estar vinculados con ciertas áreas de funcionamiento, no son equiparables a la complejidad de la autoeficacia pues esta última varía incluso dentro de ella.

Asimismo, Bandura refiere que bajos niveles de autoeficacia en un área particular de funcionamiento no necesariamente repercuten en la autoestima de una persona debido a que, por tratarse de un proceso de autovaloración, es probable que esa área no sea altamente valorada por ella. De manera contraria, altos niveles de autoeficacia en determinada esfera de desempeño no tendrá efecto en una baja autoestima si no es valorada como importante.

3.4.2 Afrontamiento

El uso del término afrontamiento es muy diverso y comúnmente utilizado en trabajos relacionados con el estrés y/o la adaptación en situaciones estresantes. El estudio del afrontamiento como tal, se remonta a la década de los sesentas, en Estados Unidos, con el surgimiento del término *coping* que se tradujo como afrontamiento al estrés.

Seyle (1976) definió al estrés como un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante un estímulo nocivo de cualquier tipo y, en esta tesitura, el afrontamiento era definido como el conjunto de respuestas conductuales efectivas aprendidas para disminuir el grado de activación fisiológica (arousal) producida por el estrés.

Lazarus y Folkman son un referente en el estudio del afrontamiento; ellos agregan otros aspectos al proceso del coping (o afrontamiento) y lo definen como el conjunto de esfuerzos cognitivos, emocionales y conductuales que una persona hace para manejar las exigencias específicas tanto internas como externas que le retan o amenazan (1986).

Estos autores distinguen tres tipos de afrontamiento: 1) Dirigido a la resolución de problemas (manipulando el problema o alterando las condiciones ambientales), 2) Dirigido a la regulación emocional (evitación conductual o cognoscitiva, distanciamiento) y 3) El afrontamiento mixto.

En este contexto, la autoeficacia se distingue del afrontamiento en tanto que su desarrollo y existencia requieren de una actitud activa frente al problema que permita al sujeto desplegar tantas habilidades como pueda, incrementando, a la vez, los niveles de autoeficacia.

El estilo de afrontamiento pasivo, aunque permite adaptarnos a situaciones novedosas o estresantes y disminuir los niveles de ansiedad que éstas producen,

puede sugerir un sentido débil de autoeficacia, en otras palabras, la efectividad del estilo de afrontamiento, no implica necesariamente altos niveles de autoeficacia (Pearling y Schooler, 1978).

La autoeficacia podría considerarse, entonces, más bien como un modulador del afrontamiento pues para que una persona pueda emplear estrategias de afrontamiento depende de qué tan capaz se sienta para aplicarlas en diferentes circunstancias (Espinosa, 2004). Esto es, las creencias negativas de las capacidades personales conducen al pensamiento de la ineficacia de cierta estrategia y de su uso que, a la vez, disminuyen la capacidad para resolver ciertos problemas (Zanatta, 2001).

3.4.3 Resiliencia

La resiliencia es otro concepto con definiciones diversas. En una revisión crítica a la investigación en el ámbito de la resiliencia, Harvey y Delfabbro (2004) indican que el significado de ésta varía considerablemente a través de los distintos estudios y en función del contexto teórico o grupo de sujetos bajo investigación.

En el mismo sentido, Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik (2003) indican que “la resiliencia es más que la resistencia misma y más amplia que la adaptabilidad, que es sólo uno de sus elementos”; explican que ésta posee dos componentes esenciales: el de resistencia al trauma y el de dinámica existencial e indican que las definiciones existentes hasta el momento convergen al insistir en la resistencia al trauma (a un suceso estresante) y en la evolución posterior satisfactoria y socialmente aceptable.

De hecho, Maciaux y cols. (2003) definen a la resiliencia como la capacidad de una persona o de un grupo para desarrollarse bien, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de traumas o de condiciones de vida difíciles.

Por otro lado, Rutter (1985) explica que la resiliencia es el resultado de la interacción del individuo y su ambiente, de la exposición a situaciones adversas y/o de alto riesgo y de la interacción entre factores de protección y factores de riesgo. De manera que, para desarrollar la resiliencia es preciso no emitir conductas de evitación.

Aunque la resiliencia posea características muy similares a la autoeficacia, como las mencionadas por Rutter (1985), la resiliencia es un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que suceden en el tiempo y según como se combinen los atributos del sujeto, la familia y de los ambientes sociales y culturales, la resiliencia indicará un desarrollo normal en condiciones difíciles (Fonagy, Steele, Higgitt, y Target, 1994).

Si bien es cierto que la autoeficacia forma parte de los atributos del sujeto, Theis (2003) refiere que ante situaciones traumáticas, los niños resilientes utilizan otros recursos internos entre los que destacan un coeficiente intelectual elevado, buena capacidad para resolver problemas, capacidad para planificar, posesión de un locus de control interno, niveles elevados de autoestima, una aproximación directa al problema y el uso de estrategias de afrontamiento y la sensación de eficacia personal que, como sabemos, es particular a contextos específicos o dominios de actividad particulares.

Sin embargo, los estudios de trayectorias de niños que han sufrido situaciones adversas da luz a la investigación acerca del origen y desarrollo de la eficacia personal (Masten, Best y Garmezy, 1990; Werner y Smith, 1992). Se trata de niños que crecieron dentro de familias plagadas por la pobreza, el abuso físico, en situación de divorcio de los padres, de alcoholismo o de desordenes mentales importantes; marcadamente un buen número de estos niños sobrepasaron tal sufrimiento convirtiéndose en adultos productivos y eficaces.

La resiliencia se refleja en el despliegue de respuestas positivas frente a la adversidad, estas respuestas incluyen competencia social, logro académico, un

sentido favorable del self, la ausencia de psicopatología y éxito pleno en los roles esenciales de la edad adulta.

Los estudios longitudinales que hablan de la fuente de la resiliencia en los niños se han enfocado mayoritariamente sobre las influencias sociales y mucho se sabe acerca de ello. El siguiente paso en la investigación será entonces, identificar aquellos aspectos que contribuyen al cambio en el desarrollo y los mecanismos a través de los cuales se promueve la resiliencia.

Werner y Smith (1992) indican que el sentido de control personal sobre las circunstancias de la vida es un factor clave en la resiliencia; los niños controlan sus creencias lo cual predice menos estrés, una elevada incorporación de apoyo social y éxito para la adaptación en la adultez. Sin embargo, no se puede recomendar la vivencia de situaciones adversas como una forma única de construir resiliencia; la adversidad combinada con apoyo social, que promueve el sentido de eficacia personal y autovalía, facilitará pautas para el éxito y suscitará la resiliencia.

IV. LA AUTOEFICACIA EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

4.1 Empleo de la autoeficacia en modelos de intervención para el tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles.

La psicología de la salud, se ha preocupado por generar cambios positivos en materia de promoción de la salud, prevención y tratamiento de padecimientos crónicos. La investigación generada en este campo indica que, dada la naturaleza de tales padecimientos, es necesario que tanto los profesionales de la salud como el paciente jueguen un papel activo en el manejo de la enfermedad una vez que se ha prescrito el tratamiento multidisciplinario.

No obstante, gran parte de la responsabilidad del cuidado de la salud parece recaer sobre el paciente ya que es quien tendrá que desarrollar habilidades que le permitan un adecuado manejo de la enfermedad y, por ende, adherirse a tratamientos de largo plazo. Lograrlo, no sólo requiere de hacer conciencia sobre la importancia de adherirse al tratamiento prescrito y de los beneficios que esto traerá a la salud, sino también es necesario que los pacientes desarrollen habilidades de automanejo particulares a su enfermedad y confianza en sí mismos para realizarlas exitosamente (Holman y Lorig, 1992). Es decir, se requiere que los pacientes desarrollen un fuerte sentido de autoeficacia.

Lo anterior explica el que áreas de la psicología dedicadas a la salud echen mano de la Teoría Social Cognitiva y la Teoría de la Autoeficacia pues dan cuenta de variables psicosociales implicadas en la adopción y el mantenimiento de conductas saludables y, en general, en el tratamiento psicológico de padecimientos crónicos.

Por ello, no sorprende que la autoeficacia sea un componente esencial de distintos modelos y/o teorías referentes al cambio de conductas en salud, tal como lo describen Schwazer y Fush (1995) y Purdie y McCrinle (2002). Ejemplo de ello son, el Modelo de Creencias de Salud (Janz y Becker, 1984; Rosenstock, 1974), la

Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975) y su extensión la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1985), el Modelo Transteórico (Prochaska y DiClemente, 1984), el modelo de la Aproximación al Proceso de Acción en Salud (Schwarzer, 1992), entre otros.

La literatura revela que la autoeficacia favorece la adopción de conductas saludables, interviene en los intentos por abandonar conductas perjudiciales para la salud, y determina el esfuerzo, y la persistencia, en el cumplimiento de conductas saludables (autoimpuestas o prescritas) (Villamarín, 1990; Schwarzer, 1992).

Asimismo, se ha encontrado que las creencias de autoeficacia pueden influir en la capacidad de recuperación después de traumas físicos o psicológicos, ya que representan un vínculo entre los factores psicosociales y el estado de funcionamiento físico (Holman y Lorig, 1992; Maddux, 1995b). Por ejemplo, la autoeficacia afecta la naturaleza de los patrones de pensamiento que intervienen en la vulnerabilidad al estrés o a la depresión pues influyen sobre las cogniciones mediadoras de las respuestas fisiológicas asociadas a tales trastornos (Holman y Lorig, 1992).

En relación a las enfermedades crónicas, es posible encontrar una serie de estudios en los cuales las creencias de autoeficacia han mostrado ser una variable sumamente influyente pues subrayan el nivel del beneficio recibido de las intervenciones terapéuticas y de la adherencia a los regímenes prescritos.

Entre los padecimientos explorados se encuentran el tabaquismo (Condiotte y Lichtenstein 1981; DiClemente, 1981), el alcoholismo (Colín y Garduño, 1996), problemas cardiovasculares (Ewart, 1995; Ewart, Taylor, Reese y Debusk, 1984), artritis reumatoide (Holman y Lorig, 1992), desórdenes de la conducta de ingesta (Miller, Watkins, Sargent y Rickert, 1999; Clark, Forsyth, Lloyd-Richardson y King, 2000; Linde, Jeffery, Levy, Sherwood, Utter, Pronk y Boyle, 2004), obesidad

(Clark, Cargill, Medeiros y Pera, 1996; Pinto, Clark, Cruess, Szymanski y Pera, 1999; Martin, Dutton, Phillip, Brantley, 2004;), entre otras.

La revisión de estas investigaciones, ofrece una visión amplia de la importancia de la autoeficacia en el curso exitoso de un tratamiento, el logro de resultados deseados y permite observar la especificidad de la autoeficacia, pues el automanejo de una condición crónica y, por ende, la gama de habilidades que habrán de requerirse, variará de una enfermedad a otra.

4.2 La Autoeficacia y el tratamiento de la obesidad.

En la actualidad, no se escatima en los intentos por atenuar el problema de la obesidad, pero desafortunadamente el extenso número de productos y tratamientos para disminuir el peso no han dado el resultado deseado ya que, la mayoría de ellos, no implican el cambio de hábitos poco saludables. Esta deficiencia en los tratamientos existentes puede mejorarse si se entiende que el cambio en el peso requiere de un proceso activo por parte del paciente.

Tal como se explica ampliamente en el capítulo anterior, las medidas centrales sobre las que debe basarse el tratamiento para la obesidad son: cambios en el estilo alimenticio y en los patrones de actividad física, adecuando ambas medidas a las características de cada persona y a su estado de salud física. Es aquí donde la responsabilidad individual se vuelve fundamental para el éxito de estas disposiciones pues los resultados dependen, en gran medida, del control alcanzado por el paciente y de obtener un cambio permanente en su estilo de vida.

Para que las acciones dirigidas al control del peso sean efectivas, el individuo debe realizar un esfuerzo constante y progresivo; este esfuerzo puede verse afectado por la creencia que el individuo tenga sobre su competencia para adoptar conductas benéficas para el control de su peso corporal y/o para dejar de practicar aquellas que resultan desfavorables para dicho fin. Es así como la autoeficacia

constituye una variable relevante para predecir tanto el éxito de tratamientos dirigidos al control del peso como al mantenimiento de las pérdidas de peso alcanzadas.

Bajo esta tesis, se puede hablar de una *Autoeficacia para el control del peso* definida como las creencias de una persona de poder realizar actividad física y controlar la ingesta, conductas encaminadas al control y/o mantenimiento del peso saludable.

Bandura (1997) explica que, cambios duraderos en la autoeficacia para el control del peso, se logran a través de la autorregulación efectiva del individuo que se pone en marcha a través de un grupo de subfunciones psicológicas que facilitan y mantienen el cambio en el peso; además pone de manifiesto que la autoeficacia es un factor influyente en el logro de estrategias de autorregulación.

Estas estrategias son: *el automonitoreo* regular de la ingesta y de la realización de actividad física; *el establecimiento de metas* alcanzables que resulten en un cambio gradual en el(los) hábito(s), en lugar de una rápida reducción en el peso; *el autoreforzamiento* que favorezca el mantenimiento del esfuerzo; *la alteración de los estilos de pensamiento disfuncionales* (de la conducta de ingesta y/o la actividad física) que socaven los esfuerzos de autorregulación; *la sustitución de la conductas de ingesta por otras actividades*; *la reestructuración o rediseño del ambiente* con el fin de propiciar la reducción de los instigadores de sobreingesta y; el desarrollo de *estrategias para prevenir recaídas* en situaciones de riesgo, o bien, para la recuperación del control cuando éstas ocurran (Bandura, 1997).

En el caso de la población infantil, el empleo de estas estrategias depende del nivel cognitivo de los pequeños. Flodmark (2005) menciona que la “práctica y el reforzamiento” son puntos clave que operan sobre procesamiento cognitivo de los niños generando cambios conductuales favorecedores del cambio y mantenimiento del peso.

Es importante señalar que, la mayoría de los niños en edad escolar se evalúan a sí mismos como saludables (Levenson, Morrow y Pfefferbaum, 1984 y Parcel, Nader y Meyer, 1977), generalmente reconocen la diferencia entre un comportamiento saludable, un comportamiento no saludable y son capaces de efectuar acciones preventivas necesarias para mantenerse sanos (Eiser, Patterson y Eiser, 1983) pero, existe la posibilidad de que se vean inmersos fácilmente en conductas de riesgo (tal como mantener una nutrición poco saludable) o mostrar un descenso en el despliegue de conductas protectoras de la salud (como hacer ejercicio).

Con el paso de la adolescencia muchas conductas poco saludables pueden eliminarse pero quizá otras persistan hasta la etapa adulta ya que se convierten en hábitos relativamente estables. Sin embargo, niveles elevados de autoeficacia, les hace menos proclives a involucrarse en prácticas de riesgo, o bien, reduce el impacto del modelamiento negativo del grupo de pares haciendo poco probable que se vean inmersos en comportamientos de riesgo que sean empleados como una forma de atraer la atención de los pares e incrementar la aprobación social y su autoestima (Schwarser y Jerusalem, 1995).

La autoeficacia para el control del peso se ha estudiado en diversas investigaciones pero éstas indagan por separado el control sobre los hábitos alimenticios y la realización de actividad física lo cual conlleva a que la evaluación de la autoeficacia para el control del peso varíe de manera importante de un estudio a otro.

En el caso del control de la ingesta, Bandura (1997) reseña algunos estudios y menciona que la vivencia de emociones y estados físicos negativos, la presión social para comer, la realización de actividades agradables y la disponibilidad de alimentos con gran contenido calórico, son factores frecuentemente estudiados, que inciden en la autoeficacia.

La medición de los aspectos anteriores, a través de escalas o inventarios, han permitido monitorear la efectividad de los tratamientos e identificar las situaciones potencialmente problemáticas que requieren estrategias de autorregulación para cambiar los hábitos alimentarios y reducir la vulnerabilidad a las recaídas (Bandura, 1997).

DiClemente, Fairhurst y Piotrowsky (1995) también describen otros estudios donde se explora la autoeficacia como la confianza en sí mismo para resistir el impulso a comer (Glynn y Ruderman, 1986), la confianza en sí mismo para llevar a cabo conductas que involucran la pérdida de peso (Sallis y cols., 1988) y la confianza en sí mismo para llevar a cabo tareas enseñadas a niños obesos a través de un programa dirigido a la pérdida de peso (Overholser y Beck, 1985).

Otras investigaciones han examinado aquello que parece estar mejor clasificado como expectativas de resultado o combinaciones de expectativas de resultado y de eficacia, por ejemplo, Mitchell y Stuart (1984) examinaron la confianza que los sujetos tienen en alcanzar el peso meta; Rodin, Elias, Silberstein, y Wagner (1988), por su parte, Blair, Lewis y Booth (1989) estudiaron la habilidad de los sujetos para perder peso y mantener esa pérdida.

En lo que respecta a la actividad física, un estudio encabezado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS), llamado *Análisis por género del comportamiento alimentario y del ejercicio en el Caribe* en el 2001 (Astudillo, 2005), señala que los factores que apoyan la realización de actividad física varían entre los individuos pero generalmente incluyen fuerza de voluntad, determinación, compromiso, compañerismo y perseverancia, en tanto que, las limitaciones de tiempo, la fatiga, el estado de salud, el temor al ridículo, entre otras causas, representan limitaciones para la realización de actividad física.

No obstante, debido a que la actividad física se encuentra, en cierta medida, bajo control voluntario, se sabe que aquellos que inician un programa de ejercicio físico

y desarrollan fuertes creencias de autoeficacia, fundados en experiencias de éxito, es más probable que se mantengan y enfrenten de manera exitosa los obstáculos, a diferencia de aquellos que experimentan inicialmente sentimientos de fracaso que resultan en bajos niveles de autoeficacia (Pinto y cols., 1999).

La autoeficacia percibida para regular la actividad física es usualmente evaluada en términos de las creencias de que uno puede movilizar el esfuerzo necesario para ejecutar actividades aeróbicas aún frente a impedimentos tales como la fatiga, estado de humor disfórico, limitación o molestia, o condiciones ambientales poco favorables (Bandura, 1997).

Los estudios en relación a la autoeficacia para la realización de actividad física abarcan una variedad de condiciones, como aquellas en las que se examina cómo se incrementan las creencias de autoeficacia en la adopción de la actividad física en individuos quienes poseen un estilo de vida sedentario y su impacto en la pérdida de peso. También se ha encontrado que personas con niveles elevados de autoeficacia se comprometen con mayor frecuencia en un programa regular de actividad física que aquellos con bajos niveles de autoeficacia (Rimal, 2001).

De entre los estudios realizados en población infantil, destaca el realizado por Deforche y cols. (2005), que indaga el rol de la actividad física y la conducta de ingesta en el mantenimiento del peso en niños obesos a mediano y largo plazo. Sus resultados indican que, dosis adecuadas de ejercicio físico y la baja ingesta de grasas son determinantes durante y después del tratamiento, no sólo por la pérdida de peso sino por el mantenimiento del mismo una vez que se ha concluido el tratamiento; subrayan que el apego a un comportamiento saludable no compensa la adopción de uno no saludable y sugieren que la disminución del peso en los niños participantes fue mejor cuando, además de reducir la ingesta de grasas, realizaban cantidades apropiadas de ejercicio físico.

Otro hallazgo importante en esta investigación es que la autoeficacia en el control de la ingesta y la autoeficacia para la realización de ejercicio físico resultaron ser

determinantes en el mantenimiento del peso a largo plazo, sobre todo en el grupo de sujetos clasificado como “Más saludable” pues mostraron niveles moderados de autoeficacia hacia la actividad física y niveles moderados de autoeficacia para el control de ingesta de alimentos altos en calorías, en comparación al grupo clasificado como “Menos saludable”.

Otras investigaciones como la realizada por Annesi y cols. (2005) demuestran los beneficios de incorporar la autoeficacia en modelos de salud. Estos investigadores sometieron por 12 semanas a niños afro-americanos de 9 a 12 años de edad a un protocolo para la realización de actividad física (*Youth Fit for Life Protocol*) que tuvo como fundamento el entrenamiento en habilidades autorregulatorias que facilitan la realización sistemática de actividad física y ayudan a contrarrestar las barreras que pudieran presentarse, es decir, mejora la autoeficacia para la actividad física.

Los resultados de Annesi y cols. mostraron cambios importantes en el Índice de Masa Corporal, resistencia, flexibilidad, estado de ánimo y autoeficacia para la realización de actividad física; sus implicaciones son importantes en términos del desarrollo de un modelo adecuado de actividad física para niños y en la reducción del sobrepeso en escolares de estas edades.

Por su parte, Trost, Kerr, Wards y Pate (2001), refieren que la autoeficacia para la realización de actividad física es determinante en el control del peso, encontrado que niños clasificados como “Obesos” se perciben poco capaces para superar las barreras que puedan impedir la realización de actividad física, poco capaces para solicitar a sus padres que les provean de ambientes disponibles para la realización de ejercicio y poco capaces para elegir actividades que impliquen actividad física en lugar de actividades sedentarias en comparación a aquellos niños clasificados como “No obesos”.

En un estudio similar realizado por Blanchard y cols. (2005), se encontraron diferencias significativas en la autoeficacia entre sujetos con peso normal, con

sobrepeso y sujetos obesos, siendo estos últimos quienes reportaron menores niveles de autoeficacia para la realización de actividad física.

4.3 Factores que influyen en la autoeficacia para el control del peso en niños.

Los hábitos saludables de los niños son formados durante la infancia y la adolescencia, teniendo su raíz en las prácticas familiares. Con frecuencia, los niños, incluso dentro del hogar, están expuestos a un doble mensaje en relación a la alimentación y a los problemas del peso ya que aún cuando los padres pretenden mantener a sus hijos bajo hábitos alimenticios saludables, paradójicamente idealizan y/o estigmatizan la delgadez o el sobrepeso viéndose envueltos en contradicciones en relación a la calidad y cantidad de lo que se come en casa y, desde luego, que las prácticas alimenticias de los padres también influyen sobre la conducta de ingesta de los hijos (Golan, 2006).

Por tal razón, resulta indudable que el ambiente familiar represente el área de oportunidad más importante para moldear los comportamientos de ingesta de los niños y de la adopción de actividades físicas que aseguren la prevención del sobrepeso o la obesidad desde etapas muy tempranas.

Del mismo modo que el seno familiar, la escuela juega un rol importante en la prevención y tratamiento de la obesidad infantil. Durante el periodo formativo de los niños, la escuela es uno de los principales escenarios donde los menores desarrollan y validan sus competencias cognitivas útiles para la resolución de problemas esenciales en la participación social. De manera que, factores adicionales a la instrucción formal tales como el modelamiento de los pares, la comparación de las habilidades propias con las de otros y la interpretación individual de éxito o fracaso también afecta los juicios de eficacia de los niños.

Bandura (1997) indica que la escuela debe equipar a los estudiantes con capacidades autorregulatorias, tales como planeación, organización,

automonitoreo, manejo de instrucciones, regulación de la motivación y aplicación de habilidades metacognitivas, que les permita “autoeducarse”.

La escuela es el único lugar donde los niños pueden ser fácilmente captados a pesar de su edad, estatus socioeconómico, etnia o antecedente cultural, de modo que es viable la formación de hábitos saludables. Por lo cual, los centros educativos no sólo pueden fomentar patrones de alimentación nutritivos, enseñar habilidades de automanejo para el control de la ingesta u opciones de recreación para mantenerse en forma, sino evitar el consumo de sustancias tóxicas o conductas sexuales de riesgo (Hamburg, 1992; Millstein, Petersen y Nigthingale, 1993).

En concreto, la escuela puede ser un lugar muy ventajoso para la promoción de la salud y la implementación de programas de intervención pero se requiere del desarrollo de modelos de promoción de la salud que operen en conjunto con la familia y la comunidad a fin de obtener resultados deseados.

V. MÉTODO

5.1 Justificación

La obesidad es un problema de salud que va en franco ascenso. A este respecto, los datos de la ENSANUT2006 indican que un amplio sector de la población mexicana en edad adulta padece sobrepeso u obesidad y que predomina en zonas urbanas y de bajo nivel socioeconómico; indica también, que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en los escolares correspondió al 26% de la población infantil, aumentando un tercio de 1999 a 2006, lo cual señala a este grupo poblacional como uno de los más vulnerables (Olaiz-Fernández y cols., 2006).

Con base en lo señalado, es imprescindible reconocer que nuestro país ha experimentado un aumento en la prevalencia de factores de riesgo asociados con la obesidad, como la reducción en la actividad física durante la niñez y la adolescencia (Rivera-Dommarco y cols., 2001). De manera que, la etapa escolar representa una oportunidad para emprender acciones dirigidas a prevenir el sobrepeso y la obesidad a través del sistema educativo, y para ello, se requiere dar mayor importancia a explorar variables que afectan el mantenimiento del peso, (particularmente de este grupo) ya que mantener el peso normal, en correspondencia a las características físicas, es muy importante pues permite reducir el riesgo de padecer enfermedades crónico degenerativas a temprana edad e incluso evitar la muerte.

Gran número de investigaciones han centrado su atención en el cambio del peso y el mantenimiento del peso normal en poblaciones de riesgo (Rivera-Dommarco y cols., 2001), sin embargo, los estudios que sólo reportaron cambios en el peso, exploraron poco respecto a por qué los sujetos tienen éxito o fracaso al mantener un peso saludable, de manera que es necesario indagar más respecto al impacto que tienen las variables psicológicas asociadas a la respuesta al tratamiento de la obesidad.

Algunas investigaciones enfatizan el papel de factores de personalidad relativamente permanentes y difícilmente modificables (Lara, 2003), en tanto que otras ponen de relieve variables, tales como la Autoeficacia, más susceptibles a la modificación mediante intervenciones psicoeducativas (Flodmark, 2005).

La autoeficacia es un concepto emanado de la Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura, que ha sido señalada como un predictor significativo de la conducta de los individuos (Bandura, 1977; Condiotte y Lichtenstein, 1981; Clark, Forsyth, Lloyd-Richardson y King, 2000) y que tiene relación con la prevalencia de obesidad y con los resultados de tratamiento para la enfermedad (Bandura, 1997; Clark, Forsyth, Lloyd-Richardson y King, 2000). A este respecto, se cuenta con investigaciones en otros países y culturas que han abordado el tema de la autoeficacia para el control del peso en poblaciones adultas e infantiles pero indagado por separado el control sobre los hábitos alimenticios y la realización de actividad física, lo cual conlleva a que la evaluación de la autoeficacia para el control del peso varíe de manera importante de un estudio a otro y que, no quede claro el comportamiento de esta variable en poblaciones mexicanas que reúnan una medición individual de ésta.

De acuerdo a lo antes mencionado, surgió el interés por realizar un estudio que condujera a describir la autoeficacia para el control del peso en niños de edad escolar y, a la vez, determinar si existen diferencias al compararlos por categorías de peso. Lo anterior implicó el desarrollo de una escala para medir autoeficacia para el control del peso para la población ya señalada.

5.1.1 Pregunta de investigación

¿Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de autoeficacia para el control del peso, obtenido de las respuestas de los sujetos a los reactivos de la escala diseñada para medir la variable, entre un grupo de niños en edad escolar con bajo peso, peso saludable, en riesgo de sobrepeso y con sobrepeso?

5.2 Objetivo general

El presente estudio tuvo como objetivo general describir la autoeficacia para el control del peso en un grupo de niños en edad escolar y determinar si existen diferencias al compararlos por categorías de peso (bajo peso, peso saludable, en riesgo de sobrepeso y con sobrepeso).

5.2.1 Objetivos específicos

- Diseñar y validar por jueces una escala que mida el nivel de autoeficacia para el control del peso en niños en edad escolar, óptima para el logro del objetivo de este estudio y entendida como una aproximación para la construcción futura de un instrumento cuyas propiedades psicométricas lo hagan generalizable a la población escolar.
- Describir las características distintivas de la muestra en cuanto a las variables clasificatorias.

5.3 Hipótesis

Hi: Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de autoeficacia para el control del peso, obtenido mediante las respuestas de los sujetos a los reactivos la escala diseñada para medir la variable, entre un grupo de niños con bajo peso, peso saludable, en riesgo de sobrepeso y con sobrepeso en edad escolar.

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de autoeficacia para el control del peso, obtenido mediante las respuestas de los sujetos a cada uno de los reactivos de la escala diseñada para medir la variable, entre un grupo de niños con bajo peso, peso saludable, en riesgo de sobrepeso y con sobrepeso en edad escolar.

5.4 Definición de variables

5.4.1 Variables clasificatorias

- **Peso Corporal.** Es la acción de la gravedad sobre la masa corporal. El individuo debe estar preferiblemente desnudo o con la menor cantidad de ropas posibles y de peso conocido, ajustado al cero de la escala. El sujeto se coloca en posición de firmes (o en decúbito supino o sentado, de acuerdo con la edad que posea) en el centro de una balanza previamente calibrada y en 0.1 kg (Zayas y cols., 2002).
- **Talla.** Es la distancia directa entre vértex y el plano de apoyo del individuo. Antes de los 2 años de edad debe tomarse en decúbito supino y se denomina: longitud supina. Después de esta edad el sujeto permanece de pie. Se obtiene al colocar al sujeto de pie en posición de firmes, sin zapatos, con ambos brazos a los lados del cuerpo y la mirada al frente (Zayas y cols., 2002).
- **Índice de Masa Corporal.** Medida de adiposidad. Se obtiene al dividir el peso en kilogramos sobre el cuadrado de la talla en metros (peso en kg/talla en cm²) (Benn, 1971; NOM-008-SSA2-1993; CDC, 2000a). Para clasificar a niños con bajo peso, con peso saludable, en riesgo de sobrepeso y con sobrepeso se emplearon las cartas de IMC por edad para niñas de 2 a 20 años (Anexo 1) y las cartas de IMC por edad para niños de 2 a 20 años (Anexo 2) consultando la guía CDC para uso e interpretación de las cartas (CDC, 2000b), así como los puntos de corte específicos de edad y sexo publicados por los Centros para la prevención y control de enfermedades de Estados Unidos (CDC) en febrero de 2000.
- **Niños en edad escolar.** Niños entre 5 y 12 años. De acuerdo al rango de edad especificado para la edad escolar en la ENN1999 (Rivera-Dommarco y cols., 2001) y la ENSANUT2006 (Olaiz-Fernández y cols., 2006). El rango de

edad considerada en este estudio (de 9 a 12 años) obedece, no sólo a la pertinencia de trabajar con este grupo poblacional dada la vulnerabilidad a la enfermedad sino que resulta congruente con la edad de consolidación del sentido de autoeficacia (Bandura, 1997).

5.4.2 Variable dependiente

Nivel de autoeficacia para el control del peso. Creencias de una persona de poder realizar actividad física y controlar la ingesta, conductas encaminadas al control y/o mantenimiento del peso saludable. Se deriva del puntaje obtenido de las respuestas de los sujetos a cada uno de los reactivos de la escala para el control de peso para niños en edad escolar.

5.5 Diseño

El diseño del presente estudio es transversal, *expost-facto* (Hernández, Fernández y Baptista, 2006), debido a que la variable independiente no fue controlada.

5.5.1 Tipo de estudio

Esta investigación es de tipo descriptivo y de comparación (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

5.6 Muestra

Se trabajó con una muestra intencional o no probabilística, por cuota, conformada por 160 sujetos de ambos sexos en edad escolar, estudiantes de la escuela primaria “Constitución de 1917” perteneciente al sector público, con ubicación en la Ciudad de México.

5.7 Escenario

La aplicación del instrumento y la medición de peso y talla se llevaron a cabo en las aulas facilitadas por la escuela. Las condiciones de las aulas eran propicias para la aplicación del instrumento de manera que no hubo factores importantes que pudieran interferir en las respuestas de los sujetos.

5.8 Instrumentos

- **Báscula.** Bascula digital marca TANITA Corporation, Modelo HD-327, graduada en 0.1 kg, con capacidad máxima para 150 kg.
- **Cinta métrica.** Cinta métrica con un rango de medición de 2 m, con división de 1mm.
- **Escala de autoeficacia para el control del peso para niños en edad escolar.** Se trata de una escala tipo likert compuesta por 30 reactivos (15 vinculados con la realización de actividad física y 15 con el control de ingesta de alimentos chatarra). Los reactivos están redactados en términos de “**Soy capaz de...**” y cada uno de ellos con 5 opciones de respuesta (0= Nada Capaz, 1= Poco Capaz, 2= Medianamente Capaz, 3= Capaz y 4= Muy Capaz) (Anexo 3).

5.9 Procedimiento

El primer paso fue diseñar la **Escala para el control del peso para niños en edad escolar** con base en la revisión de la literatura y de los instrumentos de autoeficacia ya existentes en la esfera del control del peso.

Cabe señalar que el instrumento se ajusta al dominio particular de interés que, en éste caso, es el control del peso, logrado a través del control de la ingesta de alimentos poco saludables y la práctica de actividad física y que los reactivos contruidos reflejan con precisión el constructo de autoeficacia pues fueron

redactados en términos de “soy capaz...”, tal como lo sugiere Bandura en su *Guía para la construcción de escalas de autoeficacia* (2001).

La escala diseñada se sometió al escudriño de diez jueces, psicólogos cuyas áreas de dominio son la psicología de la salud, la medicina conductual, los trastornos de la conducta alimentaria, la obesidad y el manejo cognitivo conductual de las adicciones, todos ellos con un amplio conocimiento del constructo de autoeficacia y su empleo en la práctica clínica.

Los jueces recibieron un formulario con las instrucciones para evaluar los 31 reactivos presentados e hicieron algunas observaciones a la escala misma que fue corregida para su análisis posterior (Anexo 4). A través de la técnica de interjueceo se concluyó que la escala mide la variable por la que fue creada (validez teórica) y, que los reactivos implican suficiente grado de desafío o impedimento en el área del control del peso, lo cual ayuda a discriminar los niveles de autoeficacia entre los sujetos.

De forma paralela, se contactó a la escuela primaria de donde se obtuvo la muestra y se solicitó la autorización para nuestro acceso. Una vez en contacto con la población blanco, se les explicó el motivo de nuestra asistencia y se solicitó su apoyo; se les tomó peso y talla con base en los criterios señalados por Zayas y cols. (2002).

Posteriormente, se procedió a la aplicación de la escala bajo las condiciones anteriormente señaladas y al análisis de los datos obtenidos.

5.10 Análisis de Resultados

Una vez completada la captura de los datos, el análisis se dividió en tres fases: I) determinación de la validez del instrumento a través de la técnica de interjueces, II) análisis de los datos descriptivos sociodemográficos a fin de obtener perfiles de las variables clasificatorias como: sexo, edad, número de hermanos, persona(s)

con quien(es) vive el niño, escolaridad y ocupación de los padres; y III) el estudio de la autoeficacia para el control del peso a través de un análisis de frecuencias y el análisis de comparación entre grupos o categorías de peso (*bajo peso, peso saludable, en riesgo de sobrepeso y con sobrepeso*) mediante el análisis de varianza, propios para la aceptación o rechazo de la hipótesis de investigación.

5.11 Resultados

Los análisis indicados para cada una de las fases del estudio se realizaron con ayuda del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales, SPSS para Windows en su versión 11.0.

Validación de la escala

La primera fase del análisis estadístico, que responde al proceso de validez del instrumento elaborado para medir Autoeficacia para el Control del Peso, se realizó empleando la técnica de interjueceo, misma que determinó el acuerdo entre los jueces respecto a la **validez teórica** del constructo *autoeficacia para el control del peso*, la **pertinencia**, la **propiedad del lenguaje** y la **redacción** de cada uno de los reactivos, tomando como referencia, para aceptar o rechazar estos últimos, un acuerdo interjueces del 70% (Nunnally y Bernestein, 1995; Kerlinger y Lee, 2001).

En la Tabla 1 se presenta el análisis de consistencia interjueces, y se muestran los porcentajes de concordancia de los jueces para cada uno de los rubros evaluados. El contenido textual del reactivo se incluye en el Anexo 5.

En los reactivos 3, 6, 7, 12 y 21, se observa que el porcentaje de acuerdo fue de un 80%, es decir, por encima del porcentaje límite para rechazar un reactivo, en tanto que para los otros rubros el acuerdo va de 70% a 60%; esto significa que aunque los reactivos miden autoeficacia para el control del peso en una situación de riesgo, la pertinencia, el lenguaje y la redacción de los mismos puede mejorarse de tal manera que se mantuvieron dentro de la escala.

RESULTADOS JUECEO				
REACTIVO	VALIDEZ TEÓRICA	PERTINENCIA	LENGUAJE	REDACCIÓN
r1	70	80	80	80
r2	100	80	80	80
r3	80	80	70	90
r4	100	100	100	100
r5	100	100	100	100
r6	80	70	60	70
r7	80	70	70	70
r8	70	80	60	90
r9	70	90	80	70
r10	100	90	80	80
r11	100	100	80	90
r12	80	90	80	90
r13	100	100	80	90
r14	100	100	90	90
r15	100	100	90	90
r16	90	100	90	90
r17	90	100	90	90
r18	90	80	90	90
r19	90	80	90	90
r20	100	100	90	80
r21	80	90	90	80
r22	100	90	90	90
r23	90	90	90	90
r24	100	100	90	90
r25	100	100	90	90
r26	90	80	90	90
r27	100	90	80	100
r28	90	100	90	100
r29	70	50	90	90
r30	100	100	90	90
r31	100	100	90	90

Tabla 1. Análisis de consistencia interjueces.

En el caso de los reactivos 1, 8 y 9, se obtuvo un 70% de concordancia en la validez teórica (porcentaje de concordancia límite para rechazar un reactivo), y porcentajes que van del 90% al 70% de acuerdo en los rubros restantes. Esto significa que los jueces consideraron, en algunos casos, que los reactivos son pertinentes para la población blanco y que poseen lenguaje y redacción adecuados pero pareciera que dudan en que los reactivos realmente midan autoeficacia para el control del peso (Anexo 5).

No obstante, después de la revisión de cada uno de estos reactivos se decidió conservarlos dado que se mejoraron los aspectos de pertinencia, lenguaje y redacción, ya que esta condición pudo haber influido en la evaluación de los jueces respecto a la validez teórica de los reactivos (Tabla 2).

No. REACTIVO	REACTIVO ORIGINAL	REACTIVO MODIFICADO
R1	Soy capaz de realizar ejercicio cuando estoy deprimido.	Soy capaz de realizar ejercicio cuando estoy triste.
R6	Soy capaz de realizar ejercicio cuando no hay muchos lugares disponibles para hacer ejercicio (parque, deportivo, patio)	Soy capaz de realizar ejercicio aunque no haya un patio, un parque o un deportivo disponibles para hacerlo.
R8	Soy capaz de realizar ejercicio cuando un canal de televisión transmite programas que me gustan	Soy capaz de realizar ejercicio en lugar de ver televisión
R9	Soy capaz de realizar ejercicio cuando es posible jugar videojuegos	Soy capaz de realizar ejercicio en lugar de jugar videojuegos (p. ej. maquinitas, play station, XBOX u otros juegos de computadora)

Tabla 2. Reactivos modificados en aspectos de pertinencia, lenguaje y redacción.

Finalmente, el reactivo 29 fue eliminado de la escala ya que contaba con un porcentaje de concordancia del 70% en el rubro de validez teórica, pero de 50% en la pertinencia, es decir, 50% de los jueces no estaban de acuerdo en que el reactivo fuera aplicable a la población escolar (Anexo 5).

En suma, se obtuvo una escala compuesta por 30 reactivos, los cuales fueron reordenados para su aplicación a la población blanco (Anexo 3).

Perfiles descriptivos sociodemográficos.

Los resultados del análisis descriptivo de las variables sociodemográficas de los 160 participantes del estudio mostraron que se trabajó con 76 niñas y 84 niños que corresponden al 47.5% y al 52.2% de la muestra respectivamente (Figura 1), con edades entre los 9 y 12 años con una media de 10.76 años y una desviación

estándar de 1.00 años (Tabla 3), correspondiendo a 11 años la proporción porcentual más grande como se muestra en la Figura 2.

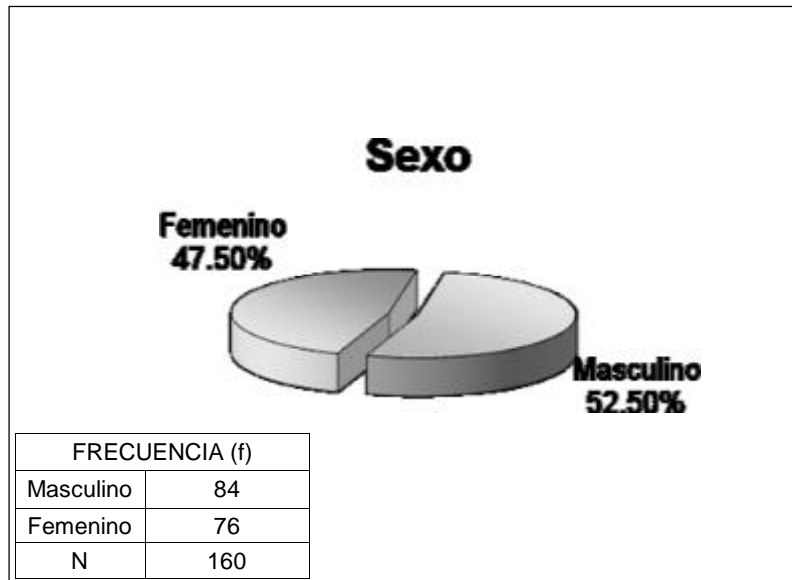


Figura 1. Representación de la muestra de acuerdo al sexo.

EDAD	
Media	10.76
Desviación Estándar	1.000
N	160

Tabla 3. Edad en años de los conformantes de la muestra.

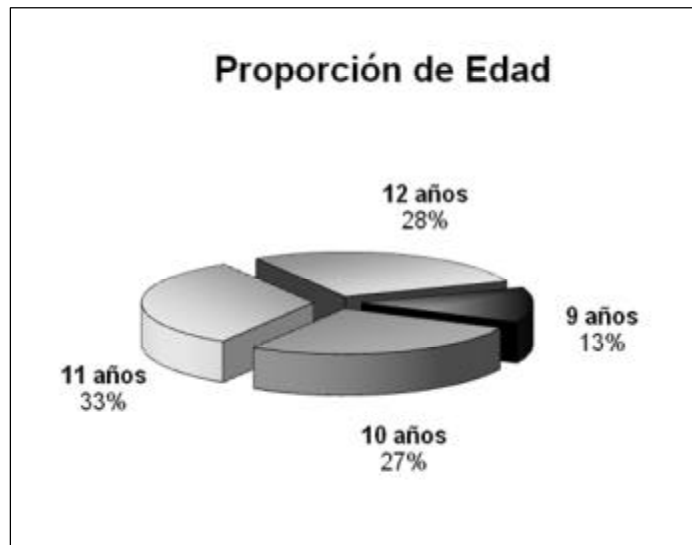


Figura 2. Representación de la muestra de acuerdo a la edad.

Entre los datos proporcionados por los niños, se observó que el 71.3% de la muestra vive con ambos padres y hermanos y el 16.9% solo con su mamá, como se muestra en la Tabla 4.

PERSONA(S) CON QUIEN(ES) VIVE EL NIÑO		
PERSONA(S)	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE (%)
Mamá	27	16.9
Papá	1	.6
Ambos padres	8	5.0
Padres y hermanos	114	71.3
Otro	10	6.3
N	160	100.0

Tabla 4. Número de personas con las que el niño reportó vivir.

Los datos de escolaridad de los padres que reportaron los niños indicaron que en el caso de las madres, el 31.9% contaban con preparatoria y el 20% secundaria, lo que para el caso de los padres correspondió a el 26.3% con preparatoria y el 15% a secundaria (Tabla 5).

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES				
NIVEL DE ESTUDIOS	MADRE		PADRE	
	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE (%)	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE (%)
Sin Estudios	1	.6	2	1.3
Primaria	9	5.6	5	3.1
Secundaria	32	20.0	24	15.0
Preparatoria	51	31.9	42	26.3
Carrera Técnica	24	15.0	25	15.6
Licenciatura	18	11.3	26	16.3
Posgrado	3	1.9	8	5.0
No sabe	21	13.1	20	12.5
No tiene	1	.6	8	5.0
Total	160	100.0	160	100.0

Tabla 5. Escolaridad de los padres de los niños participantes en el estudio.

En cuanto al número de hermanos el 45% tiene un hermano y el 27.5% tiene 2 hermanos, tal como lo muestra la Tabla 6.

NÚMERO DE HERMANOS		
NUM.	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE (%)
0	15	9.4
1	72	45.0
2	44	27.5
3	15	9.4
4	12	7.5
5	1	.6
6	1	.6
Total	160	100.0

Tabla 6. Número de hermanos reportado por los niños.

En lo que respecta a las medidas antropométricas de la muestra, se encontró una media de 43.07 kgs con desviación estándar de 10.93 kgs para el peso y una media de 146.52 cms, con desviación estándar de 8.92 cms para la talla. En el caso del IMC la media fue de 19.846, con desviación estándar de 3.805 (Tabla 7),

encontrando que el 5% de la muestra presenta bajo peso, 52.5% presenta peso saludable, el 30.6% se encuentra en riesgo de sobrepeso y el 11.9% presenta sobrepeso (Tabla 8). La representación gráfica de estos datos se puede observar en la Figura 3.

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS			
	PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (kg/m2)
Media	43.077	146.52	19.846
Desviación Estandar	10.9320	8.927	3.805
N	160	160	160

Tabla 7. Medidas antropométricas de la muestra.

CLASIFICACIÓN CDC				
CLASIFICACIÓN	RANGO IMC	PERCENTIL	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE (%)
Bajo peso	< Percentil 5	8	8	5.0
Peso saludable	= Percentil 5 y < Percentil 85	84	84	52.5
En riesgo de sobrepeso	= Percentil 85 y < Percentil 95	49	49	30.6
Sobrepeso	= Percentil 95	19	19	11.9
			Total 160	Total 100.0

Tabla 8. Clasificación por IMC y Percentiles según tablas CDC.



Figura 3. Porcentaje muestral por categoría de peso, clasificación CDC.

Autoeficacia para el Control del Peso.

Para el estudio de la autoeficacia para el control del peso, primero se obtuvieron los puntajes totales de la escala por individuo, para lo cual fue necesario contabilizar sus respuestas otorgándole los valores intervalares a la escala (0 puntos para aquellas respuestas correspondientes a “nada capaz”, 1 para las de “poco capaz”, 2 para “medianamente capaz”, 3 para “capaz” y 4 para “muy capaz”). El puntaje podría ir, entonces, de 0 puntos a 120 puntos.

Los resultados arrojados en el análisis de frecuencia mostraron que la mayor y menor puntuación de autoeficacia para el control del peso por sujeto correspondió a 111 y 6 puntos respectivamente. Y la media muestral para este caso fue de 61.49 puntos con desviación estándar de 19.33 puntos (Tabla 9).

AUTOEFICACIA PARA EL CONTROL DEL PESO	
Media	61.49
Desviación Estándar	19.33
N	160

Tabla 9. Medidas de tendencia central de la variable autoeficacia para el control del peso en puntos.

Una vez que se tuvieron los puntajes de autoeficacia para el control del peso por sujeto, se agruparon en los cuatro grupos o categorías de peso propuestos por la CDC y se obtuvieron las puntuaciones medias para cada grupo, las cuales muestran una tendencia descendente en los puntajes de la variable, siendo menor el porcentaje promedio para el grupo de sobrepeso en comparación con el resto de los grupos de menor peso (Figura 4).

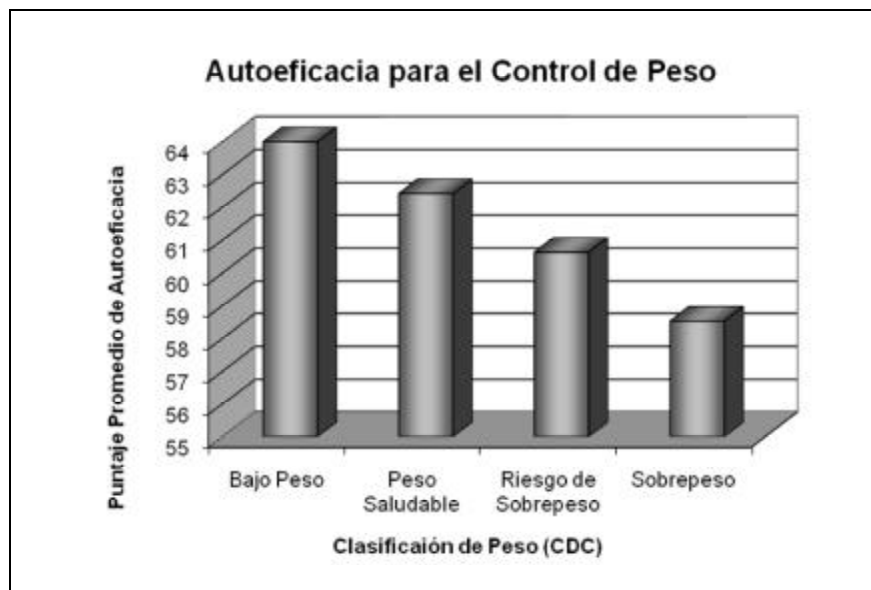


Figura 4. Comparación de los puntajes medios de autoeficacia para el control del peso entre grupos de categorías de peso.

Para la comparación de medias entre grupos, el análisis de varianza mostró que no existen diferencias estadísticamente significativas al 95% de confiabilidad, ya que se obtuvo una F de .288 con una significancia de 0.843 (Tabla 10). La prueba Post Hoc, Sheffe, mostró la misma tendencia (sig. de 0.861).

CLASIFICACIÓN POR CATAGORÍA IMC	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Bajo peso	64.00	12.95
Peso saludable	62.42	18.72
En riesgo de sobrepeso	60.63	22.01
Sobrepeso	58.52	17.64

Tabla 10. Puntajes medios y desviación estándar de la variable Autoeficacia para el Control del Peso por categoría de IMC.

Para analizar el comportamiento de los datos se realizó un análisis de varianza por reactivo con la intención de verificar y conocer el patrón de las medias por reactivo entre grupos (Ver Anexo 6). En la siguiente tabla se observan los resultados de los tres reactivos que obtuvieron mayor peso estadístico (Tabla 11).

REACTIVO	GRUPO	MEDIA	STD. DESVIACION	F	SIG.
Soy capaz de realizar ejercicio cuando estoy solo(a). (R7)	BAJO PESO	3.63	.518	3.021	.032
	PESO SALUDABLE	2.99	1.207		
	RIESGO SOBREPESO	2.45	1.385		
	SOBREPESO	2.79	1.316		
	TOTAL	2.83	1.280		
Soy capaz de realizar ejercicio cuando estoy triste. (R1)	BAJO PESO	2.88	1.246	2.649	.051
	PESO SALUDABLE	1.99	1.163		
	RIESGO SOBREPESO	1.69	1.158		
	SOBREPESO	1.84	.898		
	TOTAL	1.92	1.156		
Soy capaz de realizar ejercicio además de mis clases de educación física en la escuela. (R5)	BAJO PESO	3.88	.354	2.615	.053
	PESO SALUDABLE	2.94	1.282		
	RIESGO SOBREPESO	2.57	1.384		
	SOBREPESO	2.74	1.327		
	TOTAL	2.85	1.313		

Tabla 11. Reactivos que obtuvieron mayor peso estadístico en el Análisis de Varianza por Reactivo.

En la siguiente gráfica, se muestra la tendencia de las medias del reactivo estadísticamente significativo (Figura 5).

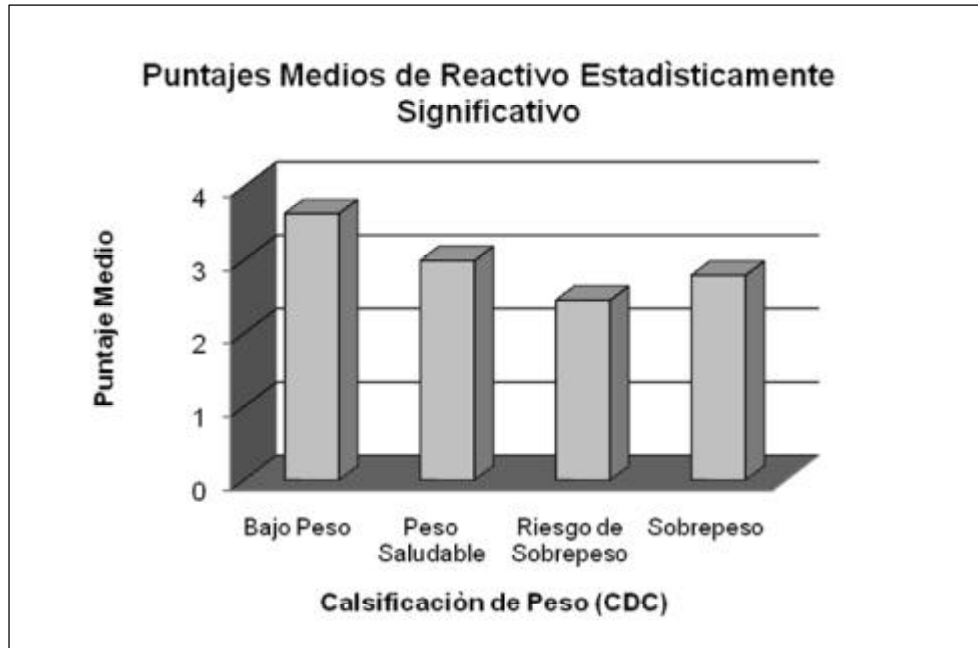


Figura 5. Comparación de los puntajes medios del reactivo R7. "Soy capaz de realizar ejercicio cuando estoy solo (a).

VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El punto de partida de esta investigación se centra en la importancia que ha adquirido el problema de la obesidad en países como el nuestro, el cual vivencia una transición epidemiológica de mayor prevalencia de Enfermedades Crónicas no transmisibles (WHO, 2000).

Son bastas las investigaciones alrededor de este problema de salud pública (la obesidad), sin embargo, no todos los estudios indagan los factores personales que influyen positiva y/o negativamente sobre la respuesta a los tratamientos de obesidad y sobrepeso, o bien, al mantenimiento del peso saludable. De ahí, la decisión de valorar la *autoeficacia para el control del peso* considerando los hallazgos de investigaciones previas en los que la autoeficacia para control de ingesta y la autoeficacia para la realización de actividad física (medidas por separado) se muestran como una variables sumamente influyentes (DiClemente, Fairhurst y Piotrowky, 1995; Glynn y Ruderman, 1986; Sallis y cols., 1988; Pinto y cols., 1999; Rimal, 2001).

Es así que el objetivo consistió en estudiar la autoeficiacia para el control del peso como variable única y conocer su comportamiento en distintos grupos de peso en escolares entre 9 y 12 años de edad ya que, tal como lo señala la ENSANUT2006, la población infantil es un grupo altamente vulnerable a la llamada *Epidemia del siglo XXI* y, por otro lado, representa un foco para la prevención de la enfermedad y el grupo poblacional de mayor probabilidad de recuperación, una vez que el problema se presenta. Al respecto, de la muestra estudiada, un porcentaje importante (31%) se encuentra en riesgo de sobrepeso, lo cual es congruente con la vulnerabilidad en la que se ubica este sector de la población y con la urgencia de formular modelos de prevención particulares.

Se sabe que los escolares de las edades ya mencionadas poseen la capacidad de evaluar su sentido de control personal (Bandura, 1997) de ahí que existan una serie de instrumentos que miden autoeficacia en diversas áreas de su funcionamiento. En la esfera del control del peso, existen escalas que miden de manera separada autoeficacia para el control de la ingesta, o bien, para la realización de ejercicio físico aún cuando se sabe que ambas medidas contribuyen al control y mantenimiento del peso.

Por tal razón, se diseñó una escala, en apego a lo señalado por Bandura (2001) en su Guía para la construcción de escalas de autoeficacia, integrando ambos tipos de autoeficacia, pues las dos son determinantes en el control del peso; el resultado fue la obtención de una escala validada por juicio para el logro de los objetivos establecidos, la cual a diferencia de instrumentos desarrollados y/o empleados en investigaciones pasadas (Saunders, y cols., 1997; Turley, 1994), posee un número de reactivos menor lo cual favorece la fácil aplicación en escenarios escolares y el mantenimiento de la atención en este sector.

Parte importante de este estudio se centró en la estimación de diferencias en los niveles de la variable autoeficacia para el control del peso, al agrupar a los niños por categorías de peso, con base en los criterios establecidos por la CDC: bajo peso, peso saludable, en riesgo de sobrepeso y sobrepeso (CDC, 2007) ya que éste vendría a ser un parámetro resultante de la variable.

Al comparar por grupo las medias de autoeficacia para el control del peso, mediante el análisis de varianza, no se encontró significancia estadística, pero fue posible observar que las diferencias entre los grupos marcan un patrón descendente conforme éstos presentan mayor peso, lo cual corresponde a lo reportado por Trost, Kerr, Ward y Pate (2001) quienes indican que poblaciones en riesgo de sobrepeso, o bien, con un problema diagnosticado de sobrepeso u obesidad, son menos eficaces respecto a quienes poseen un peso saludable, lo que en términos de salud representa un mayor riesgo para la preservación de la misma.

De igual manera, tras realizar un análisis cualitativo de los datos, se observa la prevalencia de puntajes medios en la autoeficacia para el control del peso, pues ningún sujeto se percibe *nada capaz* o *muy capaz* y en la mayoría de los casos se observó una desviación estándar grande. Lo anterior se puede explicar con lo mencionado por Levenson, Morrow y Pfpfferbaum (1984) y Parcel, Narder y Meyer (1997) quienes señalan que, aunque los niños reconocen la diferencia entre un comportamiento saludable y uno no saludable, fácilmente pueden verse inmersos en conductas de riesgo tal como mantener una nutrición inadecuada o mostrar un descenso en el despliegue de conductas protectoras de la salud.

Al analizar las medias grupales de las respuestas dadas por reactivo, se pudo observar que en algunos casos, también hubo una tendencia que ubicó a los grupos de riesgo (en riesgo de sobrepeso y sobrepeso) como los menos eficaces en relación a los grupos de peso saludable y bajo peso. Tal es el caso del reactivo no. 7 de la escala (*Soy capaz de realizar ejercicio cuando estoy solo(a).*) que presentó diferencias estadísticamente significativas y reveló que la autoeficacia para el control del peso fue menor para los grupos más vulnerables (riesgo de sobre peso y sobrepeso) en comparación con los grupos de peso saludable y bajo peso.

Lo anterior converge con los resultados de la investigación realizada por Trost, Kerr, Wards y Pate (2001) y de, Blanchard y cols. (2005) quienes refieren que, niños clasificados como “obesos”, en comparación con niños clasificados como “no obesos”, se perciben poco capaces para superar las barreras que pudieran impedir la realización de actividad física, poco capaces para solicitar a sus padres que les provean de ambientes disponibles para la realización de ejercicio y poco capaces para elegir actividades que impliquen actividad física en lugar de actividades de carácter sedentario.

Es posible que, elementos adicionales que puedan dar sustento a los resultados encontrados, estén dando cuenta de que la autoeficacia tiene sus cimientos en

diversos factores, aunque se trate de un constructo personal tal como lo indica Watson (1977) quien menciona que hay factores ambientales, además de los personales, que impiden que los niños construyan adecuadamente la percepción del control tales como los ambientes familiares poco congruentes y/o consistentes que hacen confusas las relaciones de causa-efecto o la multideterminación de eventos; ambientes que inhiben el ejercicio del control personal en situaciones en las que los niños realmente pueden ejercer control sobre sus acciones y es que, el desarrollo de la eficacia personal no sólo requiere de la emisión de conductas o de la observación y vivencia de sus consecuencias sino que el niño debe reconocer que es él mismo el agente de tal acción.

Otro elemento importante que se considera, pudo haber influido sobre la significancia de los resultados es que una capacidad de evaluación adecuada depende de habilidades construidas a partir de experiencias directas con el ambiente. La discrepancia entre las creencias de autoeficacia y la acción misma puede ser el resultado de un juicio equivocado de las demandas de la tarea o de un fallido autoconocimiento lo cual sucede cuando los pequeños tienen habilidades cognitivas y experiencias limitadas (Bandura, 1997).

La evaluación de los factores antes mencionados escapa de los objetivos de esta investigación, sin embargo, al buscar dar continuidad a los hallazgos del presente estudio se podría seguir una propuesta interesante que se desprende de la línea de investigación de Golan (2005). Golan señala que los hábitos saludables de los niños son formados durante la infancia y la adolescencia, teniendo sus raíces en las prácticas saludables familiares, de tal manera que investigaciones sucesivas, deberán incluir como pieza fundamental el estudio de los estilos saludables en las familias y su impacto sobre la autoeficacia de los hijos.

De igual manera, sería favorable incluir, además de la medida de autoeficacia para el control del peso, indicadores ambientales en los que se desarrolla el menor, e indagar cómo influyen éstos en la percepción del control personal pues se sabe que la formación de la autoeficacia no fluye en una sola dirección sino que

factores personales (la vivencia de emociones y estados físicos negativos), ambientales (la disponibilidad de alimentos con gran contenido calórico) y sociales (la presión social para comer) interactúan contribuyendo al desarrollo del control personal (Bandura, 1997).

Debido a que en este estudio los resultados indican que la autoeficacia no es igual en diferentes grupos de peso, estudios posteriores más rigurosos deberían poner sus esfuerzos en corroborar si esta diferencia se mantiene, con significancia estadística y, si permanece la tendencia descendente en los puntajes medios a medida que incrementa el peso corporal. Asimismo, sería de gran contribución la confirmación de la validez y confiabilidad de la *Escala de autoeficacia para el control del peso en niños*, mediante otros métodos estadísticos, además de probarlo con un número mayor de sujetos y en poblaciones con características socio-económico-culturales diferentes con objeto de generalizar su uso.

Finalmente, a la luz de los resultados de este estudio, sería importante realizar estudios para conocer cuál es la relación entre autoeficacia general y autoeficacia para el control del peso cuyos resultados permitan orientar la creación de programas para incrementar la autoeficacia (en las distintas categorías de peso) y reducir el impacto del modelamiento negativo de los pares.

REFERENCIAS

- Ajzen, L. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. En J. Kuhl y J. Beckman (Comps.), *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Chicago: Dorsey Press.
- Amigo, H. (2003). Obesidad en el niño en América Latina: situación, criterios de diagnóstico y desafíos. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19* (Sup. 1), S163-S170.
- Annesi, J. J., Faigenbaum, A. D., Westcott, W. L., Smith, A. E., Unruh, J. L., y Hamilton, F. G. (2007). Effects of the Youth Fit For Life protocol on physiological, mood, self-appraisal, and voluntary physical activity changes in African American preadolescents: Contrasting after-school care and physical education formats. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7*(3), 641- 659.
- Arellano, S., Bastarrachea, R., Bourgues, H., Calzada, R., Dávalos, A., García, E. y cols. (2004). La obesidad en México. *Revista de Endocrinología y Nutrición, 12*(4), S80-S87.
- Arroyo, P., Loria, A., Fernández, V., Flegal, K., Kuri-Morales, P., Olaiz, G. y cols. (2000). Prevalence of pre-obesity and obesity in urban adult mexicans in comparison with other large surveys. *Obesity Research, 8*(2), 179-185.
- Astudillo, G. (2005). *Asociación entre la autoeficacia percibida y la disposición al cambio para la realización de ejercicio físico en una muestra de estudiantes universitarios: Un estudio transversal*. Tesis Licenciatura: UNAM. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, México.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 1991-215.

- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44(9), 1175-1184.
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28, 117-148.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy. The exercise of control*. EUA: W. H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (2001). *Guía para la construcción de escalas de autoeficacia*. Recuperado el 30 de Agosto de 2006 de <http://www.emory.edu/effguideSpanish.html>.
- Bastarrachea, S. (2004). ¿Cuál es el papel actual del tratamiento farmacológico de la obesidad en personas adultas?. *Revista de endocrinología y nutrición*, 12(4), S130-S135.
- Beck, A. (1976). *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Bejarano, I., Dipierri, J., Alfaro, E., Quispe, Y. y Cabrera, G. (2005). Evolución de la prevalencia de sobrepeso, obesidad y desnutrición en escolares de San Salvador de Jujuy. *Arch.Argent.Pediatrica*, 103(2), 101-109.
- Benn R. (1971). Some mathematical properties of weight for height indices used as measures of adiposity. *British J Prev Soc Med*, 25, 42-50.

- Bizarro, M. y Caballero, T. (2000). *Detección de ideas irracionales en un grupo específico de personas obesas*. Tesis de Licenciatura: UNAM. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, México.
- Blair, A. J., Lewis, V. J. y Booth, D. A. (1989). Behavior therapy for obesity: The role of clinicians in the reduction of overweight. *Counseling Psychology Quarterly*, 2(3), 289-301.
- Blanchard, C. M., McGannon, K. R., Spence, J. C., Rhodes, R. E., Nehl, E., Baker, F. y cols. (2005). Social ecological correlates of physical activity in normal weight, overweighth, and obese individuals. *International of Journal of Obesity*, 29, 720-726.
- Bourges, R. H. (2004). ¿Cuál es el tratamiento del paciente obeso?. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 12(4), S120-S127.
- Bradley, R. H., Caldwell, B. M., y Elardo, R. (1979). Home enviroment and cognitive development in the first two years: A croos-lagged panel analysis. *Developmental Psychology*, 15, 246-250.
- Caballo, V. (1991). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. México: Siglo XXI.
- Calzada, L. R. (2004). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad en niños y adolescentes. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 12(4), S143-S147.
- Campbell, I. y Haslam, D. (2005). *Obesity. Your questions answered*. New York: Churchill Livingstone.

- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2000a). *Percentiles del Índice de Masa Corporal por edad*. Recuperado el 20 de Septiembre de 2006 de <http://www.cdc.gov/growthcharts>
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2000b). Use and Interpretation of the CDC Growth Charts. Recuperado el 10 de Octubre de 2006 de http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/growthcharts/guide_intro.htm
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2007). *About BMI children and teens*. Recuperado el 15 de enero de 2008 de [http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/bmi/childrens BMI/about childrens BMI.html](http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/bmi/childrens%20BMI/about%20childrens%20BMI.html)
- Clark, M., Forsyth, L., Lloyd-Richardson E. y King T. (2000). Eating self-efficacy and binge eating disorder in obese women. *Journal of Applied Biobehavioral Research*. 5(2), 154-161.
- Clark, M., Cargill, B., Medeiros, M. y Pera, V. (1996). Changes in self-efficacy following obesity treatment. *Obesity Research*, 4(2), 179-181.
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., y Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *Brit Med J*, 320, 1-6.
- Colín, A. y Garduño, C. (1996). *Autoeficacia como medida predictiva del éxito en un tratamiento para bebedores problema*. Tesis Licenciatura: UNAM. Facultad de Psicología, México.
- Condiotte, M. M. y Lichtenstein, E. (1981). Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 648-658.

- Connolly, H. M., Crary, J. L., McGoan, M. D., Hensrud, D. D., Edwards, B. S., Edwards, W. D. y cols. (1997). Valvular heart disease associated with fenfluramine-phentermine. *N Engl J Med*, 337,581-588.
- Dao, H., Frelut, M., Peres, G., Bourgeois, P. y Navarro, J. (2004). Effects of a multidisciplinary weight loss intervention on anaerobic and aerobic aptitudes in severely obese subjects: relationships to leptin and diet composition. *International Journal of Obesity*, 28, 809-901.
- De Onis, M., Garza, C., Onyango, A. y Borghi, E. (2007). Comparison of the WHO Child Growth Standards and the CDC 2000 Growth Charts. *Journal of Nutrition*, 137, 144-148.
- De Onis, M., Onyango, A., Borghi, E., Garza, C. y Yang, H. (2006). Comparison of the World Health Organization (WHO) Child Growth Standards and the National Center for Health Statistics/WHO international growth reference: implications for child health programmes. *Public Health Nutrition*, 9, 942-947.
- Del Río-Navarro, B. E., Velázquez-Monroy, O., Sánchez-Castillo, C. P., Lara-Esqueda, A., Berber, A., Fanghanel, G. y cols. (2004). The high prevalence of overweight and obesity in Mexican children. *Obesity Research*, 12, 215-223.
- Deforche, B., Bourdeaudhuij, I., Tanghe, A., Debode, P., Peter Hills, A. y Bouckaert, J. (2005). Role of physical activity and eating behavior in weight control after treatment in severely obese children and adolescents, *Acta Paediatrica*, 94: 464-470.

- Diario Oficial de la Federación. (1994). Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA2-1993, Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. México, (Tercera Sección) 8.
- Diario Oficial de la Federación. (1998). Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad. México, (Primera Sección) 2.
- Díaz, M. (2005). Presente y futuro del tratamiento farmacológico de la obesidad. *Revista Argentina de Cardiología*, 73(2), 137-144.
- DiClemente, C. (1981). Self-efficacy and smoking cessation maintenance: A preliminary report. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 175-187.
- DiClemente, C., Fairhurst, S. y Piotrowsky, N. (1995). Self-efficacy and addictive behaviors. En J. Maddux, (Ed.), *Self-Efficacy, adaptation and adjustment: Theory, research and application* (pp. 109-141). EUA: Plenum Press.
- Eiser, C., Patterson, D., y Eiser, J. R. (1983). Children's knowledge of health and illness: Implications for health education. *Child: Care, Health and development*, 9, 285-292.
- Epstein, L. H., Coleman, K. J., Myers, M. D. (1996). Exercise in treatment obesity in children and adolescent. *Medical Sci Sports Exercise*, 28(4), 428-435.
- Espinosa, S. M. (2004). Estilos de enfrentamiento y bienestar subjetivo en adolescentes en la Ciudad de México. Tesis Licenciatura: UNAM. Facultad de Psicología, México.

- Ewart, C. K. (1995). *Self-efficacy and recovery from heart attack. Implications for a social cognitive analysis of exercise and emotion*. En J. Maddux (Ed.), *Self-Efficacy, adaptation and adjustment: Theory, research and application* (pp. 203-226). EUA: Plenum Press.
- Ewart, C. K., Taylor, C. B., Reese, L. B. y Debusk, R. F. (1984). Effects of early postmyocardial infarction exercise testing on self-perception and subsequent physical activity, *American Journal of Cardiology*, 51, 1076-1080.
- Facchini, M. (2003). Aspectos no farmacológicos del tratamiento para la obesidad. *Boletín del Consejo Argentino de H.T.A.*, 4(2), 19-22.
- Fishbein, M. y Ajzen, J. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Flodmark, C. (2005). Management of the obese child using psychological-based treatments. *Acta Pediátrica*. 94(448), 14-22.
- Fonagy, P. Steele, H. Higgitt, A. y Target, M. (1994). The Emmanuel Miller memorial lecture 1992. The theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatric and Allied Disciplines*, 35, 49-63.
- Foz, M. y Formiguera, X. (1998). *Obesidad*. España: Harcourt.
- Friedman, J. M. (2003). A war on obesity, not the obese. *Science*, 299, 856-858.
- García-Camba, E. (2002). *Avances en los trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Barcelona: Masson.
- García, E. y Violante, R. (2004). ¿Cómo se diagnostica la obesidad y quién debe hacerlo?. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 12(4), S91-S95.

- García, G. E. (2004). ¿En que consiste el tratamiento multidisciplinario de la obesidad?. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 12(4), S148-S151.
- Garner, D. M. (1997). Psychoeducational Principles in Treatment. En D. Garner y P. Garfinkel (Eds.), *Handbook of Treatment for Eating Disorders* (pp. 145-174). New York: Guilford Press.
- Garza, C. y De Onis, M. (2007). Symposium: A new 21st century international growth standards for infants and young children. *Journal of Nutrition*, 137, 142-143.
- Glynn, S. M. y Ruderman, A. J. (1986). The development and validation of an eating self-efficacy scale. *Cognitive Therapy and Research*, 10(4), 403-420.
- Godínez, G. S. (2004). ¿Cuáles son las bases moleculares de la obesidad?. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 12(4), S102-S108.
- Golan, M. (2006). Parents as agents of change in childhood obesity – from research to practice. *International Journal of Pediatric Obesity*, 1(2), 66-76.
- González-Núñez, J. J., (1992). *Interacción grupal*. México: Nociones.
- González-Núñez, J. J., (1999). *Psicoterapia de grupos. Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas*. México: Manual Moderno.
- González-Núñez, J. J. (2001). *Psicopatología de la adolescencia*, México: Manual Moderno, pp. 167-168.
- González-Núñez, J. J., Monroy, A. y Kupferman, E. (1978). *Dinámica de grupos. Técnicas y tácticas*. México: Concepto.

- Hamburg, D. A. (1992). *Today's Children: Creating a future for a generation in crisis*. New York: Times Books.
- Harvey, J. y Delfabbro, P. (2004). Psychology resilience in disadvantaged youth: A critical overview. *Australian Psychologist*, 39, 3-13.
- Hernández, S. R., Fernández, C. C., Baptista, L. P. (2002). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Holman, H. y Lorig, K. (1992). Perceived self-efficacy in self-management of chronic disease. En R. Schwarzer (Ed.), *Self-Efficacy. Though control of action* (pp. 305-323). EUA: Hemisphere.
- Janz, N. K. y Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.
- Kagan, J. (1981). *The second year: The emergence of self-awareness*. Cambridge, Mass Harvard University Press.
- Kerlinger, F.N. y Lee, H.B. (2001). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. 4ª. ed., México: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Levenson, P. S., Morrow, J. R. y Pfefferbaum, B. J. (1984). Attitudes towards health and illness. *Journal of Adolescent Health Care*, 5, 254-260.
- Liebel, R. L., Rosebaum, M., Hirsch, J. (1995). Changes in energy expenditure resulting from altered body weight. *Journal of Medicine*, 332, 621-628.

- Linde, J., Jeffery, R., Levy, R., Sherwood, N., Utter, J., Pronk, N. y cols. (2004). Binge eating disorder, weight control self-efficacy, and depression in overweight men and women. *International Journal of Obesity*, 28, 418-425.
- Lobstein, T., Baur, L. Uauy, R. (2004). International Obesity Task Force. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews*, 5(1), 4-104.
- López-Alvarenga, J. (2004). Genética de la Obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 12(4), S96-S101.
- Maddux, J. (1995a). Self-efficacy theory. An introduction. En J. Maddux (Ed.), *Self-Efficacy, adaptation and adjustment: Theory, research and application* (pp. 3-33). EUA: Plenum Press.
- Maddux, J. (1995b) Self-efficacy and health behavior. Prevention, promotion and detection. En J. Maddux (Ed.), *Self-Efficacy, adaptation and adjustment: Theory, research and application* (pp. 173- 201). EUA: Plenum Press.
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J. y Cyrulnik, B. (2003) La resiliencia: estado de la cuestión. En M. Manciaux (Ed.), *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp. 17-27). España: Gedisa.
- Mancillas-Adame, L. y Morales-González, G. (2004). Tratamiento farmacológico de la obesidad. *Gaceta Médica México*, 140(2), S91-S96.
- Manton, J. (1988). The global impact of noncommunicable disease: estimates and prejections. *World Health Stat Q*, 41(3-4), 255-266.
- Martin, P., Dutton, G. y Brantley, P. (2004). Self-efficacy as a predictor of weight change in African-american women. *Obesity Research*, 12 (4), 646-651.

- Martínez, B. y Sánchez, L. (1998). El tratamiento psicológico de la obesidad. En M. Foz y X. Hormiguera (Eds.) *Obesidad* (pp.151-168). España : Harcourt.
- Masten, A. S., Best, K. M. y Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425-444.
- Maté Del Tío, M., Cano, M. D., Álvarez-Sala, R., Bilbao, J. (2001). Manejo de la obesidad en Atención Primaria. *MEDIFAM*, 11(1), 4-11.
- Miller, P., Watkins, J., Sargent, R. y Rickert, E. (1999). Self-efficacy in overweight individuals with binge eating disorder. *Obesity Research*, 7 (6), 552-555.
- Millstein, S. G., Patersen, A. C. y Nightgale, E. O. (1993). *Promoting the health of adolescents: New directions for the twenty-first century*. New York: Oxford University Press.
- Mitchell, C. y Stuart, R. B. (1984). Effect of self-efficacy on dropout from obesity treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1100-1101.
- Morris, W. N. y Nemcek, D., Jr. (1982). The development of social comparison motivation among preschoolers: Evidence of a stepwise progression. *Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development*, 28, 413-425.
- Nestle, M. (2003). The ironic politics of obesity. *Science*, 299, 781.
- Novorthy, R., Davis, J., Ross, P., Wasnich, R. (1998). Atherosclerosis: a nutritional diseases of childhood. *American Journal of Cardiology*, 82(18B), 9T-22T.
- Nunnally, J. C. y Bernestein I. J. (1995). *Teoría Psicométrica*. 3ª. Ed. México: McGraw-Hill.

- Olaiz-Fernández, G., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Rojas, R., Villalpando-Hernández, S., Hernández-Avila, M. y cols. (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 [ENSANUT]. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Olaz, F. (2001) *La teoría social cognitiva de la autoeficacia. Contribuciones a la explicación del comportamiento vocacional*. Tesis de Licenciatura: Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
- Olmsted, M. P., Kaplan, A. S. (1995). Psychoeducation in the treatment of eating disorders. En K. Brownell y C. Fairburn (Eds.), *Eating Disorders and Obesity* (pp. 299-305). New York: Guilford Press.
- Ortega, R. M., Andres, P. (1998). Carbohydrates and obesity. *Med Clin (Barc)*, 110(20), 797-801.
- Overholser, J. y Beck, S. (1985). Assessing generalization of treatment effects and self-efficacy in the modification of eating styles in obese children. *Addictive Behaviors*, 10(2), 145-152.
- Padrón, M. M. (2002). Obesidad infantil: un problema creciente. *Nutrición Clínica*, 5(4), 258-262.
- Parcel, G. S., Nader, P. R. y Meyer, M. P. (1997). Adolescent health concerns, problems and patterns of utilization in a triethnic urban population. *Pediatrics*, 60, 157-164.
- Pearling, L. y Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Peña, M. y Bacallao, J. (2001). La obesidad y sus tendencias en la Región. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 10(2), 45-78.

- Phelan, S. y Wadden, T. (2002). Combining behavioral and pharmacological treatments for obesity. *Obesity Research*, 10(6), 560-572.
- Pichardo-Bahena, R. y Paz, F. (2005). Tejido Adiposo. En N. Méndez-Sánchez, y E. M. Uribe (Eds). *Obesidad. Conceptos Clínicos y Terapéuticos* (pp. 53-62). México: Masson Doima.
- Pinto, B., Clark, M., Cruess, D., Szymanski, L. y Pera, V. (1999). Changes in self-efficacy and desicional balance for exercise among obese women in a weight management program. *Obesity Research*, 7(3), 288-292.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical aproach: Crossing traditional boundaries of change*. Homewood, IL: Irwing.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. y Di Clemente, C. C. (1994). *Changing for Good*. New York: Avon Books Inc.
- Purdie, N. y McCrinle, A. (2002). Self-regulation, Self-efficacy and health behaviuor change in older adults. *Educational Gerontology*, 28, 379-400.
- Rimal, R. (2001). Longitudinal influences of knowledge and self-efficacy on exersice behavior: Test of a mutual reinforcement model. *Journal of Health Psychology*, 6(1), 31-46.
- Rink, T. J. (1994). In search of a safiety factor. *Nature*, 372, 406-407.
- Rivera, J., Barquera, S., Campirano, F., Campos, I., Safdie, M. y Tovar, V. (2002). Epidemiological and nutritional transition in Mexico: Rapid increase of non-communicable chronic disease and obesity. *Public Health Nutrition*, 5(1A), 113-122.

- Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernandez, S., Gonzalez-De Cossio, T., Hernandez-Prado, B. y Sepulveda, I. (2001). Encuesta Nacional de Nutrición 1999. Estado nutricional de niños y mujeres en México [ENN1999]. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Rodin, J., Elias, M., Silberstein, L. R. y Wagner, A. (1988). Combined behavioral and pharmacologic treatment for obesity: Predictors of successful weight maintenance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(3), 399-404.
- Rosenstock, I. M. (1974). The Health Belief Model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 354-386.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Sallis, J. F., Pinski, R. B., Grossman, R. M., Patterson, T. L. y Nader, P. R. (1988). The development of self-efficacy scales for health-related diet and exercise behaviors. *Health Education Research*, 3, 283-292.
- Sánchez-Castillo, C., Pichardo-Ontiveros, E., y López-R, P., (2004). Epidemiología de la Obesidad. *Gaceta Médica Mexicana*, 140(2), S3-S20.
- Sánchez-Castillo, C., Pichardo-Ontiveros E., López, P., Cabrera, G., Lozada, M., Jackson-Leach y cols. (2005). Epidemiología de la obesidad. En N. Méndez-Sánchez y E. M. Uribe (Eds.), *Obesidad. Conceptos Clínicos y Terapéuticos* (pp. 7-42). México: Masson Doima.

- Sánchez-Castillo, C., Velásquez-Monroy, O., Berber, A., Lara-Esqueda, A., Tapia-Conyer, R., James, P. y Grupo de Trabajo de Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. (2003). Anthropometric cutoff points for predicting chronic diseases in the Mexican national survey 2000. *Obesity Research*, 11(3), 350-372.
- Saunders, R.; Pate, R. R.; Felton, G. M.; Dowda, M.; Weinrich, M. C.; Parsons, M. A. y Baranowsky, T. (1997). Development of questionnaires to measure influences on children's physical activity. *Prev Med* 1997; 26, 241-247.
- Seyle, H. (1976). *The stress of life*. Nueva York: Mc Graw-Hill.
- Schultes, B., Peters, A., Hallschmid, M., Benedict, CH., Merl, V., Oltmanns, K. M. y cols. (2005). Modulation of food intake in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 28(12), 2884-2889.
- Schwarzer, R. (1992). Self-Efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and new model. En R. Schwarzer (Ed.), *Self-Efficacy. Though control of action* (pp. 217-243). EUA : Hemisphere.
- Schwarzer, R. y Fuchs, R. (1995). Self-efficacy and health behaviours. En: M. Conner y P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour: Research and practice with Social Cognition Models* (pp.xx-xx). Buckingham: Open University Press.
- Schwarsar, R. y Jerusalem, M. (1995). *Optimistic self-beliefs as a resource factor in coping with stress*. En S. E. Hobfoll y M. W. Devries (Eds.), *Extreme stress and communities : Impact and intervention* (pp. 159-177). NATO ASI series, Norwell : Kluwer Academic Publishers.
- Stuart, R. B. (1967). Behavioral control of overeating. *Behaviour Research Therapy*, 5, 357-365.

- Theis, A. (2003). La resiliencia en la literatura científica. En M. Manciaux (Ed.), *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp.45-59). España: Gedisa.
- Troiano, R. P., Flegal, K. M. (1998). Overweight children and adolescents: description, epidemiology, and demographics. *Pediatrics*, *101*, 497-504.
- Trost, S. G., Kerr, L. M., Ward, D. S., y Pate, R. R. (2001). Physical activity and determinants of physical activity in obese and non-obese children. *International Journal of Obesity*, *25*, 822-829.
- Turley, K. R., Wilmore, J. H. y Simons-Morton, B. G. (1994). The reability and validity of the 9-minute run in third grade children. *Pedriatric Excer Sci*, *6*, 178-187.
- Valdespino, J. L., Olaiz, G., López-Barajas, M. P., Mendoza, L., Palma, O., Velazquez, O., Tapia, R., Sepulveda, J. (2003). Encuesta Nacional de Salud 2000 Tomo I. Vivienda, población y utilización de servicios de salud [ENSA2000]. Cuernavaca, Morelos, México. Instituto Nacional de Salud Publica.
- Velázquez-Monroy, O., Rosas, M., Lara, A., Pastelín, G., Grupo ENSA 2000, Sánchez, C., Attie, F. y Tapia, R. (2003). Prevalencia e interacción de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México: Resultados finales de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. *Archivos de Cardiología México*, *73*(1), 62-77.
- Vermunt, S. H. F., Pasman, W. J., Schaafsma, G. y Kardinaal, A. F. M. (2003). Effects of sugar intake on body weight: A review. *Obesity Reviews*, *4*(2), 91-99.
- Villamarín, F. (1990). Auto-Eficacia y conductas relacionadas con la salud. *Revista de Psicología de la Salud*, *2*(1 y 2), 45-64.

- Violante, O. R. (2001). Obesidad y diabetes tipo II en el niño. Una nueva epidemia. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 9(2), 103-106.
- Watson, J. S. (1977). Depression and the perception of control of early childhood. En J. G. Schulterbrandt y A. Raskin (Eds.), *Depression in childhood: Diagnosis, treatment, and conceptual models* (pp.129-139). New York: Raven.
- Weintraub, M. (1992). Long-term weight control study: conclusions. *Clinical Pharmacological Therapy*, 51, 642-646.
- Weintraub, M., Sundaresan, P. R., Schuster, B. (1992). Long-term weight control study. VII (weeks 0 to 210). Serum lipid changes. *Clinical Pharmacological Therapy*, 51, 34-41.
- Werner, E. E. y Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. New York: Cambridge University Press.
- Wilson, G. T. (1995). Behavioral approaches to the treatment of obesity. *Behaviour Research Therapy*, 12, 227-231.
- World Health Organization (1995). Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO expert committee. World Health Organization (WHO Technical Report Series, No. 854), Geneva.
- World Health Organization (1998). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity Geneva, 3-5 June, 1997 (WHO/NUT/NCD/97.2). Executive Summary disponible de <http://www.oiti.org>

- World Health Organization (2000). Obesity: Preventing and Managing the global epidemic. WHO Obesity Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2003). *The World Health Report 2003*. Recuperado el 18 de enero de 2007 de <http://www.who.int/whr/2003/en/>
- Yang, H. y De Onis M. (2008). Algorithms for converting estimates of child malnutrition based on the NCHS reference into estimates based on the WHO Child Growth Standards. *BMC Pediatrics*, 8, 19. Open Acces 1-6.
- Zanatta, E. (2001). *Ansiedad y enfrentamiento: Perfil psicodiagnóstico de una comunidad estudiantil de nivel superior*. Tesis de Maestría: UNAM. Facultad de Psicología, México.
- Zayas, T. G., Chiong, M., Díaz, Y., Torrente, F. A. (2002). Obesidad en la infancia: Diagnóstico y tratamiento. *Revista Cubana de Pediatría*, 7(3), 215-219.
- Zhu, S., Heshka, S., Wang, Z., Shen, W., Allison, D., Ross, R. y cols. (2004). Combination of BMI and waist circumference for identifying cardiovascular risk factors in whites. *Obesity Research*, 12(4), 633-645.

ANEXO 3

ESCALA DE AUTOEFICACIA PARA EL CONTROL DEL PESO PARA NIÑOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Este cuestionario lo hicimos **para conocer cómo viven los niños de tu edad**. En él encontrarás preguntas acerca de hábitos o costumbres que cualquier niño como tú puede tener.

Contesta cada pregunta con toda honestidad, diciendo la verdad. **No te preocupes por puntajes ni calificaciones** pues **no hay respuestas buenas ni malas, tampoco respuestas correctas ni incorrectas**.

Recuerda, **trata de no dejar ninguna pregunta sin contestar**. **Tus respuestas no las conocerá nadie más**, por eso te pedimos que no pongas tu nombre.

Sí algo no te quedo claro, **¡no dudes en preguntar!**

¡GRACIAS POR TU AYUDA!

Instrucciones:

Contesta lo que se te indica. No dudes en preguntar si algo no te quedo claro.

A) DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Sexo: Hombre () Mujer ()	2. Edad: _____
	3. Grado Escolar: _____
4. ¿Con quién vives? a) Con mamá () b) Con papá () c) Con ambos padres () d) Con ambos padres y hermanos () e) Otro: _____	
5. ¿Cuántos hermanos tienes? _____	
6. Escolaridad de mamá: a) Sin estudios () b) Primaria () c) Secundaria () d) Preparatoria () e) Carrera técnica () f) Licenciatura () g) Posgrado ()	7. Escolaridad de papá: a) Sin estudios () b) Primaria () c) Secundaria () d) Preparatoria () e) Carrera técnica () f) Licenciatura () g) Posgrado ()
8. Ocupación de mamá: _____	
9. Ocupación de papá: _____	

B) CUESTIONARIO DE EJERCICIO FÍSICO Y ALIMENTACIÓN**Instrucciones:**

A continuación encontrarás una lista de enunciados acerca de si eres capaz o no de realizar cierta actividad en diferentes momentos. A la derecha encontrarás cinco opciones de respuesta: (0= **Nada capaz**, 1 = **Poco capaz**, 2= **Medianamente capaz**, 3= **Capaz** y 4= **Muy capaz**).

Tú, deberás marcar con una “X”, **QUÉ TAN CAPAZ TE CONSIDERAS EN ESTE MOMENTO** para realizar tal actividad. Observa el ejemplo:

	NADA CAPAZ	POCO CAPAZ	MEDIA- NAMENTE CAPAZ	CAPAZ	MUY CAPAZ
1. Soy capaz de estudiar cuando hay otras cosas que me gustan más hacer.	0	1	2	3	4

En el ejemplo, el niño que contestó este enunciado, se cree poco capaz para estudiar cuando hay otras cosas que le gustan más hacer.

Como puedes darte cuenta, cada opción de respuesta tiene **un número que indica que tan capaz te consideras** para llevar a cabo la actividad en las situaciones que dice el enunciado; esto te ayudará a responder mejor a cada enunciado.

No olvides, **el número 0 significa que te crees nada capaz mientras que, el número más grande, es decir, el número 4, significa que eres muy capaz y estás completamente seguro de poder realizar la actividad.**

¡BIEN!, AHORA CONTESTA LO SIGUIENTE.

	NADA CAPAZ	POCO CAPAZ	MEDIA- NAMENTE CAPAZ	CAPAZ	MUY CAPAZ
1. Soy capaz de realizar ejercicio cuando estoy triste.	0	1	2	3	4
2. Soy capaz de no comer alimentos poco saludables (chatarra) a la salida de la escuela.	0	1	2	3	4
3. Soy capaz de realizar ejercicio en lugar de ver televisión.	0	1	2	3	4
4. Soy capaz de no comer alimentos poco saludables (chatarra) cuando estoy enojado(a).	0	1	2	3	4
5. Soy capaz de realizar ejercicio además de mis clases de educación física en la escuela.	0	1	2	3	4
6. Soy capaz de no comer alimentos poco saludables (chatarra) cuando tengo dolor de cabeza.	0	1	2	3	4

Continuación...	NADA CAPAZ	POCO CAPAZ	MEDIA- NAMENTE CAPAZ	CAPAZ	MUY CAPAZ
7. Soy capaz de realizar ejercicio cuando estoy solo(a).	0	1	2	3	4
8. Soy capaz de no comer alimentos poco saludables (chatarra) cuando estoy contento(a).	0	1	2	3	4
9. Soy capaz de realizar ejercicio aunque no haya un patio, un parque o un deportivo disponibles para hacerlo.	0	1	2	3	4
10. Soy capaz de no comer alimentos poco saludables (chatarra) cuando voy a la tienda.	0	1	2	3	4
11. Soy capaz de realizar ejercicio en lugar de jugar videojuegos (p. ej. maquinitas, play station, XBOX u otros juegos de computadora)	0	1	2	3	4
12. Soy capaz de no comer alimentos poco saludables (chatarra) cuando estoy enfermo(a).	0	1	2	3	4
13. Soy capaz de realizar ejercicio cuando estoy cansado(a).	0	1	2	3	4
14. Soy capaz de no comer alimentos poco saludables (chatarra) cuando mis amigos me invitan a comerlos.	0	1	2	3	4
15. Soy capaz de realizar ejercicio después de un regaño de mis padres.	0	1	2	3	4
16. Soy capaz de no comer alimentos poco saludables (chatarra) cuando estoy ansioso(a) o preocupado(a).	0	1	2	3	4
17. Soy capaz de realizar ejercicio cuando estoy de vacaciones.	0	1	2	3	4
18. Soy capaz de no comer alimentos poco saludables (chatarra) mientras veo mi programa favorito en televisión.	0	1	2	3	4
19. Soy capaz de realizar ejercicio cuando no tengo mucho tiempo.	0	1	2	3	4
20. Soy capaz de no comer alimentos poco saludables (chatarra) cuando me siento triste.	0	1	2	3	4

Continuación...	NADA CAPAZ	POCO CAPAZ	MEDIA- NAMENTE CAPAZ	CAPAZ	MUY CAPAZ
21. Soy capaz de realizar ejercicio cuando hace mucho calor.	0	1	2	3	4
22. Soy capaz de no comer alimentos poco saludables (chatarra) cuando voy de paseo.	0	1	2	3	4
23. Soy capaz de realizar ejercicio cuando estoy enojado(a).	0	1	2	3	4
24. Soy capaz de no comer alimentos poco saludables (chatarra) durante la hora del recreo.	0	1	2	3	4
25. Soy capaz de realizar ejercicio cuando siento que no dormí bien.	0	1	2	3	4
26. Soy capaz de no comer alimentos poco saludables (chatarra) cuando mis papás me han dicho que no debo comerlos.	0	1	2	3	4
27. Soy capaz de realizar ejercicio cuando mis profesores dejan mucha tarea para casa.	0	1	2	3	4
28. Soy capaz de no comer alimentos poco saludables (chatarra) cuando voy a una fiesta.	0	1	2	3	4
29. Soy capaz de realizar ejercicio después de recibir una crítica o burla de mis amigos.	0	1	2	3	4
30. Soy capaz de no comer alimentos poco saludables (chatarra) cuando estoy cansado(a).	0	1	2	3	4

¡TERMINASTE ... GRACIAS!



ANEXO 4**FORMATO EMPLEADO PARA EL JUEGO DE LA ESCALA ORIGINAL****“ESCALA DE AUTOEFICACIA PARA EL CONTROL DEL PESO EN ESCOLARES (9-12 AÑOS)”**

La **AUTOEFICACIA** se refiere a las creencias que posee un sujeto de sus habilidades para ejecutar una conducta requerida para producir una respuesta (Bandura, 1977). La autoeficacia y es **particular a un dominio de funcionamiento**, es decir, para una conducta específica o grupo de conductas en contextos específicos.

La **ESCALA DE AUTOEFICACIA PARA EL CONTROL DE PESO PARA NIÑOS (9-12 años)**, está diseñada para medir las creencias que **-un niño-** posee de sus habilidades para llevar a cabo conductas dirigidas a controlar el peso corporal, tales como la realización de actividad física y el control de la ingesta, en situaciones de riesgo.

La escala esta compuesta por un total de **31 reactivos**, cada uno con **5 opciones de respuesta** (**0= NADA CAPAZ, 1= POCO CAPAZ, 2= MEDIANAMENTE CAPAZ, 3= CAPAZ y 4= MUY CAPAZ**).

Le solicito que, con base en los conocimientos que usted posee del área, califique la validez de esta escala; a continuación encontrará listados cada uno de ellos en una tabla que contiene una serie de preguntas. **Marque** con una “X” **qué tanto está de acuerdo** en que **CADA UNO DE LOS REACTIVOS** mide autoeficacia para el control del peso en niños en edad escolar (9-12 años), si éstos son pertinentes para la población blanco, si el uso del lenguaje es adecuado y si considera que están bien redactados. **HAGA ANOTACIONES SI CONSIDERA NECESARIO.**

¡GRACIAS!

REACTIVO	¿CONSIDERA QUE MIDE AUTOEFICACIA (AE) PARA EL CONTROL DEL PESO?			¿ES PERTINENTE PARA LA POBLACIÓN BLANCO?			¿EL EMPLEO DEL LENGUAJE ES ADECUADO?			¿ENCUENTRA ERRORES DE REDACCIÓN?			¿IMPLICA SUFICIENTE DIFICULTAD QUE AYUDE A DISCRIMINAR NIVELES DE AE?		
1. Soy capaz de realizar ejercicio cuando estoy deprimido.															
	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA
2. Soy capaz de controlar el deseo de no comer alimentos poco saludables (chatarra) cuando estoy enojado.															
	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA
3. Soy capaz de realizar ejercicio cuando estoy solo.															
	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA
4. Soy capaz de controlar el deseo de comer alimentos poco saludables (chatarra) a la salida de la escuela.															
	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA
5. Soy capaz de controlar el deseo de comer alimentos poco saludables (chatarra) cuando voy a la tienda.															
	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA
6. Soy capaz de realizar ejercicio cuando no hay muchos lugares disponibles para hacer ejercicio (parque, deportivo, patio).															
	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA

TD = Totalmente en Desacuerdo

D = Desacuerdo

NA = Ni acuerdo, ni desacuerdo

A = De Acuerdo

TA = Totalmente de Acuerdo

REACTIVO	¿CONSIDERA QUE MIDE AUTOEFICACIA (AE) PARA EL CONTROL DEL PESO?		¿ES PERTINENTE PARA LA POBLACIÓN BLANCO?		¿EL EMPLEO DEL LENGUAJE ES ADECUADO?		¿ENCUENTRA ERRORES DE REDACCIÓN?		¿IMPLICA SUFICIENTE DIFICULTAD QUE AYUDE A DISCRIMINAR NIVELES DE AE?						
7. Soy capaz de controlar el deseo de comer alimentos poco saludables (chatarra) cuando tengo dolor de															
	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA	D	NA	A	TA	
8. Soy capaz de realizar ejercicio cuando un canal de televisión transmite programas que me gustan.															
	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA
9. Soy capaz de realizar ejercicio cuando es posible jugar videojuegos.															
	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA
10. Soy capaz de realizar ejercicio además de mis clases de educación física, en la escuela.															
	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA
11. Soy capaz de realizar ejercicio cuando estoy cansado.															
	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA
12. Soy capaz de realizar ejercicio después de un regaño de mis padres.															
	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA
13. Soy capaz de controlar el deseo de comer alimentos poco saludables (chatarra) cuando estoy contento.															
	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA

TD = Totalmente en **Desacuerdo**

D = **Desacuerdo**

NA = Ni acuerdo, ni **desacuerdo**

A = **De Acuerdo**

TA = Totalmente de **Acuerdo**

REACTIVO	¿CONSIDERA QUE MIDE AUTOEFICACIA (AE) PARA EL CONTROL DEL PESO?			¿ES PERTINENTE PARA LA POBLACIÓN BLANCO?			¿EL EMPLEO DEL LENGUAJE ES ADECUADO?			¿ENCUENTRA ERRORES DE REDACCIÓN?			¿IMPLICA SUFICIENTE DIFICULTAD QUE AYUDE A DISCRIMINAR NIVELES DE AE?		
14. Soy capaz de controlar el deseo de comer alimentos poco saludables (chatarra) mientras veo mi programa favorito en televisión.															
	TD	D	NA	TD	D	NA	TD	D	NA	TD	D	NA	TD	D	NA
15. Soy capaz de controlar el deseo de comer alimentos poco saludables (chatarra) cuando mis papás me han dicho que no debo comerlos.															
	TD	D	NA	TD	D	NA	TD	D	NA	TD	D	NA	TD	D	NA
16. Soy capaz de controlar el deseo de comer alimentos poco saludables (chatarra) cuando me siento triste.															
	TD	D	NA	TD	D	NA	TD	D	NA	TD	D	NA	TD	D	NA
17. Soy capaz de controlar el deseo de comer alimentos poco saludables (chatarra) cuando estoy enfermo.															
	TD	D	NA	TD	D	NA	TD	D	NA	TD	D	NA	TD	D	NA
18. Soy capaz de realizar ejercicio cuando estoy de vacaciones.															
	TD	D	NA	TD	D	NA	TD	D	NA	TD	D	NA	TD	D	NA
19. Soy capaz de realizar ejercicio cuando no tengo mucho tiempo.															
	TD	D	NA	TD	D	NA	TD	D	NA	TD	D	NA	TD	D	NA

TD = Totalmente en Desacuerdo

D = Desacuerdo

NA = Ni acuerdo, ni desacuerdo

A = De Acuerdo

TA = Totalmente de Acuerdo

REACTIVO	¿CONSIDERA QUE MIDE AUTOEFICACIA (AE) PARA EL CONTROL DEL PESO?			¿ES PERTINENTE PARA LA POBLACIÓN BLANCO?			¿EL EMPLEO DEL LENGUAJE ES ADECUADO?			¿ENCUENTRA ERRORES DE REDACCIÓN?			¿IMPLICA SUFICIENTE DIFICULTAD QUE AYUDE A DISCRIMINAR NIVELES DE AE?		
20. Soy capaz de controlar el deseo de comer alimentos poco saludables (chatarra) cuando mis amigos me invitan a comerlos.															
	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA
21. Soy capaz de controlar el deseo de comer alimentos poco saludables (chatarra) cuando estoy cansado.															
	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA
22. Soy capaz de realizar ejercicio cuando mis profesores dejan mucha tarea para casa.															
	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA
23. Soy capaz de realizar ejercicio cuando hace mucho calor.															
	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA
24. Soy capaz de realizar ejercicio cuando estoy enojado.															
	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA
25. Soy capaz de controlar el deseo de comer alimentos poco saludables (chatarra) cuando voy a una fiesta.															
	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA
26. Soy capaz de realizar ejercicio cuando siento que no dormí bien.															
	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA

TD = Totalmente en **D**esacuerdo

D = **D**esacuerdo

NA = Ni acuerdo, ni desacuerdo

A = De **A**cuerdo

TA = Totalmente de **A**cuerdo

REACTIVO	¿CONSIDERA QUE MIDE AUTOEFICACIA (AE) PARA EL CONTROL DEL PESO?				¿ES PERTINENTE PARA LA POBLACIÓN BLANCO?				¿EL EMPLEO DEL LENGUAJE ES ADECUADO?				¿ENCUENTRA ERRORES DE REDACCIÓN?				¿IMPLICA SUFICIENTE DIFICULTAD QUE AYUDE A DISCRIMINAR NIVELES DE AE?			
27. Soy capaz de controlar el deseo de comer alimentos poco saludables (chatarra) cuando estoy ansioso o preocupado.																				
	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA
28. Soy capaz de realizar ejercicio después de recibir una crítica o burla de mis amigos.																				
	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA
29. Soy capaz de realizar ejercicio cuando no tengo ropa deportiva.																				
	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA
30. Soy capaz de controlar el deseo de comer alimentos poco saludables (chatarra) durante la hora del recreo.																				
	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA
31. Soy capaz de controlar el deseo de comer alimentos poco saludables (chatarra) cuando voy de paseo fuera de																				
	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA	TD	D	NA	A	TA

TD = Totalmente en Desacuerdo

D = Desacuerdo

NA = Ni acuerdo, ni desacuerdo

A = De Acuerdo

TA = Totalmente de Acuerdo

ANEXO 5

ANÁLISIS DE CONSISTENCIA INTERJUECES, % DE CONCORDANCIA

RESULTADOS JUECEO					
REACTIVO		VALIDEZ TEÓRICA	PERTINENCIA	LENGUAJE	REDACCIÓN
r1	Soy capaz de realizar ejercicio cuando estoy triste.	70	80	80	80
r2	Soy capaz de no comer alimentos poco saludables (chatarra) cuando estoy enojado.	100	80	80	80
r3	Soy capaz de realizar ejercicio cuando estoy solo.	80	80	70	90
r4	Soy capaz de no comer alimentos poco saludables (chatarra) a la salida de la escuela.	100	100	100	100
r5	Soy capaz de no comer alimentos poco saludables (chatarra) cuando voy a la tienda.	100	100	100	100
r6	Soy capaz de realizar ejercicio cuando no hay muchos lugares disponibles para hacer ejercicio (parque, deportivo, patio).	80	70	60	70
r7	Soy capaz de no comer alimentos poco saludables (chatarra) cuando tengo dolor de cabeza.	80	70	70	70
r8	Soy capaz de realizar ejercicio cuando un canal de televisión transmite programas que me gustan.	70	80	60	90
r9	Soy capaz de realizar ejercicio cuando es posible jugar videojuegos.	70	90	80	70
r10	Soy capaz de realizar ejercicio además de mis clases de educación física, en la escuela.	100	90	80	80
r11	Soy capaz de realizar ejercicio cuando estoy cansado.	100	100	80	90
r12	Soy capaz de realizar ejercicio después de un regaño de mis padres.	80	90	80	90
r13	Soy capaz de no comer alimentos poco saludables (chatarra) cuando estoy contento.	100	100	80	90
r14	Soy capaz de no comer alimentos poco saludables (chatarra) mientras veo mi programa favorito en televisión.	100	100	90	90

r15	Soy capaz de no comer alimentos poco saludables (chatarra) cuando mis papás me han dicho que no debo comerlos.	100	100	90	90
r16	Soy capaz de no comer alimentos poco saludables (chatarra) cuando me siento triste.	90	100	90	90
r17	Soy capaz de no comer alimentos poco saludables (chatarra) cuando estoy enfermo.	90	100	90	90
r18	Soy capaz de realizar ejercicio cuando estoy de vacaciones.	90	80	90	90
r19	Soy capaz de realizar ejercicio cuando no tengo mucho tiempo.	90	80	90	90
r20	Soy capaz de no comer alimentos poco saludables (chatarra) cuando mis amigos me invitan a comerlos.	100	100	90	80
r21	Soy capaz de no comer alimentos poco saludables (chatarra) cuando estoy cansado.	80	90	90	80
r22	Soy capaz de realizar ejercicio cuando mis profesores dejan mucha tarea para casa.	100	90	90	90
r23	Soy capaz de realizar ejercicio cuando hace mucho calor.	90	90	90	90
r24	Soy capaz de realizar ejercicio cuando estoy enojado.	100	100	90	90
r25	Soy capaz de no comer alimentos poco saludables (chatarra) cuando voy a una fiesta.	100	100	90	90
r26	Soy capaz de realizar ejercicio cuando siento que no dormí bien.	90	80	90	90
r27	Soy capaz de no comer alimentos poco saludables (chatarra) cuando estoy ansioso o preocupado.	100	90	80	100
r28	Soy capaz de realizar ejercicio después de recibir una crítica o burla de mis amigos.	90	100	90	100
r29	Soy capaz de realizar ejercicio cuando no tengo ropa deportiva.	70	50	90	90
r30	Soy capaz de no comer alimentos poco saludables (chatarra) durante la hora del recreo.	100	100	90	90
r31	Soy capaz de no comer alimentos poco saludables (chatarra) cuando voy de paseo fuera de mi casa.	100	100	90	90

ANEXO 6

MEDIAS POR GRUPO DE AUTOEFICACIA PARA EL CONTROL DEL PESO

REACTIVO	GRUPO	MEDIA	DESV. STD.	F	SIG.
R1 Capaz ejercicio triste	BAJO PESO	2.88	1.246	2.649	.051
	PESO SALUDABLE	1.99	1.163		
	RIESGO SOBREPESO	1.69	1.158		
	SOBREPESO	1.84	.898		
	TOTAL	1.92	1.156		
R2 Capaz no comer chatarra salida escuela	BAJO PESO	2.63	1.302	2.14	.887
	PESO SALUDABLE	2.30	1.360		
	RIESGO SOBREPESO	2.33	1.329		
	SOBREPESO	2.47	1.264		
	TOTAL	2.34	1.327		
R3 Capaz ejercicio en vez de ver televisión	BAJO PESO	2.25	1.389	.088	.967
	PESO SALUDABLE	2.42	1.346		
	RIESGO SOBREPESO	2.45	1.292		
	SOBREPESO	2.53	1.349		
	TOTAL	2.43	1.320		
R4 Capaz no comer chatarra enojado	BAJO PESO	2.13	1.642	1.080	.359
	PESO SALUDABLE	1.68	1.398		
	RIESGO SOBREPESO	2.14	1.620		
	SOBREPESO	1.95	1.615		
	TOTAL	1.88	1.508		
R5 Capaz ejercicio aparte escuela	BAJO PESO	3.88	.354	2.615	.053
	PESO SALUDABLE	2.94	1.282		
	RIESGO SOBREPESO	2.57	1.384		
	SOBREPESO	2.74	1.327		
	TOTAL	2.85	1.313		
R6 Capaz no comer chatarra dolor de cabeza	BAJO PESO	1.50	1.604	.519	.670
	PESO SALUDABLE	2.02	1.756		
	RIESGO SOBREPESO	2.06	1.688		
	SOBREPESO	1.63	1.640		
	TOTAL	1.96	1.708		
R7 Capaz ejercicio solo	BAJO PESO	3.63	.518	3.021	.032
	PESO SALUDABLE	2.99	1.207		
	RIESGO SOBREPESO	2.45	1.385		
	SOBREPESO	2.79	1.316		
	TOTAL	2.83	1.280		
R8 Capaz no comer chatarra contento	BAJO PESO	1.88	.991	1.194	.314
	PESO SALUDABLE	2.07	1.404		
	RIESGO SOBREPESO	2.24	1.575		
	SOBREPESO	1.53	1.307		
	TOTAL	2.05	1.435		
R9 Capaz ejercicio sin espacio disponible	BAJO PESO	2.88	1.356	.917	.434
	PESO SALUDABLE	2.90	1.196		
	RIESGO SOBREPESO	2.57	1.354		
	SOBREPESO	2.53	2.504		
	TOTAL	2.75	1.291		
R10 Capaz no comer chatarra tienda	BAJO PESO	2.00	1.512	.066	.978
	PESO SALUDABLE	1.87	1.306		
	RIESGO SOBREPESO	1.80	1.399		
	SOBREPESO	1.84	1.259		
	TOTAL	1.85	1.328		

REACTIVO	GRUPO	MEDIA	DESV. STD.	F	SIG.
R11 Capaz ejercicio en vez de jugar	BAJO PESO	1.75	1.982	1.079	.360
	PESO SALUDABLE	1.98	1.529		
	RIESGO SOBREPESO	1.98	1.479		
	SOBREPESO	1.32	1.336		
	TOTAL	1.89	1.517		
R12 Capaz no comer chatarra enfermo	BAJO PESO	2.25	1.753	.971	.408
	PESO SALUDABLE	1.60	1.708		
	RIESGO SOBREPESO	2.04	1.837		
	SOBREPESO	2.06	1.862		
	TOTAL	1.82	1.768		
R13 Capaz ejercicio cansado	BAJO PESO	2.13	1.246	1.550	.204
	PESO SALUDABLE	1.45	1.348		
	RIESGO SOBREPESO	1.57	1.399		
	SOBREPESO	1.00	1.000		
	TOTAL	1.47	1.331		
R14 Capaz no comer chatarra amigos invitan	BAJO PESO	2.00	1.604	1.364	.256
	PESO SALUDABLE	2.31	1.222		
	RIESGO SOBREPESO	1.94	1.360		
	SOBREPESO	1.79	1.273		
	TOTAL	2.12	1.295		
R15 Capaz ejercicio después de regaño	BAJO PESO	1.88	1.246	.240	.868
	PESO SALUDABLE	1.79	1.440		
	RIESGO SOBREPESO	1.59	1.593		
	SOBREPESO	1.84	1.500		
	TOTAL	1.74	1.477		
R16 Capaz no comer chatarra ansioso	BAJO PESO	1.50	1.690	.202	.895
	PESO SALUDABLE	1.76	1.502		
	RIESGO SOBREPESO	1.90	1.571		
	SOBREPESO	1.74	1.195		
	TOTAL	1.79	1.490		
R17 Capaz ejercicio en vacaciones	BAJO PESO	2.50	1.512	1.318	.217
	PESO SALUDABLE	2.83	1.387		
	RIESGO SOBREPESO	2.42	1.456		
	SOBREPESO	2.26	1.695		
	TOTAL	2.62	1.457		
R18 Capaz no comer chatarra televisión	BAJO PESO	1.63	1.598	.511	.675
	PESO SALUDABLE	2.26	1.449		
	RIESGO SOBREPESO	2.10	1.517		
	SOBREPESO	2.21	1.437		
	TOTAL	2.17	1.469		
R19 Capaz ejercicio sin tiempo	BAJO PESO	2.00	1.927	1.233	.300
	PESO SALUDABLE	1.71	1.339		
	RIESGO SOBREPESO	1.31	1.245		
	SOBREPESO	1.63	1.212		
	TOTAL	1.59	1.332		
R20 Capaz no comer chatarra triste	BAJO PESO	2.13	1.246	1.033	.380
	PESO SALUDABLE	1.58	1.390		
	RIESGO SOBREPESO	1.96	1.513		
	SOBREPESO	1.53	1.504		
	TOTAL	1.72	1.437		

REACTIVO	GRUPO	MEDIA	DESV. STD.	F	SIG.
R21 Capaz ejercicio en calor	BAJO PESO	2.00	1.604	.694	.557
	PESO SALUDABLE	2.24	1.502		
	RIESGO SOBREPESO	2.16	1.586		
	SOBREPESO	1.68	1.565		
	TOTAL	2.14	1.536		
R22 Capaz no comer chatarra paseo	BAJO PESO	1.875	1.8077	.798	.497
	PESO SALUDABLE	2.179	1.3898		
	RIESGO SOBREPESO	2.204	1.4431		
	SOBREPESO	1.684	1.1572		
	TOTAL	2.113	1.4008		
R23 Capaz ejercicio enojado	BAJO PESO	2.00	1.309	.610	.609
	PESO SALUDABLE	1.93	1.479		
	RIESGO SOBREPESO	1.59	1.540		
	SOBREPESO	1.95	1.508		
	TOTAL	1.83	1.489		
R24 Capaz no comer chatarra en recreo	BAJO PESO	1.38	1.685	.494	.687
	PESO SALUDABLE	1.96	1.443		
	RIESGO SOBREPESO	1.92	1.366		
	SOBREPESO	1.74	1.485		
	TOTAL	1.89	1.430		
R25 Capaz ejercicio sin dormir bien	BAJO PESO	1.25	.886	1.332	.266
	PESO SALUDABLE	1.79	1.354		
	RIESGO SOBREPESO	1.61	1.579		
	SOBREPESO	2.26	1.408		
	TOTAL	1.76	1.421		
R26 Capaz no comer chatarra, papá no deben	BAJO PESO	1.63	1.302	1.341	.263
	PESO SALUDABLE	1.92	1.515		
	RIESGO SOBREPESO	2.27	1.578		
	SOBREPESO	1.53	1.389		
	TOTAL	1.96	1.517		
R27 Capaz ejercicio profesora con tarea para casa	BAJO PESO	2.38	1.685	1.444	.232
	PESO SALUDABLE	1.95	1.439		
	RIESGO SOBREPESO	1.59	1.471		
	SOBREPESO	2.26	1.408		
	TOTAL	1.90	1.463		
R28 Capaz no comer chatarra cuando voy fiesta	BAJO PESO	1.25	1.282	1.428	.237
	PESO SALUDABLE	2.26	1.457		
	RIESGO SOBREPESO	2.10	1.311		
	SOBREPESO	1.95	1.353		
	TOTAL	2.13	1.400		
R29 Capaz ejercicio después de burla o crítica	BAJO PESO	2.50	1.512	1.091	.355
	PESO SALUDABLE	2.04	1.532		
	RIESGO SOBREPESO	1.92	1.539		
	SOBREPESO	2.58	1.427		
	TOTAL	2.09	1.523		
R30 Capaz no comer chatarra cansado	BAJO PESO	2.38	1.188	.984	.402
	PESO SALUDABLE	1.83	1.551		
	RIESGO SOBREPESO	2.24	1.575		
	SOBREPESO	1.79	1.686		