



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

## ANSIEDAD Y DEPRESIÓN COMO FACTORES DE RIESGO EN NIÑAS CON SOBRE PESO

### TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

**AIDA ALIN MIRELES PENILLA**

DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA GÓMEZ-PERESMITRÉ  
REVISORA DE TESIS: DRA. CORINA CUEVAS RENAUD

SINODALES: DR. JORGE ROGELIO PÉREZ ESPINOSA  
MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO  
LIC. RAÚL JURADO CARDENAS



MÉXICO D.F., CIUDAD UNIVERSITARIA 2017



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

---

# Agradecimientos

---

**A** la directora de tesis la Dra. Gilda Gómez Pérez Mitré, por compartir su experiencia, por su guía y dedicación en la realización de este trabajo.

**A** Silviecita, por su paciencia, apoyo y dedicación a cada aspecto de la investigación.

## **A mis padres,**

Max (Pop) por ser el más grande ejemplo en mí vida, por siempre apoyarme y guiarme en mis decisiones, por enseñarme que nunca es tarde para seguir los sueños que tenemos.

Ana (Mom) por guiarme, enseñarme y ayudarme en todo lo académico, siempre me enseñaste que estudiar era un camino difícil pero satisfactorio.

## **A mis hermanos (Segundos padres),**

Omar por ser mi hermano mayor y ejemplo en mi vida, ya que me enseñaste el valor de siempre luchar por lo que se quiere y el camino hacia la mejor universidad, la UNAM.

Erik por ser mi ejemplo de relajación, por ser mi hermano, hermana mayor y por estar siempre para mí desde pequeña, ya fuera de “chofer”, de “nano”, mi ayuda...

**A** Daniel, por todos los años vividos juntos, por tu ejemplo, por estar conmigo en momentos difíciles, entenderme, apoyarme y ayudarme a salir adelante, por tu paciencia y compañía.

**A** Max (Bebote), por ser el bebé más lindo, un angelito que trajo alegría a la familia, por ser un símbolo de esperanza.

## **A mis cuñadas,**

Gaby, por ser una mujer valiente y fuerte, por darme a Max y a Julián, por los momentos divertidos que pasamos, por ser parte de mi familia.

Chely, por ser mi cuñada, por compartir con nosotros una niña tan linda como Brisa, por todos los años compartidos, por ser mi mamá segunda en algunas ocasiones, por hacer más amenas las reuniones con tu plática.

**A** Gabriela, por ser un ejemplo de mujer, por el tiempo que convivimos juntas.

**A** mis tíos, Mario y Lety

**A** mis amigas y amigos

**A** mí amada Universidad Nacional Autónoma de México, por permitirme ser parte de ella, ser universitaria es un orgullo.

“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPIRITU”  
¡GOOYA... GOYA... UNIVERSIDAD!

Resumen .....	6
Introducción.....	8
1. Proceso Salud-Enfermedad .....	11
1.1. Antecedentes .....	11
1.1.1. Concepciones médicas .....	13
1.1.2. Concepciones sociales.....	14
1.2. Definición de Salud .....	15
1.3. Definición de Enfermedad.....	17
1.4. Promoción de salud .....	19
1.5. Prevención de la enfermedad .....	20
1.5.1. Prevención primaria .....	21
1.5.2. Prevención secundaria.....	21
1.5.3. Prevención terciaria.....	22
1.6. Diferencia entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad	23
2. Obesidad .....	25
2.1. Definición .....	25
2.2. Epidemiología .....	27
2.3. Factores de Riesgo para la Obesidad.....	29
2.4. Clasificación.....	33
2.5. Teorías sobre la obesidad .....	35
2.6. Medición de la obesidad .....	37
2.7. Obesidad Infantil.....	38
2.8. Tratamiento de la obesidad .....	39
3. Depresión .....	44
3.1. Tipos de alteraciones emocionales.....	46
3.2. Antecedentes de la Depresión .....	48
3.3. Teorías acerca de la Depresión .....	49
3.3.1. Cognitiva- Conductual .....	49
3.3.2. Psicodinámica .....	51
3.3.3. Orgánica.....	52
3.4. Definición .....	52
3.5. Depresión enmascarada.....	54
3.6. Elementos que conllevan a la depresión .....	56
3.7. Epidemiología .....	57
3.8. Depresión y su relación con la obesidad .....	60
4. Ansiedad .....	64
4.1. Antecedentes .....	64
4.2. Definición de Ansiedad .....	65

4.2.1. Ansiedad Estado .....	67
4.2.2. Ansiedad Rasgo .....	68
4.3. Causas de la Ansiedad .....	68
4.4. Síntomas de Ansiedad .....	69
4.5. Clasificación .....	70
4.6. Teorías sobre la ansiedad .....	71
4.6.1. Teoría Cognoscitiva .....	71
4.6.2. Teoría Psicodinámica .....	71
4.6.3. Teoría conductista .....	72
4.7. Epidemiología .....	72
4.8. Relación entre la Obesidad y la Ansiedad .....	74
4.9. Terapia Cognitivo-Conductual para la Ansiedad .....	75
5. Plan de Investigación .....	77
Objetivo General .....	77
Objetivos específicos .....	77
Planteamiento del problema .....	77
Hipótesis de trabajo .....	77
Definición de variables .....	78
Método .....	81
Diseño de investigación .....	81
Muestra .....	82
Instrumentos y aparatos .....	82
Procedimiento .....	84
Análisis estadísticos de los datos .....	84
6. Resultados .....	86
7. Discusión y Conclusiones .....	103
Referencias .....	108
Anexos .....	117

---

# Resumen



## Resumen

El **objetivo\*\*** general de esta investigación fue determinar si existe relación entre afecto negativo (ansiedad y depresión) y factores de riesgo en trastorno de la conducta alimentaria en niñas con peso corporal alto y normopeso. **Participantes.** Se trabajó con una muestra no probabilística n= 500, con una edad entre los 9 y 12 años de edad, de primarias públicas del distrito federal de quinto y sexto año que presenten factores de riesgo relacionados con afecto negativo. **Procedimiento.** Se solicitó la colaboración de la institución, así como el permiso de padres e hijas para el uso de los datos obtenidos en una investigación dirigida a prevenir sobrepeso. La aplicación de los instrumentos se realizó en los salones de clase de manera grupal en los horarios establecidos por la institución. Posteriormente se detectó a las niñas con factores de riesgo. **Análisis de datos.** La investigación será de campo correlacional, ex post-facto y transversal en el cual se aplicó estadística descriptiva e inferencial. La primera fue para conocer la distribución de las variables de estudio y las características de las participantes. La estadística inferencial nos ayudó a comprobar las hipótesis de trabajo y a observar el comportamiento y propiedades de la muestra con el fin de obtener los resultados de nuestra investigación. **Discusión y conclusiones.** Los resultados de la investigación dan cuenta de la insatisfacción corporal, donde se encontró que la mayoría de las niñas con peso corporal elevado presentaron una mayor insatisfacción positiva en comparación con las niñas normopeso quienes presentaron una insatisfacción negativa. De igual manera las niñas con peso corporal alto presentaron un mayor porcentaje de subestimación corporal, es decir, se ven más delgadas de lo que en realidad están.

“Investigación realizada gracias al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM <<IN304315 >> <<Programa para la formación del niño promotor de la salud alimentaria. Estrategia para la prevención de obesidad>>.”

---

# Introducción

---





## Introducción

Actualmente la obesidad ha sido considerada a nivel mundial como un problema de salud pública de gravedad, debido a que los índices de prevalencia aumentan de una manera drástica. Esto lleva a considerar la obesidad como un fenómeno global, como una epidemia creciente y no controlada debido a que en población infantil está aumentando de manera alarmante tanto en países de primer mundo como en países en desarrollo, llegándose a considerar como la enfermedad nutricional más importante, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone una inmediata intervención (Tojo, Leis y Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría, 2006).

En México la obesidad infantil proyecta cifras muy altas de prevalencia, por esta razón es importante su estudio y su relación con los factores de riesgo entre las que se encuentran la ansiedad y la depresión, comer por compensación psicológica, entre otros, con el fin de poder prevenir y en un futuro disminuir las cifras de esta enfermedad. Existen en la actualidad numerosos estudios sobre la relación de las conductas de alto riesgo con la presencia de depresión y/o ansiedad en adolescentes y adultos, pero poco se sabe de ésta relación en preadolescentes. De hecho, existe poca evidencia sobre esta población y aunque ha habido numerosos estudios sobre la presencia de ansiedad y depresión como factores de riesgo de trastornos de conducta alimentaria, dichos estudios se han realizado en población adolescente y adulta mayoritariamente enfocados a la anorexia, bulimia nervosas o trastornos de la conducta alimentaria no especificados, pero son pocos los que se relacionan con la obesidad en la adolescencia. Es importante hacer énfasis en que la ansiedad y la depresión pueden ser factores de riesgo para los preadolescentes que presentan sobrepeso u

obesidad, pues es en esta etapa donde sus cuerpos pasan por cambios, físicos y psicológicos los cuales en diversas ocasiones afectan y modifican su estado de ánimo, lo que puede influir en los hábitos alimenticias, un ejemplo de ellos es la decisión de comer demás o dejar de comer ciertos alimentos.

En la presente investigación se planteó como objetivo de investigación determinar si hay existe relación entre el afecto negativo (ansiedad y depresión) y los factores de riesgo (comer por compensación Psicológica, dieta restringida, satisfacción/insatisfacción y alteración corporal) en trastornos de la conducta alimentaria en niñas con peso corporal alto (sobrepeso y obesidad) y normopeso.

Se incluyen cuatro capítulos teóricos en los cuales se abordan de manera detallada el problema de la obesidad, sus diferentes definiciones y causas, se abordad de igual manera la relación de la obesidad con la ansiedad y la depresión, así como sus causas y consecuencias.

De manera detallada: En el capítulo 1, se describe el proceso de Salud-Enfermedad. En el capítulo 2, se aborda el tema de la Obesidad, la importancia de su investigación, sus causas, consecuencias, así como epidemiología en México principalmente. Capítulo 3, se define lo que es la depresión, así como sus consecuencias y su relación con la obesidad. Capítulo 4, se aborda el tema de la Ansiedad, su definición, sus causas, consecuencias, de igual manera su relación con la obesidad.

En la parte final del presente trabajo se discuten de manera general los resultados y las conclusiones, en las cuales se recapitula la información teórica y referencias consultadas en los capítulos anteriores del trabajo para confrontarlas con los resultados obtenidos en este estudio. Por último se mencionan las limitaciones y sugerencias para mejorar la investigación.

---

# Capítulo 1

## Proceso Salud- Enfermedad

---

# 1. Proceso Salud-Enfermedad

## 1.1. Antecedentes

El concepto de salud a través del tiempo no se ha mantenido estático pues ha sido modificado de diversas maneras, a través de la historia y a través de las épocas, al igual que este concepto puede incluir diversas variaciones de un grupo social a otro como se verá más adelante (Castro, Villegas, Garcés, Muñoz, Lugo, Gómez y Toro, 2007).

El paradigma antiguo acerca de la Salud y la Enfermedad tiene sus inicios en Grecia en donde los filósofos de la naturaleza se enfrentaron a las concepciones mágicas prevalentes en la época; propusieron la enfermedad como la resultante de un desequilibrio de la naturaleza general, constituida por cuatro elementos: agua, aire, fuego y tierra; posteriormente Hipócrates basado en esta teoría afirmaba que la alteración de los cuatro elementos esenciales del cuerpo (flema, sangre, bilis amarilla y bilis negra) producía la enfermedad (Castro, et. al, 2007). El pensamiento hipocrático, considera la salud como el equilibrio de los diferentes humores y la enfermedad como su desequilibrio, ya sea por exceso o por defecto. Estas diferentes concepciones han provocado mucha divergencia en lo que es la enfermedad y más importantemente como podría ser la definición de salud a través del tiempo (Frías, 2002).

La versión Galénica de la enfermedad se fundamenta en esta concepción y considera que la naturaleza de la enfermedad; su esencia, consiste en ser desequilibrante, alteración que aparta al organismo individual de la ordenación regular de su propia naturaleza. Durante el medioevo, especialmente en la Europa Occidental, predominó la idea del origen sobrenatural de la enfermedad, fundada en la concepción judeocristiana, que concibe la misma como un castigo divino (Vergara, 2008).

En el siglo XIX la noción de salud se encontraba caracterizada por una concepción biológica definida a partir de la enfermedad tratando de explicar este concepto desde varias perspectivas teóricas: la teoría demoníaca primitiva afirmaba que la muerte y la enfermedad eran causadas por espíritus malignos. Este desequilibrio es consecuencia de la interacción de las causas externas tales como la alimentación, la acción del medio, el clima, la temperatura, las estaciones, entre otras, y de las causas internas: la condición individual de la naturaleza típica del paciente en quien puede predominar uno de sus humores (Alcántara, 2008).

En la actualidad y hablando de un paradigma moderno (Alcántara, 2008) existen diversas concepciones de salud, así como diversas formas de ver a la enfermedad y diversas prácticas en relación con la salud teniendo en cuenta el contexto histórico-social en el que se vivencian, pues la conducta relacionada con la salud y la enfermedad se aprende y se realiza en dicho contexto, el cual da contenido y significado a esos conceptos.

Se comenzará el desarrollo de este capítulo respondiendo a las siguientes preguntas de interés: ¿Qué es la salud? Y ¿A qué llamamos enfermedad? Las respuestas de ambas se basan en diferentes nociones, por lo tanto poseen distintas definiciones en diferentes contextos (Alcántara, 2008).

Estas concepciones son diferentes para las personas, es decir, no es lo mismo la salud para un docente, para un médico, para un abogado, para alguien que circunstancialmente estuviera presente en el momento en que se hablara del tema. La diversidad de respuestas deriva de diferentes formaciones profesionales, contextos socioculturales específicos y etapas vitales (Figuroa, 2012).

A continuación se mencionaran algunas concepciones de salud según el enfoque de varias disciplinas que tienen que ver con ella. Si bien algunas

corresponden a ciertos momentos históricos del pasado, esas concepciones coexisten con las actuales.

#### 1.1.1. Concepciones médicas

- En la concepción somático-fisiológica el punto de partida es la enfermedad en el organismo físico y la define como el proceso que altera el bienestar. La salud por otra parte es el bienestar del cuerpo y del organismo físico. Es evidente el peso que tiene esta concepción de la salud en la opinión colectiva y en la propia práctica médica y no puede negarse que la mayor parte del desarrollo de la medicina proviene de los adelantos en esta dimensión. Esquemáticamente puede enunciarse diciendo que si el organismo físico no posee alteraciones visibles, existe salud y sólo cuando haya una alteración del organismo existirá enfermedad.
- La concepción psíquica de la salud implica el reconocimiento de la estrecha interrelación entre cuerpo y psique en el organismo humano, lo que lleva a no restringir la experiencia de salud a la salud orgánica exclusivamente; es decir, para que haya una salud completa de debe permanecer sin ninguna afección física y una mente sana. En la historia de la medicina, la salud psíquica aparece como una categoría residual o, al menos, de importancia menor.
- La concepción sanitaria, propia de la salud pública como disciplina, coloca el énfasis en la salud colectiva de una población más que en la salud individual, como acabamos de ver en las dos concepciones descritas más arriba. Se caracteriza por tener un enfoque preventivo de los problemas de diversos grupos sociales diferenciados por edad, sexo, nivel socioeconómico, entre otros (Figuroa, 2012, p. 2).

La "normalidad", desde el punto de vista estadístico, se define en cada sociedad de acuerdo con un cúmulo de circunstancias económicas, sociales, del medio ambiente, climáticas, que condicionan lo que se considera aceptable o "normal" en cada sociedad.

La concepción sanitaria de la salud posee un contenido amplio ya que se refiere esquemáticamente a dos aspectos: 1) el medio ambiente físico, en el que se analizan las condiciones que facilitan u obstaculizan la difusión de la enfermedad teniendo en cuenta la totalidad del mismo: tierra, agua, aire, alimentos en sus diversas formas. Y 2) las personas que ocupan el medio ambiente, a las que se agrupa por sus condiciones personales, como edad, sexo y su adscripción a determinados grupos sociales de residencia, trabajo, etcétera, identificando problemas de salud, estableciendo programas para actuar sobre ellos y controlando los resultados de la acción (Figueroa, 2012, pp. 2, 3).

#### 1.1.2. Concepciones sociales

- La concepción político-legal de la salud la considera como un bien general que interesa a todos. Cuando este bien es tutelado por el ordenamiento jurídico de un país, se convierte en derecho exigible por los ciudadanos según una amplia variedad de reconocimientos. Jurídicamente, más que de un derecho a la salud habría que hablar de un derecho a la integridad física, lo cual supone la protección por parte del Estado en aquellos casos en que la integridad pueda verse en peligro.
- La concepción económica se impone en el mundo desarrollado debido a la importancia que la salud posee para la eficacia del factor humano en los procesos productivos, a los que aporta un elemento único y costoso.

En otras épocas, el factor humano no era considerado un factor estratégico, lo cual llevaba a su poca estimación económica, mientras que un factor escaso como el capital atraía la atención principal y la preocupación del empresariado. En la situación actual, el factor humano ha pasado a constituir un elemento estratégico de los procesos productivos; de ahí la relevancia de mantener la "productividad humana", para lo cual es necesario contar con una "buena salud" (Figueroa, 2012, p. 3).

## **1.2. Definición de Salud**

La Organización Mundial de la Salud establece una definición de salud, señalándola como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, siendo esta considerada un derecho humano fundamental. (OMS, 2011). En la carta de Ottawa publicada en 1986, se destacan determinados prerrequisitos para la salud, que eran muy difíciles de cumplir, entre estos se encuentra la paz, contar con adecuados recursos económicos y alimentarios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. Lo anterior pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las relaciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud (Olvera y Domínguez, 2007).

Sin embargo se ha considerado que la anterior definición sobre salud es un tanto inadecuada para las condiciones político sociales en constante cambio, de tal forma la OMS, expone una definición que comprende una meta más modesta bajo la consigna "salud para todos en el Siglo XXI", la cual se basa en un estado que permita llevar su vida social y económicamente productiva. De esta forma la salud no se concibe como un estado, si no como un proceso en construcción, siempre destruyéndose en la permanente dialéctica de la cultura



y la vida; la salud y enfermedad son parte de un proceso multidimensional, es un eje donde el individuo va acercándose a uno u otro de estos dos extremos dependiendo si se rompe o refuerza el equilibrio entre los factores que se encuentran interactuando permanentemente: físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales. Las enfermedades no pueden desaparecer, pero hoy en día pueden reducirse en número y en la gravedad que presenten, y a diferencia del pasado, hoy en día existe la posibilidad de previsión y prevención de las enfermedades (Castro, et. al, 2007).

Otro de los autores críticos a la definición de la OMS, Terris (1980 citado en Frías, 2002) señala que la salud tiene dos aspectos: uno subjetivo que se refiere a “sentirse bien” y el otro objetivo que implica “la capacidad para la función”. Con lo anteriormente mencionado, propone eliminar la palabra “completo” de la definición de salud, ya que tanto la salud como la enfermedad no son valores absolutos.

Por otra parte es importante mencionar que existen otras definiciones de salud aportadas en nuestro tiempo, siendo su principal característica, destacar la adaptación como cualidad de vida. Dicha adaptación requiere de un proceso dinámico en el complejo medio natural y socio-económico-cultural que nos rodea y está condicionado por múltiples factores que influyen en el estado de salud (Frías, 2002).

Buceta y Bueno (2000), refieren que para conservar la salud, existen factores que dificultan la aparición de enfermedad, denominados protectores los cuales son: atributos temperamentales de adaptabilidad, adecuada relación intrafamiliar, red de hermanos y soporte comunitario positivo. El mal funcionamiento de alguno de estos factores antes mencionados ocasiona la pérdida del equilibrio que nos mantiene sanos, causando una alteración en el funcionamiento adecuado de las personas, ya que al estar enfermos se

presentan cambios tanto físicos como psicológicos creando reacciones y actitudes negativas. La aparición de enfermedad se puede percibir de acuerdo a tres grupos de factores (Buceta y Bueno, 2000, p. 124) como son:

- Factores predisponentes: vulnerabilidad biológica, características de la personalidad, primeras experiencias, respuestas al estrés e influencias socioculturales
- Factores precipitantes: acontecimientos estresantes, estímulos que provocan respuestas emocionales poco placenteras.
- Factores perpetuadores: estresores permanentes, elementos temperamentales ligados a la ansiedad, reforzadores e influencias familiares.

Alcántara (2008) menciona que salud y enfermedad son conceptos entrelazados debido a que firman parte de una unidad indisoluble y que se encuentran vinculados entre sí, a través de una serie de procesos constantes de adaptación a los cambios del ambiente (tanto biológicos como psicológicos y sociales).

### **1.3. Definición de Enfermedad**

Para poder crear una idea general de lo que es la enfermedad se puede referir a la historia conceptual del término. De acuerdo con la psicología de la salud, el concepto de enfermedad varía de acuerdo al modelo en que éste sea tratado. Durante la época de la Grecia antigua, Hipócrates planteaba que la enfermedad se presentaba al no haber una armonía en el individuo, entre sí mismo y el exterior, por lo que la enfermedad era resultado de dicho desequilibrio. En la Edad Media la enfermedad era el resultado de la violación de una ley divina; y durante el renacimiento el concepto retornó a las raíces naturalistas, influyendo en el modelo bioquímico fundado por René Descartes,

quién ya se refería a una dualidad mente-cuerpo (Vázquez, Rodríguez y Pérez, 2003).

En el modelo biomédico de Engel (1977 citado en Vázquez, Rodríguez y Pérez, 2003) la enfermedad se confina a una cuestión de reacciones físicas y químicas, sin expresar la respuesta de la persona nivel personal, familiar o de otro ámbito, dejando al diagnóstico de enfermedad como la presencia de anomalía bioquímica sin contemplar los factores psicológicos y sociales.

Al presentar dificultades importantes, el modelo presenta muchas limitaciones, por lo que evolucionó al modelo biopsicosocial, el cual, sostiene que todos los factores biológicos, psicológicos y sociales determinan la salud y la enfermedad (Reig y Bordes, 2005), así, los macro procesos (apoyo social, la salud mental, entre otros) y los micro procesos (alteraciones bioquímicas) interactúan en el proceso salud-enfermedad (Vázquez, Rodríguez y Álvarez, 2003). De este modelo se desglosan los conceptos actuales de enfermedad, los cuales consideran a la persona enferma como un ente global, en el cual, los factores psicológicos como las emociones contribuyen al desarrollo de una enfermedad crónica e incluso la muerte (Ballester, 1997).

El concepto de enfermedad es difícil de concretar debido a que dicho concepto puede variar de acuerdo a cómo es que se percibe una enfermedad, por esto Leventhal (Citado en Brannon y Feist, 2007), han observado cinco componentes de la definición: 1) la identificación de la enfermedad a través de los síntomas descritos mediante un “nombre” de la enfermedad; 2) el periodo de enfermedad, el cual se refiere a la duración de ésta, desde el momento del diagnóstico hasta la cura; 3) la determinación de la o las causas de la enfermedad; 4) las consecuencias de la enfermedad, las cuales pueden contribuir en demasía al desarrollo de la misma y 5) el control de la enfermedad, que se refiere a la creencia del individuo de poder controlar el

curso de la enfermedad o el tratamiento. Estos componentes ayudan a crear una idea más específica del concepto.

#### **1.4. Promoción de salud**

En la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en Ottawa-Canadá en 1986, la OMS acepta que la promoción de la salud es el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control de su salud para así, alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, ya sea individualmente o en grupo, siendo capaz de identificar y llevar a cabo aspiraciones, satisfacer necesidades y cambiar o adaptarse a su entorno (OMS, 2013).

La promoción de la salud es un proceso que se hace con la gente, por la gente y para la gente, ya sea en forma individual o grupal, fortaleciendo aptitudes y capacidades de los individuos para tomar medidas y actuar colectivamente, para así controlar factores determinantes de la salud y lograr un cambio positivo (OMS, 2005).

En el 2005 se llevó a cabo la Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, en la cual se adoptó la Carta Bangkok para el fomento de la salud y se menciona que dicha promoción debe identificar las medidas prioritarias, desarrollar modelos y métodos que permitan combatir las causas de la mala salud, (esto incluye a las actividades ya existentes), esto se llevará a cabo por medio de proyectos experimentales para abordar factores sociales, económicos y ambientales que promuevan la salud en dos esferas que merecen atención urgente, la promoción de dietas sanas y de la actividad física (OMS, 2005).

Con lo antes mencionado se aclara que la promoción de la salud es una responsabilidad de todos para poder lograr igualdad sanitaria y al mismo tiempo contar con un medio ambiente óptimo para la convivencia de todas las personas, creando y desarrollando habilidades positivas para un cambio

adecuado en los estilos de vida. Es necesario instaurar programas de promoción de la salud para que las poblaciones puedan contar con una adecuada calidad de vida, ya que, en todos los casos es más costoso el tratamiento que la prevención de enfermedades.

### **1.5. Prevención de la enfermedad**

Las actuaciones de carácter preventivo se diferencian según la etapa de la historia natural de la enfermedad en la que intervienen, por lo que es útil conocerlas. Leavell y Clark (1990 citado en Frías, 2002) diferenciaron tres fases en la historia natural de la enfermedad:

- Fase prepatogénica o de susceptibilidad. Esta fase se inicia cuando los factores de riesgo que favorecen la ocurrencia de una enfermedad empiezan a actuar. En esta etapa aún no se ha iniciado el proceso mórbido y, por lo tanto, no existe ningún cambio anatomopatológico relacionado con él.
- Fase patogénica. Es el periodo en que se inician los cambios anatomopatológicos y por lo tanto la enfermedad. Pueden diferenciarse dos fases:
  1. La presintomática o fase latente de la enfermedad es una fase subclínica en la que no se aprecian signos ni síntomas de enfermedad (personas aparentemente sanas).
  2. En la sintomática o fase clínica de la enfermedad el proceso mórbido ha ocasionado lesión orgánica y aparecen manifestaciones clínicas de la enfermedad (signos y síntomas).
- Fase de resultados. Ésta corresponde a la etapa evolutiva final, la cual puede abocar en curación, muerte o detención de la evolución

del problema, con distintos grados de discapacidad (Frías, 2002, p.208).

Prevenir, en el ámbito de la salud, es realizar una acción con la intención de modificar la probabilidad de ocurrencia o comportamiento de un proceso mórbido, dándose esta en tres niveles (Zambrano, 2009).

#### 1.5.1. Prevención primaria

Hace referencia a las actividades que actúan en el periodo prepatogénico de la historia natural de la enfermedad y que están encaminadas a impedir o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad. Esta intervención se lleva a cabo de manera anticipatoria, es decir, en personas sanas. Las intervenciones inciden en los factores que han mostrado estar relacionados con un mayor riesgo de enfermedad y que sean susceptibles de ser modificados (factores de riesgo ambientales y conductuales). Se pueden dividir estas dos acciones en dos clases (Figuroa, 2012, pp. 7):

- Promoción de la salud (acciones sobre el individuo)
- Protección de la salud (acciones sobre el medio ambiente)

#### 1.5.2. Prevención secundaria

Las intervenciones en este nivel de prevención inciden en el periodo patogénico presintomático de la enfermedad y pretende, mediante una detección precoz, mejorar su pronóstico en comparación con los resultados que se obtendrían cuando se interviene en el periodo patogénico sintomático, para esto se utiliza la aplicación de un procedimiento (pruebas de cribado) a personas, aparentemente sanas, para identificar las que tienen una alta probabilidad de padecer una enfermedad o, si se trata de un cribado de determinantes de riesgo, identificar las que tienen una mayor probabilidad de padecer un problema de salud (Frías, 2002).

### 1.5.3. Prevención terciaria

Frías (2002) menciona que las actuaciones de esta modalidad de prevención inciden en el periodo patogénico sintomático de la enfermedad cuando las lesiones son irreversibles y el problema adquiere el carácter de crónico. Su objetivo es retrasar el curso de la enfermedad, mejorar las funciones residuales del paciente y atenuar las incapacidades cuando existan, ya sea de carácter físico o psíquico.



Fuente: Frías (2002) *Promoción de la Salud* (p.25)

La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. La intervención de las autoridades públicas es crucial para mejorar la salud y el bienestar de la población y ofrecer una protección especial a los grupos vulnerables. El control de las enfermedades ayuda a las personas a vivir más tiempo y a disfrutar una vida sana (OMS, 2009). En nuestra sociedad los problemas de salud-enfermedad han sido manejados partiendo de la base errónea que al curar la enfermedad se devolverá la salud, sin embargo, tomando en consideración que la salud implica más que la ausencia de enfermedad, en la actualidad se ha aceptado que en esta área deben actuar un conjunto de profesionales con el propósito de atacar los problemas desde diferentes perspectivas. De esta manera se introduce un trabajo multidisciplinario en el área de salud el cual consiste en trabajar en diferentes líneas de acción en distintos niveles preventivos (Reynoso y Seligson, 2002).

## **1.6. Diferencia entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad**

La OMS (2007), menciona que la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre los determinantes de la salud para mejorarla. Constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos sino, también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.

La prevención de enfermedad es la acción que normalmente emana del sector sanitario, y que considera a los individuos y a las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo (OMS, 2007).

Con lo antes mencionado podemos concluir en que la promoción de la salud está dirigida a todas las personas y la finalidad es capacitarlas para que tengan el control sobre su salud, proporcionando información para que cambien su estilo de vida a niveles más óptimos. Por su parte la finalidad de la prevención es reducir la probabilidad de que aparezca la enfermedad (reducir su incidencia) y cuando ésta ya está presente aminorar la progresión.



---

# Capítulo 2

## Obesidad

---

## **2. Obesidad**

Actualmente existe un aumento de sobre peso y obesidad en niños y adolescentes, hasta llegar a ser uno de los problemas de salud pública más grave del siglo XXI. Los cambios en el estilo de vida del mundo civilizado disminución de la actividad física y aumento de ingesta son, en gran parte, responsables del incremento de la incidencia de sobrepeso y obesidad desde edades tempranas de la vida (OMS, 2014).

La epidemia de la obesidad como se le ha denominado por su prevalencia en distintos países, tiene una especial repercusión en niños y adolescentes, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone una inmediata intervención. Esto lleva a considerar la obesidad en niños y adolescentes como un fenómeno global, como una epidemia creciente y no controlada debido a que la prevalencia de la misma en población infantil está aumentando de manera alarmante tanto en países de primer mundo como en países en desarrollo, llegándose a considerar como la enfermedad nutricional más importante (Tojo, Leis y Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría, 2006).

### **2.1. Definición**

La obesidad es una enfermedad crónica que se caracteriza principalmente por un aumento de la masa grasa y en consecuencia por un incremento de peso, que puede tener un origen en la infancia o adolescencia por diversos factores tanto genéticos como ambientales. Existe pues, un aumento de las reservas energéticas del organismo en forma de grasa (Moreno, Monereo y Álvarez, 2005), la cual comúnmente comienza en la infancia, entre las edades de 5 a 6 años y durante la adolescencia. Los estudios han demostrado que el adolescente que es obeso entre las edades de 10 a 13 años tiene un 80 por

ciento de probabilidad de convertirse en un adulto obeso (American Academy of Child y Adolescent Psychiatric, 2008).

La obesidad se define de acuerdo con Gómez-Péresmitré (1993) como una acumulación excesiva de tejido adiposo que se traduce en un aumento de masa corporal. Este exceso de masa corporal se encuentra determinado por un Índice de Masa Corporal (IMC) 27 en mujeres, 28 en hombres y 31 puntos o más en ambos para una obesidad masiva, definición a la cual debe agregarse que el exceso de grasa corporal es el resultado de un balance calórico positivo prolongado, es decir, de periodos largos en los que la ingesta alimentaria es mayor que el gasto calórico (Gómez-Péresmitré, 1995).

En la Norma Oficial Mexicana para el manejo integral de la obesidad (2010), se describe a está como una enfermedad crónica debido a una acumulación excesiva de tejido adiposo en el cuerpo en la que se presentan alteraciones metabólicas con las que se deteriora la salud del individuo y además se encuentra asociada con patologías endocrinas, cardiovasculares y ortopédicas.

Por otro lado Barbany (2006) menciona que la obesidad es una enfermedad crónica caracterizada por el aumento de la masa grasa y por tanto un incremento en el peso; así mismo existe un aumento en las reservas energéticas del organismo en forma de grasa. Para Obregón, et. al (2006) es producto de un desequilibrio prolongado entre la ingesta calórica y el gasto energético ya que si hay un ingesta excesiva y un bajo gasto energético se produce un progresivo aumento de la grasa corporal y por lo tanto obesidad.

Campollo (1995) menciona que la obesidad se ha definido como el almacenamiento excesivo de energía en forma de tejido graso que afecta a la salud de las personas. así mismo señala que los parámetros utilizados para detectar la presencia y grado de obesidad en una persona son a través del índice de masa corporal (IMC:  $\text{Kg}/\text{m}^2$ ); así la obesidad se define como el

exceso de peso o como el índice de masa corporal por arriba de los valores promedio, en correspondencia con tablas de pesos normales o de índice de masa corporal.

El consenso de la Sociedad Española para el estudio de la Obesidad (SEEDO), define a la obesidad como una enfermedad crónica, que se caracteriza por un aumento de grasa, que a su vez se traduce como un incremento de peso. Aunque no todo incremento del peso corporal es debido a un incremento del tejido adiposo, en la práctica cotidiana el concepto de obesidad se relaciona con el peso corporal (Chinchilla, 2005). El sobrepeso es entendido como el aumento del peso corporal por encima de un patrón con relación a la talla, sin embargo, la obesidad se refiere a un porcentaje anormalmente elevado de la grasa corporal, debido a esto es importante determinar si el exceso ponderal es debido a obesidad o bien a un aumento en la masa muscular (Aranceta y Pérez, 2006).

## **2.2. Epidemiología**

La obesidad no es un problema que se presente en un sólo país, es un problema que es bastante común en todos los continentes, por ejemplo, un estudio realizado en Inglaterra y Gales encontró un incremento alarmante en la prevalencia de la obesidad en adultos, nos dicen que aproximadamente un 20% de los varones y un 25% de las mujeres son obesos. El aumento de la prevalencia de la obesidad no está confinado a los europeos o a los americanos, sino que también tiene una alta prevalencia en Latinoamérica y en el sudeste asiático, donde se ha observado un notable aumento de ésta en las últimas décadas (Chinchilla, 2005).

La obesidad crónica en niños y adolescentes ha aumentado, mostrando altas prevalencias por lo que actualmente ya es considerada como un problema de Salud Pública; en México ha crecido más rápidamente que en otros países y se

ha vuelto una problemática que requiere tanto de una adecuada prevención como de un tratamiento oportuno, los cuales incidan sobre los factores que la promueven y/o mantienen (Reidl y Guillén, 2010).

Los datos epidemiológicos de la prevalencia de la obesidad en nuestro país que se presentan en la encuesta nacional de enfermedades crónicas 2010, informa que el 21.4% de la población nacional representada por individuos de ambos sexos de 20 a 69 años de edad, son obesos; de este porcentaje el 24.7% corresponden a la zona norte del país, 19.5% a la zona centro, el 19.4% al D.F., el 21.7% a la región sur.

Si bien, las razones que explican el incremento no son totalmente claras, se sabe que el estilo de vida con una actividad física disminuida y un consumo excesivo de alimentos pueden ser las causas básicas de esta tendencia (Tapia-Conyer, 2007).

Como se puede observar a partir del 2006 la obesidad ha llegado a ser un problema de salud significativo en México, según la encuesta de salud y Nutrición (ENSANUT, 2012), la cual detecto aumentos generalizados en niños, adolescentes y adultos. El mayor aumento fueron en niños de edad escolar, mientras que la prevalecía de obesidad entre adultos está entre las más elevadas del mundo. La prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años, se aproximó a 26%, para ambos sexos, 26.8% en niñas y 25.9% en niños. México ocupa el primer lugar mundial en obesidad en los niños de edad escolar y el segundo lugar en sobrepeso y obesidad en los adultos mayores de 20 años (El Universal, 2011).

### **2.3. Factores de Riesgo para la Obesidad**

De acuerdo con Dias-Encinas y Enríquez-Sandoval (2007, pp. 13) entre los factores de riesgo que se han encontrado en el problema de la obesidad están los siguientes:

a) Sociales. Debido a que en la época actual el comer fuera de casa se ha vuelto un hecho rutinario por el ritmo de vida que se lleva las personas consumen comida con valor monetario relativamente bajo pero con alto nivel de grasas y calorías. Así como una vida sedentaria en la cual, la disponibilidad de los juegos de video a toda hora, así como el uso de la computadora e Internet han aumentado el sedentarismo y por lo tanto el ejercicio ha disminuido. El índice de obesidad es 8.3 veces mayor para los niños que ven más de 5 horas diarias de televisión, comparados con los que ven de 0 a 2 horas diarias.

b) Genéticos. El predominio de obesidad en la familia sugiere una predisposición genética a ser gordo.

Para Ortiz (2009) los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de la obesidad son tres específicamente, factores genéticos, ambientales y psicológicos. Los factores genéticos se presentan en el hecho que un 30 a 80% de los casos de obesidad la distribución de grasa tiene relación con los factores genéticos. Entre los genes involucrados en la regulación de la función del tejido adiposo humano y su distribución, se ha identificado un locus genético, influenciado por el IMC, que se localiza en el cromosoma 4p de personas mexico-americanos.

c) Psicológicos. En el mundo la obesidad es vista desde diferentes perspectivas, en algunas culturas de manera positiva en otras de manera negativa. Braguinsky (2007) hace hincapié en que la actitud que se tiene hacia la obesidad va a depender de factores socioculturales; como por ejemplo en la india una mujer rolliza es considerada de un estrato alto, mientras que en la

cultura occidental la obesidad es considerada como negativa, por ello las personas que padecen esta enfermedad tienen una baja autoestima a veces debido al rechazo social y otras veces por sentimientos de culpa y de vergüenza por no perder peso, derivándose de esto una serie de problemas psicológicos aparte del antes mencionado. De esta manera señala que la obesidad es una consecuencia del prejuicio y discriminación que sufren estas personas, así como de la internalización de la delgadez como ideal de belleza.

Guillén-Riebeling (2007) ha formulado modelos teóricos desde una perspectiva psicológica que explique si la obesidad se debe a una ingesta excesiva de alimentos, y así mismo conocer a que se debe este comportamiento.

El primer postulado menciona que los obesos tienen problemas de personalidad que alivian mediante la conducta de ingesta, durante muchos tiempo esto fue explicado por medio de las teorías psicoanalíticas, mencionándose que tienen una alteración en la etapa oral como causa del problema; el segundo postulado dice que la ansiedad juega un papel fundamental en la conducta de ingesta, es decir, que obesos en su mayoría comen más ante situaciones de elevada ansiedad, utilizando la sobre ingesta como un mecanismo para reducir la activación emocional. En tanto así la conducta de comer en los obesos está bajo el control de estímulos externos (control ambiental), mientras que en los sujetos con normo peso está bajo el control de estímulos internos (control fisiológico). En el tercer postulado se menciona que las personas obesas tienen un estilo de alimentación diferente del de las personas delgadas, de igual manera se menciona que el peso y masa corporal están determinados por una programación biológica preestablecida, siendo mayor en los sujetos con obesidad (Saldaña y Rossell, 1994).

Por otro lado Hamburger (Campollo, 1995, pp. 56) apuntó cuatro factores causales para identificar el papel que juegan las variables psicológicas en la sobrealimentación.

- Ingesta como respuesta a tensiones emocionales no específicas.
- Sobrealimentación como sustituto gratificante en situaciones vitales intolerables.
- Ingesta como síntoma de enfermedad mental subyacente.
- Adicción a la comida.

De acuerdo a lo que afirman Campollo, Romero-Velarde, Celis de la Rosa, Vázquez-Garibay, Castro-Hernández y Cruz-Osorio (2007) las personas obesas presentan un tipo de personalidad pasivo-dependiente o pasivo-agresiva; también presentan características tales como inmadurez, poco control de sus impulsos y una menor disposición para trabajar por la comida que las personas que están en su peso. Las personas obesas perciben sus cuerpos como grotescos, desproporcionados y por ende evitan el verse en un espejo a toda costa. Lo anterior se puede observar sobre todo en las adolescentes obesas y que sienten que sus cuerpos son feos, despreciables o que se les ve con desprecio, es decir, que tienen una imagen corporal desvalorizada (Braguinsky, 2007).

En la niñez y la adolescencia la obesidad puede ser un factor de riesgo para el padecimiento de enfermedades físicas, sin embargo, la consecuencia más extendida en estas etapas es de orden psicosocial pues una niño obeso se enfrenta al desprecio de los otros niños, así como a burlas por su estado, terminan afectando sus integridad emocional y sus relaciones interpersonales El comer en exceso, la inhabilidad crónica para controlar cuánto se come, da lugar a la obesidad y causa sufrimiento, para los niños y adolescentes que se ridiculiza y burlan comúnmente, la obesidad se asocia a menudo con síntomas



psicológicos y des comportamiento. Las consecuencias psicosociales, el exceso de peso y la obesidad afectan de manera negativa la calidad de vida de las personas, esto conllevan a un estigma social que puede contribuir a índices más altos de ansiedad, depresión y baja autoestima (Dias-Encinas y Enríquez-Sandoval, 2007).

Existe evidencia de que el temor al sobrepeso se ha incrementado, afectando a niños desde los 8 y 9 años de edad (Gómez-Peresmitré, 1993b). Los problemas más significativos para los niños obesos son psicológicos: el aislamiento de los compañeros y la baja autoestima comienzan a una edad temprana (Feldman, 2005). Se ha comprobado que los niños obesos tienen una pobre imagen de sí mismos y expresan sensaciones de inferioridad y rechazo. Por lo tanto suelen presentar dificultades para hacer amigos, es por eso que el sobre peso es un factor de riesgo para el desarrollo de síntomas emocionales negativos. Es comprensible que un paciente con obesidad presente síntomas de depresivos o ansioso, tanto por la presión social como por la dificultad de asumir la propia imagen. Frecuentemente presentan sentimientos de vergüenza y culpa debido a su incapacidad de mantener un peso ideal o seguir una dieta prescrita (Branguinsky, 2007).

En lo que respecta a los factores psicológicos que favorecen el desarrollo de la obesidad destacan la ansiedad y los trastornos de la conducta alimentaria (Pavón, Cano, Meoño, Mendoza, Gallardo y Barrera, 2006) así como algunos trastornos psiquiátricos como el “Síndrome del comer nocturno”, en el cual existe ayuno y/o ingesta mínima durante las mañanas y un consumo de alrededor del 35% de las calorías totales después de la cena, es decir después de las 6 de la tarde (Ellenberg, Verdi, Ayala, Ferri, Marcano y Vega, 2006). Por otra parte el trastorno alimentario por atracón, se caracteriza por consumir

grandes cantidades de comida en un periodo corto, con la sensación de pérdida de control y sin conducta compensatoria (Hernández, 2004).

Generalmente las personas obesas no reconocen que comen en exceso, minimizan o infravaloran lo que comen; algunos reconocen que tienen un apetito exagerado el cual, le lleva a comer grandes cantidades principalmente en las comidas principales sin que tengan la sensación de saciedad, comúnmente se les llama grandes comedores o “Big eaters”(Peñalver, Vega, Montoya y Flández, 2006).

d) Físicas. Esta enfermedad es considerada como un factor de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades crónicas como son las cardiovasculares y la diabetes. Según la OMS (2012) la obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de muerte prematura, discapacidad en la edad adulta, además de dificultades respiratorias, un mayor riesgo de fracturas e hipertensión, efectos psicológicos como baja autoestima y pueden presentar resistencia a la insulina.

#### **2.4. Clasificación**

La clasificación de la obesidad se puede realizar sobre la base de: a) el carácter celular del tejido adiposo, encontrándose la obesidad hipertrófica cuando el tamaño de las células se encuentra aumentado, o hiperplásica cuando lo que se encuentra aumentado es su número, así mismo se puede encontrar una combinación de las anteriores; b) la distribución de la grasa corporal, encontrándose una obesidad periférica centrípeta, aunque también puede existir una distribución uniforme de ésta; c) la edad de aparición puede clasificarse como obesidad infantil, adolescente, o adulta; d) con base en la etiología podemos encontrar la obesidad genética, suprarrenal; e) de acuerdo a su periodo de estabilidad podemos clasificarla en una obesidad estática cuando a pesar de tener un peso superior al normal, éste se encuentra estable; y f) una

obesidad dinámica cuando la persona gana peso tanto en forma lenta como extremadamente rápida (Sánchez, 2014, pp.18).

Por otra parte Sánchez (2014) mencionan la clasificación de la obesidad como exógena y endógena, en donde la primera es causada por una alta ingesta de calorías y la segunda es aquella que aparece como consecuencia de una patología existente o como efecto colateral de algunos medicamentos. También puede clasificarse según su causa, el patrón de distribución de la grasa corporal y según el IMC, la edad de comienzo de la obesidad y la celularidad (Chinchilla, 2005). Independientemente de la cantidad de grasa que exista en el cuerpo, su distribución tiene un papel importante dentro de la obesidad, ya que ésta se relaciona con el mayor o menor riesgo en cuanto a consecuencias para el paciente obeso. La distribución de la grasa corporal va a estar determinada por factores genéticos, diferencias étnicas, la alimentación y el efecto de las hormonas esteroides (Chinchilla, 2005). Existen tres tipos de distribución:

1. Obesidad de distribución homogénea o generalizada, en la cual la grasa se distribuye de una manera parecida en todo el cuerpo.
2. Obesidad central, androide o abdominal, que es cuando el tejido adiposo queda depositado alrededor de la cintura, la cual se subclasifica en grasa subcutánea y grasa visceral, esta última se asocia con un aumento en el riesgo cardiovascular y al síndrome metabólico.
3. Obesidad periférica, ginoide o glúteo femoral, es cuando el tejido adiposo queda depositado en caderas y muslos, predominando en mujeres y no relacionándose con el riesgo cardiovascular (Sánchez, 2014, pp.11).

Clasificación de la obesidad de acuerdo a la edad mencionados por Chinchilla (2005) son:

- Obesidad de inicio de la infancia o de la adolescencia, considerado como obesidad infantil lo que supera el 20% del peso que le corresponde al individuo para su talla.
- Obesidad del adulto, su edad de inicio se sitúa entre los 20 y 40 años (pp.11).

La función de la distribución celular de la grasa, clasifica la obesidad en (Chinchilla, 2005, pp. 12):

- Hipertrófica: en la que hay un incremento en el tamaño de los adipositos, sin que se produzca un aumento en la cantidad, comúnmente se asocia a un mejor pronóstico.
- Hiperplásica: existe un aumento de la grasa corporal secundario a un incremento en el número de adipositos y es más frecuente en épocas de crecimiento, se asocia con un peor pronóstico y con más complicaciones. Este tipo de obesidad es considerada precursora de la obesidad infantil y adolescente (Sánchez, 2014).

## **2.5. Teorías sobre la obesidad**

Como se ha mencionado el sobrepeso se produce invariablemente cuando la ingesta de calorías supera al gasto energético. La mayoría de pacientes obesos presentan lo que se llama obesidad de origen metabólico, que aparece por un desequilibrio entre la oferta calórica y la demanda energética, dicho desequilibrio es causado por un exceso de ingesta alimentaria, o bien un descenso en el gasto energético, pero también pueden haber contribución de ambas causas (Saldaña y Rossell, 1994), sin embargo, actualmente existen diferentes modelos que tratan de explicar el surgimiento de la obesidad, entre las cuales destacan:

- Balance energético. Sostiene que la obesidad es consecuencia de un desequilibrio energético entre la cantidad de calorías ingeridas por una persona y la cantidad de calorías gastadas, teniendo como consecuencia un aumento de peso (Saldaña y Rossell, 1994, pp.20).
- Teoría del punto fijo. Es también conocida como “Set point theory” la cual trata de explicar el por qué muchos obesos que intentan bajar de peso no lo logran a pesar de estar dentro de una dieta rigurosa, basándose en la premisa de que todas las persona tenemos un peso ideal biológicamente programado y una serie de procesos reguladores para mantener este peso, a través del ajuste tanto de la ingesta diaria como de nuestro gasto energético. De acuerdo a esta teoría el punto fijo va a estar determinado por la herencia, la nutrición, la actividad física y la tasa metabólica. Cuando un individuo gana peso a través del ajuste tanto de la ingesta diaria, su punto fijo de peso cambia a un nivel superior, por lo que posteriormente tiene dificultades para recuperar su peso por debajo de este nuevo punto fijo establecido (Saldaña y Rossell, 1994, p.21).
- Modelo conductual del aprendizaje. Este modelo como su nombre lo indica se basa en el conductismo y nos dice que gran parte de la conducta del sujeto se mantiene por los reforzadores a corto y largo plazo que le siguen a dichas conductas. Por ejemplo, en la conducta de ingesta, existen varios reforzadores positivos a corto plazo como son la disminución del hambre y/o satisfacción y placer por los alimentos ingeridos; a largo plazo, cuando se dan las consecuencias negativas de tales conductas como es el aumento de peso, problemas de salud (Saldaña y Rossell, 1994 pp. 21).

## 2.6. Medición de la obesidad

Se han empleado diversos índices que relacionan el peso y la talla; el más común es el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual establece una relación entre el peso en Kg y la talla en metros cuadrados (OMS, 2007).

La OMS propuso una clasificación del grado de obesidad en adultos utilizando este índice de la siguiente manera (Moreno, Monereo y Álvarez, 2005, p. 95):

- Normopeso: IMC 18,5 – 24,9 Kg/m<sup>2</sup>
- Sobrepeso: IMC 25 – 29 Kg/m<sup>2</sup>
- Obesidad grado I con IMC 30-34 Kg/m<sup>2</sup>
- Obesidad grado II con IMC 35-39,9
- Obesidad grado III con IMC  $\geq$  40

De igual manera la OMS (2009) recomendó el uso del IMC para establecer los puntos de corte para definir sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes, lo cuales son valores específicos para cada sexo y edad, se utilizan desde los 6 hasta los 19 años; el rango de este se mide a partir del percentil 85 que indica sobre peso y el percentil 95 que indicaba obesidad (Bellizi, Cole, Flegal y Dietz, 1999; Dietz y Robinson, 1998); sin embargo existe una falta de consenso que ha provocado la existencia de diferentes parámetros para el diagnóstico de la obesidad infantil, por ejemplo en Estados Unidos se utilizan los percentiles antes mencionados obesidad mientras que en Europa y Asia, algunos autores sugieren la utilización del percentil 97 (Guillaume, 1999; Rollan-Cachera, Deheger y Bellisle, 2006).

La determinación del IMC para identificar a niños, niñas y adolescentes con obesidad parece tener una alta sensibilidad (95-100%). Sin embargo, se tiene una limitación que es su baja especificidad (36-66%), debido a que no distingue entre la masa grasa y la masa libre de grasa (magra), al igual que su incapacidad para diferenciar qué comportamiento está originando el aumento o

descenso del mismo (Center for Disease Control and Prevention, 2005). La OMS (2009) recomienda para el diagnóstico de la obesidad en la infancia y adolescencia utilizar además del IMC otros indicadores de adiposidad corporal, como son los pliegues cutáneo tricípital y subescapular (que consisten en una medida del grosor del anillo de grasa subcutánea del brazo), en comparación con los estándares específicos por edad y sexo de referencia.

En México, el punto idóneo para definir sobrepeso en niños y niñas es el centil 85. En la reunión del Consenso sobre Obesidad Infantil realizada por la Academia Nacional de Pediatría con la participación de la Sociedad Mexicana de Endocrinología Pediátrica (marzo,2002) se recomendó utilizar las gráficas de IMC del Centro para el Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC, 2006). Se plantea que este punto de corte depende del objetivo que se persiga siempre y cuando éste punto de corte obtenga beneficios par al investigación y para la aplicación de un programa. Se consideró para la población mexicana a partir de los 2 años de edad como Sobrepeso un valor superior al centil 75, Obesidad con valor por arriba del centil 85 y Obesidad grave con valor por arriba del centil 97 (CDC, 2006).

## **2.7. Obesidad Infantil**

Para Moreno, Monereo y Álvarez (2005) el desarrollo ontogénico del tejido adiposo humano inicia su desarrollo en la etapa prenatal y en la evolución pasa por tres momentos críticos para el desarrollo de la obesidad y las complicaciones de ésta. El primero ocurre durante la gestación y la primera infancia y el segundo entre los 5 y 7 años (etapas de “rebote” de la adiposidad) y finalmente durante la adolescencia. En los primeros meses de la vida existe un aumento en el almacenamiento de grasa debido a que se produce un incremento del tamaño de los adipositos ya existentes, posteriormente hacia final del primer año, el tamaño de los adipositos virtualmente se duplica,

mientras que su número total apenas cambia, tanto en los niños obesos como en los que no lo son.

El tamaño de los adipositos disminuye después del primer año de vida en los niños delgados, en comparación los niños obesos mantienen durante toda la niñez el gran tamaño de sus adipositos que desarrollaron durante ese primer año. Los adipositos se multiplican en número a lo largo de los años de crecimiento proceso que termina en la adolescencia, se indica que el número de adipositos en los niños obesos aumenta de forma más rápida que en los niños delgados, alcanzando en nivel de los adultos hacia los 10 a 12 años de edad. La obesidad durante la infancia tiene importantes implicaciones a corto, mediano y largo plazo. A corto plazo tienen efectos adversos sobre la presión arterial, los lípidos, el metabolismo de los carbohidratos, sobre la autoestima y la calidad de vida. A largo plazo, las implicaciones médicas de la obesidad infantil incluyen: mayor riesgo de obesidad en el adulto, hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares (Moreno, Monereo y Álvarez, 2005).

## **2.8. Tratamiento de la obesidad**

1. Manejo dietético de la obesidad infantil: Una alimentación adecuada es comer la cantidad necesaria de los alimentos correctos que requiere nuestro cuerpo para mantenernos sanos y llenos de energía (Zayas, Chiond, Díaz, Torriente y Herrera, 2002). Para tener una alimentación sana, la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestra la distribución de los macronutrientes recomendados, los cuales se agrupan de la siguiente manera: hidratos de carbono 45 a 65%, grasas 20 a 35% y proteínas 15%, siendo que el número de raciones para cada uno de los grupos de alimentos depende del número de kilocalorías totales por día y de la distribución de macronutrientes. En la pirámide nutricional para niños existen seis grupos de alimentos que se deben repartir en porciones. El primer grupo contiene las grasas, aceites y dulces (que



se deben comer con moderación); el segundo grupo contiene la leche, el yogurt y el queso; el tercero es el que está compuesto por la carne, el pollo, el pescado, los huevos y semillas como las nueces o pistaches; en el cuarto se encuentran las verduras; en el quinto están las verduras y por último en el sexto está incluido el pan, los cereales, el arroz y las pastas (Moreno, 2006). Las porciones de cada grupo de alimentos se deben distribuir durante el día, sin embargo el número de porciones que una persona necesita de los seis grupos básicos de alimentos depende de la edad, sexo, altura y actividad física o mental que se realice.

Para Thoulon-Page (2007) estima que las necesidades reales del niño en edad escolar se deben repartir en el desayuno que proporciona el 25% de las calorías, la comida del mediodía proporciona un 30%, la merienda del 15 a 30% y la cena del 25 a 30%.

2. Actividad física en el manejo de la obesidad infantil: La actividad física es uno de los factores que ayuda a mantener el equilibrio entre consumo de calorías y el gasto energético, es por eso que forma parte del manejo integral de la obesidad infantil. Para la prescripción de ejercicio se debe exigir conocimiento del tema y de la evaluación inicial individualizada sobre preferencias, personalidad, grado de obesidad, para conocer riesgos y limitaciones. Dicha actividad física es efectiva para inducir pérdida de peso si se combina con la reducción de la ingesta calórica, sin embargo, en la mayoría de estudios se ha observado que el incremento de la actividad física se asocia con la reducción del IMC y de la cantidad de masa grasa, pero su impacto es menos al obtenido con la reducción de ingesta calórica en la dieta. El rol del ejercicio puede tener mayor impacto sobre el mantenimiento del peso que sobre la reducción del mismo, pero tiene efectos positivos sobre diferentes factores de riesgo cardiovascular. Se recomienda realizar más de 60 minutos

de actividad física de moderada intensidad diariamente, de los cuales 30 minutos se deben realizar como parte de las actividades escolares. Los niños obesos pueden iniciar con períodos más cortos de actividad física y gradualmente ir incrementando el tiempo de los mismos (Thoulon-Page, 2007, pp. 45).

3. Manejo psicológico de la obesidad infantil: La psicoterapia se utiliza como coadyuvante al tratamiento médico. La terapia psicológica como parte del tratamiento para la obesidad infantil es muy importante de ello dependerá el éxito del tratamiento. Se debe combatir la sensación de rechazo y mejorar la imagen de sí mismo, aumentando la autoestima. El intentar cambios en la alimentación y en la actividad física dependerá de la motivación del niño o adolescentes. Se le motiva con premios y gratificaciones, con apoyo familiar y educacional. Para el tratamiento psicológico se tienen diversos modelos de intervención. Una de los modelos es la terapia cognitivo-conductual en la cual se proporciona una alternativa efectiva en la modificación de los hábitos de ingesta y proporciona herramientas para conseguirlo. El objetivo del paciente es bajar de peso rápidamente. El nuestro, que lo haga lentamente y según las indicaciones médicas. Se ha demostrado mediante la experiencia que estas terapias son más eficaces si se llevan a cabo en grupos, con una duración de tres a seis meses. Los obesos leves y moderados son los más indicados para esta forma de seguimiento (Moreno, 2006). En la primera entrevista se trata de crear una relación terapéutica positiva y evaluar el grado de motivación del paciente, que determinara la convivencia o no de iniciar el tratamiento. Se le explican los objetivos y dificultades del mismo, recalcando que las probabilidades de éxito dependen directamente de su compromiso. Finalmente, se le ofrecen los instrumentos de trabajo como son hojas de registro, cuestionario, entre otros, diciéndole razonadamente la forma de llevar a cabo

las tareas. En la segunda entrevista se tiende a completar la historia clínica y evaluar las primeras hojas de registro recogidas. A partir de las siguientes sesiones se ofrecen al paciente estrategias para controlar la conducta problema y alternativas para manejarlas. Este tipo de abordaje incluye tanto elementos conductuales y cognitivos. Los primeros tienen como objetivo establecer patrones de alimentación y de ejercicio físico adecuados y los segundos tienden a identificar los pensamientos erróneos que propician la persistencia de conductas disfuncionales, para cambiarlos (Ríos, 2002, pp. 65).

---

# Capítulo 3

## Depresión

---

### 3. Depresión

Una emoción es un estado de ánimo, positivo o negativo, que consiste en la suma de una reacción psicológica que se presenta y una reacción orgánica, a un cierto acontecimiento. Si este es deseable, las emociones que “despierta” son positivas como la alegría, el amor, entre otras; si por el contrario es peligroso o desagradable, da lugar a la aparición de otras emociones que son negativas, como el miedo, odio, envidia, entre otras (Rodríguez y Ortiz, 2005).

Caballo (2005) menciona que las emociones tienen tres componentes, los cuales van evolucionando al paso de los años, estos se encuentran explicados y resumidos en el siguiente cuadro:

<b>Componentes</b>	<b>Características</b>
Orgánico	<ul style="list-style-type: none"><li>-Presenta corta duración que pueden percibir los demás y la propia persona (palpitaciones, sudoración, agitación)</li><li>-Se presentan alteraciones neuroendocrinas, reguladas por la hipófisis, con el fin de dotar al sujeto de energía suficiente para desarrollar una acción para solucionar un problema.</li></ul>
Motor	<ul style="list-style-type: none"><li>-Facilita a los otros la percepción del estado de anímico de un sujeto.</li><li>-Las emociones se contagian.</li><li>-Es un lenguaje de signos con que se comunica visual y auditivamente.</li><li>-Se lleva a cabo en los niños mediante aprendizaje vicario tomando como ejemplo a los padres.</li><li>-Aprendizaje adaptativo de las emociones: facilitara al niño la vida emocional e intelectual.</li><li>-Desadaptativo de las emociones: la vida emocional del niño será complicada y darán lugar a inseguridades.</li></ul>
Mental	<ul style="list-style-type: none"><li>-El conocimiento que cada uno tiene de su estado emocional. Es más tenue cuando el sujeto aun es</li></ul>

	<p>joven, es decir, las emociones las pueden distinguir y nombrarlas de manera adecuada entre mas edad tiene la persona.</p> <p>-En el niño la emoción se puede dar sin pensamiento, en el adulto está fuertemente ligado a la emoción.</p> <p>-Cuando el sujeto es un joven o un adulto el vehículo para comunicar las emociones es la palabra.</p>
--	--

Fuente:Del barrio, 2007 (pp. 35)

En los niños pequeños, por debajo de los 10 años se pueden distinguir con mayor facilidad los estados emocionales a los que están expuestos, es decir, cuando están tristes o enojados por algún acontecimiento, son completamente transparentes frente a un adulto, sin embargo, con forme aumenta la edad estas emociones se interiorizan por lo que su detección se vuelve más complicada y compleja (Cascardo y Resnik, 2000).

Las emociones se expresan mediante la palabra, en los niños esta comunicación verbal va ordenando su mundo de sensaciones caóticas, y sintiéndose queridos. Esta comunicación no solo es intelectual sino también sentimental, un ejemplo de ello puedes ser el hecho de decirle a un niño que es inteligente, agradable, y bueno, el niño crecerá con ese esquema de sí mismo, completamente diferente a un niño que se le dice que es flojo, feo, desordenado o tonto (Del barrio, 2007).

Los niños comienzan a tener emociones desde los primeros días de vida, pues pueden mostrar señales de placidez o incomodidad (positivas o negativas). Esto ha llevado a la conclusión de que existen emociones básicas las cuales son: el miedo, la ira y la alegría, que corresponden a las conductas de llorar, protestar y sonreír; a partir de estas emociones y a través del tiempo se desarrollan las llamadas complejas, ejemplo de estas son la preocupación, la sorpresa y el remordimiento. En un primer momento se genera en los niños la

expresión de la emoción como tal ante un hecho (por ejemplo, cuando se le da al infante un juguete, la emoción que expresa es de felicidad, sin embargo, él no comprende que es lo que siente), posteriormente este proceso es acompañado de la capacidad del niño para darle nombre a las emociones, es decir, un niño pequeño cuando se enoja, hace rabietas con el fin de comunicar su molestia, conforme va creciendo comienza a tener la capacidad de nombrar de manera verbal que lo que siente, comienza a decir que eso que siente se llama enojo (Rodríguez, Martínez, Ramos, Rivero, García y Oblitas, 2008).

La función de las emociones es comunicar en un primer momento, en un segundo momento se encuentra ligado a la supervivencia, las emociones positivas tienen la función de acercamientos, ello facilita la exploración y por tanto promueve el descubrimiento de elementos positivos para la vida, así mismo las emociones negativas protegen al individuo, proporcionan las conductas de huida y ataque. A los siete años se puede establecer que el ciclo de desarrollo emocional se completó, lo que viene después es la acumulación de experiencias que, o bien completan su madurez o por el contrario, aumentan su inestabilidad emocional (Caballo y Simon, 2005).

Barrios (2003), mencionan que existe un patrón característico de cada individuo, denominado "personalidad", "temperamento" o "carácter", lo cual afecta el comportamiento determinando; como cada persona recibe, percibe, filtra, elabora y modula estímulos con potencialidad ansiogénica, los estímulos agresivos del entorno o los generados por sí mismo y reacciona ante ellos. De estos factores depende que un niño presente una alteración o una maduración emocional.

### **3.1. Tipos de alteraciones emocionales**

Los problemas emocionales surgen cuando las emociones se desencadenan desadaptativamente y no están dirigidas hacia la meta que originariamente

tienen, como se mencionó anteriormente el descubrir elementos positivos para la vida y conductas de huida y ataque. Los niños presentan muy distintos trastornos que tienen también diferentes causas, e incluso puede ocurrir que de una misma causa se originen un sinnúmero de problemáticas.

Existen cuatro grandes grupos de problemas infantiles y juveniles (Rojtenberg, 2006, pp. 27):

1. Problemas de desarrollo. Estos afectan principalmente el desarrollo intelectual, es decir, existe un retraso en comparación con los niños de su edad.
2. Problemas psicóticos. Afectan a la visión que la persona tiene de lo que es el mundo real.
3. Problemas exteriorizados o de conducta. Aparecen cuando la persona produce actuaciones que consisten en saltarse las normas sociales o legales. Sus causas son de distinta naturaleza, orgánicas o ambientales.
4. Problemas interiorizados o de personalidad. Agrupan conductas difícilmente observables que hacen sufrir a la persona y en muchas ocasiones pasan desapercibidas para los miembros más próximos de la familia. Los trastornos afectivos (miedos patológicos, ansiedad y depresión), son alteraciones que afectan el estado emocional.

Aunado a lo anterior Rice (2000), menciona que los preadolescentes se preocupan por algunos factores que describe por orden de importancia:

1. La escuela: calificaciones, exámenes, calificaciones finales, tareas, trabajos escolares, estudios y vida escolar.
2. La familia: padres, familia en general, estabilidad matrimonial de los padres, divorcio, separación, emocionalidad de los padres, nerviosismo, relaciones con



los padres, independencia, obligaciones, salud de los padres y futuro de los padres y hermanos.

3. Vocación: empleo, que hacer después de la graduación, alcanzar sus objetivos, desarrollo de su potencial.

4. Relaciones sociales: ser aceptados, gustar, lo que otros piensan, sentir timidez e inferioridad, el noviazgo, relaciones sociales o generales, temor a lastimar a otros y preocupación por que otros no lleguen.

5. Dinero: dinero para la graduación, para pagar las cuentas y tener dinero en los años futuros.

6. Futuro: el futuro en general, estable, feliz y seguro.

7. Matrimonio: casarse, encontrar una pareja amorosa y la felicidad de la futura familia.

8. Sexo: abstenerse de sexo premarital, que la madre les encuentre anticonceptivos y las obligaciones sexuales en el futuro.

9. Sobrepeso (Rice, 2000, p.127).

Por lo tanto el conflicto que pudiera presentar una persona de esa edad con su incorrecto manejo de emociones sumado a los factores por los que se preocupan en la preadolescencia puede conllevar a que al niño se le complique la resolución de sus problemáticas, hecho que podría provocar mayor inestabilidad emocional.

### **3.2. Antecedentes de la Depresión**

Etimológicamente depresión viene del latín *depressio*: hundimiento; pues el paciente se siente hundido, con un peso sobre su existencia, que le impide cada vez más vivir con plenitud. La primera descripción clínica la realizó Hipócrates, quien le acuñó el término melancolía (mélanos: negra-cholis: bilis) por considerar el exceso de la bilis negra en el cerebro como la etiología de

esta enfermedad; a partir de esta, las teorías sobre el origen de la depresión fueron variando de acuerdo a la época (Rojtenberg, 2006).

### **3.3. Teorías acerca de la Depresión**

Areteode Capadocia en el siglo II, atribuyó la etiología de la depresión a factores psicológicos, asociándola con la manía y valorizando la importancia de las relaciones interpersonales. Posteriormente en la Edad Media y el Renacimiento, la etiología de la depresión fue atribuida a la posesión demoniaca, al castigo divino, a las influencias de los astros o al exceso de humores, entre otros. Contrario a esta teoría Paracelso (Aguirre, 2008) afirmaba que las enfermedades mentales tienen origen natural y que no son causadas por espíritus.

Robert Burton (Aguirre, 2008) tomo en cuenta lo heredado y lo temperamental pues refería que los melancólicos descendían de padres melancólicos. Medina-Mora, et. al. (2003) establece que hacia el año 1800 Krapelin reconocía tres categorías principales: la demencia precoz, la parafrenia y la psicosis maníaco depresiva.

Freud, a principios del siglo XX, comenzó a esbozar sus hipótesis Psicodinámicas, sosteniendo que la depresión en la adultez no es más que la reactualización de una traumática pérdida objetal temprana, que torna al sujeto vulnerable a las pérdidas posteriores que desencadenan este cuadro (Rojtengerg, 2006).

#### **3.3.1. Cognitiva- Conductual**

La característica central de la teoría descrita o acuñada por Beck (1979 citado en Beck, Freeman, Davis, et. al, 2005) se basa en el contenido del pensamiento de una persona afecta su estado de ánimo, en otras palabras, la manera en que siente es el resultado de sus pensamientos y percepciones, los

cuales ejercen influencia tanto en la persona como en la situación misma que vive. Para Beck (1979 citado en Beck, Freeman, Davis, et. al, 2005) la cognición es un concepto esencial y se refiere a lo que está en la mente, es decir, es la adquisición, procesamiento, organización y uso psicológico del conocimiento (Duque, 2011).

Beck, Rush, Shaw y Emery (2008) postulan la existencia de esquemas a través de los cuales los individuos filtran e interpretan su experiencia. Estos esquemas son influenciados por la historia del desarrollo de la persona antes del comienzo del estrés psicológico. Así, los individuos propensos a depresión desarrollan esquemas negativos distorsionados que a menudo permanecen latentes hasta que son activados por situaciones estresantes. Como parte del complejo sintomático de la enfermedad depresiva existen distorsiones cognitivas tales como un pesimismo extremo o una visión irreal de la propia personalidad). De acuerdo a Rangel (2002, pp. 25) la depresión presenta sus propias formas de distorsión, que Beck reúne bajo la denominación de a triada cognitiva, q consta de:

- Expectativas negativas respecto del ambiente
- Concepto negativo de sí mismo
- Expectativas negativas respecto del futuro

La forma de ver el mundo se manifiesta por una tendencia a interpretar negativamente las situaciones y los eventos ante los que se enfrenta. Este futuro se encuentra asociado con una gran desesperanza y una expectativa negativa de éste. La manera negativa de verse a sí mismo se manifiesta en baja autoestima y una autoevaluación negativa, autocrítica elevada y devaluación de las propias habilidades. También el paciente depresivo tiene distorsiones cognitivas que son errores sistemáticos en su razonamiento,

creencias, actitudes, suposiciones disfuncionales que son reguladores internos de la conducta, que anulas las respuestas de realistas y sentido común (Rangel, 2002).

En otras palabras Beck, explica la depresión, en el sujeto que la padece, por la aparición de pensamientos erróneos y sumamente negativos a cerca de lo que acontece en su mundo y a su alrededor; se siente él mismo personalmente miserable y para completar el cuadro, cree que el futuro no le va a deparar nada bueno (Del Barrio, 2007).

### 3.3.2. Psicodinámica

La teoría Psicodinámica explica que las personas obesas utilizan la comida como mecanismo de afrontamiento de sus emociones y de sus sentimientos de inadecuación personal. Se refiere al individuo obeso como una persona dependiente y pasiva que nunca aprendió vías adecuadas para lidiar con sus emociones o conflictos. También considera que el obeso se sobrealimenta para disminuir sus sentimientos de ansiedad y depresión, resultado de su pobre autoconcepto. La obesidad se considera como una protección contra el frío y las carencias psicológicas de la falta de afecto (Vizcarra, 2010).

Freud sostiene que la depresión se basa en un sentimiento negativo que sobrevive normalmente tras una pérdida. Los individuos obesos presentan regresión, hay una fijación oral por lo que buscan consuelo mediante la comida, esta fijación puede ser el resultado de cuidados inadecuados o de una relación madre-hijo trastornada durante los primeros meses de vida. Esta sobrealimentación compensadora es utilizada por el individuo para vencer su inseguridad materna (Vizcarra, 2010).

La comida también se convierte en una forma de no sentir y de aislarse, la experiencia de muchos obesos es de haberse sentido lastimados, abandonados y humillados por diferentes personas, lo que siempre han

encontrado disponible e incondicional y no hiriente es la comida. Una y otra vez, recurren a ella en busca de protección, consuelo y amor (Ríos, 2002).

### 3.3.3. Orgánica

Sostiene que la depresión se debe a una disfunción de los sistemas físicos, corporales, que regulan la conducta. Los elementos implicados más directamente producirán un irregular funcionamiento de los neurotransmisores, especialmente el cortisol, la hormona de crecimiento y la serotonina; todos ellos son sustancias que regulan el nivel de activación y la velocidad e intensidad de las respuestas emocionales a los acontecimientos, bien sean internos (una idea) o externos (una catástrofe). En este campo se discute si la causa de la depresión es un mal funcionamiento neurológico o si la depresión llega a causar una disfunción neurológica, creando así una cadena.

### **3.4. Definición**

La mayoría de las personas sufre cambios de ánimo como parte de la vida cotidiana normal, no obstante, en algunas personas tales cambios son tan pronunciados y duraderos que interfieren con su capacidad de desempeño efectivo; en los casos extremos, ciertos estados de ánimo pueden poner en riesgo la vida; en otros pueden provocar que la persona pierda contacto con la realidad. La depresión se describe generalmente como un estado de infelicidad, sin embargo es algo más que malestar y se produce una y otra vez con regularidad cíclica (Rojtenberg, 2006).

Rojtenberg (2006) define la depresión como un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima con manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño socio-ocupacional.

La depresión es un trastorno que puede aparecer en estadios muy precoces de la vida de un niño y que se vuelve más frecuente a medida que progresa en edad, alcanzando su punto más alto en la adolescencia (Del Barrio, 2007).

Por otra parte González, Hartig, Patil, Martinsen y Kirkevold (2010) propusieron que la depresión es un tono afectivo de tristeza que va acompañado de un sentimiento de minusvalía e indiferencia y de predisposición al suicidio. Altera el estado de ánimo de quien la padece, el funcionamiento integral de su cuerpo, la forma de verse a sí mismo y a la realidad.

La depresión de acuerdo a la guía de consulta de los criterios Diagnósticos del DSM-5 (APA, 2014) es un trastorno del estado de ánimo caracterizado principalmente por la presencia de un ánimo triste constante.

Para Salinas (2010), la depresión presenta un cumulo de desórdenes desde los físicos (endocrinos relacionados con la nutrición, reacciones tóxicas y alergias) hasta las presiones psicosociales (tensiones y pérdidas que se van acumulando a lo largo de la vida).

De la Garza (2007) define a la depresión como un fenómeno multifactorial en el que se influyen diversas situaciones que hacen vulnerable al sujeto para padecer depresión en la infancia o en la vida adulta.

La depresión infantil poco a poco pasó de ser una aproximación conceptual a uno de los temas de mayor importancia en la Psiquiatría y la Psicología infantil. De acuerdo con Rodríguez y Ortiz (2005), la depresión infantil es un desorden caracterizado por una alteración en el estado de ánimo, acompañada de cambios en el comportamiento a nivel escolar, familiar y social, fue y es asociada a diversos factores precipitantes como los genéticos y psicosociales y la condición depresiva persiste e interfiere con las capacidades y acciones de las personas.

La depresión infantil puede definirse como una situación afectiva de tristeza mayor que ocurre en un niño; esta alteración se presenta en muchas formas con grados y duración variable (leve, moderado y severo). Los síntomas varían según la etapa de desarrollo en el que se encuentra el menor. En los niños depresivos suele existir timidez e introversión, lo que provoca que sean aislados socialmente, al igual que tener pocas habilidades y pocas oportunidades para interactuar con otros niños, por lo que se sienten más solos lo que dispara aún más sus sentimientos depresivos (Friedberg y McClure, 2005).

### **3.5. Depresión enmascarada**

Alrededor de los años treinta, con la influencia de la corriente psicoanalítica, se consideró que la depresión infantil no existía por ser ésta una patología vinculada estrechamente con el desarrollo del superyó. Sin embargo, dentro de esta corriente hubo posturas diferentes como las de Klein, Spitz, Bowlby y Anna Freud, quienes reconocieron la existencia de la depresión infantil relacionada con la pérdida o falta de la figura materna de los primeros años de vida (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, Villatoro, Rojas, Zambrano, Casanova y Aguilar-Gaxiola, 2003).

En los años setenta, surgió el concepto de “depresión enmascarada”, en la que se acepta la depresión infantil, pero encubierta bajo síntomas como irritabilidad, problemas de conducta y agresividad, a partir de entonces, se empezó aceptar abiertamente la depresión infantil (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, Villatoro, Rojas, Zambrano, Casanova y Aguilar-Gaxiola, 2003).

Este enfoque conceptual postula que la depresión puede ocurrir en la infancia, pero que sus características clínicas difieren sustancialmente de las de los adultos. En la infancia pueden aparecer depresiones subyacentes, depresiones enmascaradas, cuyo diagnóstico no puede hacerse desde los no existentes

síntomas depresivos, no obstante se pueden inferir desde otros síndromes o alteraciones psicopatológicas (Caballo, 2005).

Glaser (Polaino-Lorente, 2002) fue uno de los más acérrimos defensores de esta concepción. Sostiene que la depresión infantil esta enmascarada por un conjunto de síntomas que tienen muy poco en común con las características típicas de la depresión. Los síntomas a su parecer se dispersan en los tres sectores siguientes:

1. Problemas conductuales y delincuencia
2. Reacciones Psicosomáticas
3. Reacciones psicofisiológicas (Polaino-Lorente, 2002, pp. 58).

López-Ibor (Rojtenbeg, 2006) sostiene que las depresiones infantiles pueden enmascararse en forma de trastornos somáticos (equivalentes depresivos), trastornos psíquicos y alteraciones de conducta.

Cytryn y McKnew (Shaffer y Waslick, 2003) afirman que la “reacción de depresión enmascarada” es la forma más común de presentarse la depresión infantil, en tanto que la conducta y humor depresivos se presentan con baja frecuencia. Según estos autores, hay tres vías posibles de análisis sintomatológico: conducta y humor; contenido del sueño y de las fantasías y expresión verbal. La sintomatología más frecuente de un cuadro depresivo comprende el fracaso escolar, la delincuencia, la agresividad, la hiperactividad y síntomas somáticos.

La edad es un factor importante dentro de la sintomatología que se presenta y que ayude a llegar a un diagnóstico de depresión, es decir, cada edad presenta un número de síntomas específicos. Nissen (Citado en Polaino-Lorente, 2002) se encargó de realizar una correspondencia entre edad y sintomatología que caracterizan a la depresión, las cuales se mencionan a continuación:



- a) Edad preescolar: Rechazo del juego, agitación y timidez (síntoma psíquicos); crisis de llanto y gritos, encopresis, insomnio, hiperactividad y dificultades para alimentarse (síntomas psicósomáticos).
- b) Edad escolar: irritabilidad, inseguridad, resistencia a jugar, dificultades en el aprendizaje y timidez (síntomas psíquicos); enuresis, encopresis, onicofagia, terrores nocturnos, manipulaciones genitales, crisis de llanto y gritos (síntomas psicósomáticos).
- c) Adolescencia y preadolescencia: Rumiación, impulsos suicidas, abatimiento y sentimiento de inferioridad y opresión (síntomas psíquicos); y cefaleas (síntomas psicósomáticos). (Polaino-Lorente, 2002, pp. 62).

De acuerdo a la investigación de Vargas, et. al. (2002) los avances más recientes y notables sobre la depresión infantil apoyan incondicionalmente al diagnóstico y evaluación de la depresión desde una perspectiva multidimensional, tomando en cuenta criterios de acuerdo a la perspectiva clínica-conductual, psicopatología, psicobiológica, neuroendocrina y psicofisiológica.

### 3.6. Elementos que conllevan a la depresión

Las emociones negativas son normalmente la respuesta a una situación en la que intervienen múltiples situaciones con muy distintos matices y proporciones. Los elementos pueden venir de tres lados: el niño, la familia y el ambiente. En la etapa educativa a nivel primaria se presenta una tasa de depresión mayor. Los principales síntomas que presentan son, rendimiento escolar y el fracaso social (Del Barrio, 2007).

<b>Vulnerabilidad personal</b>	<b>Factores ambientales</b>
-Cada persona es completamente	-Se refiere a las circunstancias que

<p>diferente, para determinada situación cada una presenta una forma de actuar.</p> <p>-Las personas vienen dotadas de un sistema Neuroendocrino, que es el cimiento sobre el que se construye la personalidad.</p> <p>-Las acciones y los hábitos van organizando la forma de ser.</p> <p>-Elementos temperamentales y personales se relacionan con el ambiente.</p>	<p>cada sujeto debe asumir.</p> <p>-Aunque el temperamento y la personalidad que posee un niño sean bueno, no será inmune ante el maltrato o el desamor y un sujeto vulnerable responderá positivamente a una cuidada educación.</p> <p>-Todo lo que acontece a un organismo en su interacción con el mundo es fundamental en la explicación de su conducta.</p> <p>1. La familia (estilos de crianza)</p> <p>a) Autorizado</p> <p>b) Autoritario</p> <p>c) Permisivo</p>
---	---

(Del Barrio, 2007, pp. 58)

### 3.7. Epidemiología

La depresión es un conjunto de desórdenes de la afectividad, cuyo rasgo esencial es una alteración del estado de ánimo unida a problemas cognitivos, psicofisiológicos e interpersonales. En el año 2001 la Organización Mundial de la Salud la declaró como un problema de salud pública de grandes consecuencias sanitarias y económicas, también la clasificó como la quinta causa de morbilidad entre todas las enfermedades y como el primer lugar entre los trastornos psiquiátricos más graves en atención primaria, mencionando que la depresión en México es alarmante pues reveló que la depresión ocupara el segundo lugar como uno de los trastornos incapacitantes para todas las edades en el 2020 (OMS, 2012).

En México cada 10 niños, ocho presentan sobrepeso y siete obesidad, lo que equivale a un grave problema de salud pública; datos de la OMS, advierten que para el 2018 será el país con mayor número de obesos, como

resultado de la poca concientización que tienen los padres sobre la alimentación y que deben de llevar a cabo sus hijos (OMS, 2012). Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz-Bautista y Zambrano-Ruiz (2004) encontraron que dos millones de mexicanos habían padecido un episodio de depresión durante su infancia y adolescencia. Por su parte Rodríguez de Cossío y Granada (2007) observó una prevalencia de depresión del 48% en una muestra no clínica de niños residentes de la ciudad de México de bajos recursos, entre los 7 y 12 años de edad. Su incidencia anual fue de 10 a 15% entre los años 2005-2010 (Nogales-Imaca, Ulloa-Flores y Peña-Olvera, 2011).

Rodríguez y Ortiz (2005) encontraron que la prevalencia de depresión infantil en México es de 34% de la población, menor a 15 años. Estos datos se obtuvieron en una evaluación que se realizó en el Hospital del Niño DIF de estado de Pachuca en el año 2005, donde el 15% de la población total que asistió por primera vez al departamento de psicología se le diagnosticó con depresión infantil, de los cuales la mayor incidencia la presenta el género masculino entre los 6 y 10 años, predominando el episodio depresivo leve.

En estudios más recientes realizados por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) los resultados señalan que 9.2% de los mexicanos sufrieron un trastorno afectivo en algún momento de su vida y 4.8% en los doce meses previos al estudio. La depresión ocurre con mayor frecuencia entre las mujeres (10.4%) que entre los hombres (5.4%). Las prevalencias observadas en los EUA, Europa y Brasil son más elevadas ya que más de 15% de la población ha padecido depresión mayor alguna vez en la vida y más de 6% durante el año anterior. En países como Colombia y Chile, la situación es muy similar a la de México (Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora, 2013).

La edad de inicio de la mayoría de los trastornos psiquiátricos se ubica en las primeras décadas de la vida; 50% de los adultos que han sufrido un trastorno mental lo padecieron antes de cumplir 21 años. Cuando los trastornos depresivos se presentan antes de los 18 años, el curso de la enfermedad es más crónico y de mayor duración. Estudios con población adolescente muestran que, entre los trastornos más frecuentes en esa etapa de la vida, se encuentran los depresivos; 7.8% de los jóvenes cumplieron con los criterios diagnósticos de depresión mayor y 0.8% con aquéllos de distimia. Estos padecimientos generan discapacidad entre los adolescentes debido a que pueden interferir en su desarrollo y limitarlos en la toma de decisiones importantes en su vida. Es probable que la presencia de síntomas depresivos se relacione con el maltrato, la falta de oportunidades para realizar sus aspiraciones y la violencia del entorno en que viven, entre otros factores (Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora, 2013).

Estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) indican que, en México, los adolescentes representan el grupo de edad más vulnerable para el suicidio. Las causas son problemas familiares y escolares, depresión, ansiedad, daño neurológico en etapas tempranas, así como el consumo de sustancias adictivas. Durante la última década, las defunciones por suicidio en la población mexicana entre los 5 y 14 años de edad se incrementaron 42%: de 105 casos en el año 2000 a 150 casos en 2010 (INEGI, 2013).

Como se puede notar en las estadísticas arriba mencionadas la depresión es un padecimiento de gran importancia para la sociedad y en algunos momentos pasa desapercibida debido que se cree erróneamente que la infancia solo se asocia con el juego, alegría y preocupación. Sin embargo, la depresión merece la atención de los Psicólogos porque es una alteración que se presenta desde

la temprana edad. Además, si no se trata puede durar hasta la adultez e incluso evoluciona hacia formas más severas (Del barrio, 2007).

### **3.8. Depresión y su relación con la obesidad**

Se comenzará este apartado mencionando que las influencias externas, incluyendo familia y sociedad, desempeñan un papel importante en el comer emocional. Las conductas alimentarias de un niño pueden provocar fuertes reacciones emocionales en los padres. El niño aprende que comer o no comer es su única fuente de poder, la única forma de expresar emociones (Abramson, 1999).

Un ejemplo de lo antes mencionado es dicho por Chales y Kerr en 1987, quienes estudiaron el significado de la comida y señalaron que, con frecuencia los alimentos dulces se utilizan para apaciguar a los niños y mantener la armonía familiar. Concluyeron por otra parte que los alimentos son signos del amor familiar y de la determinación de agradar a los distintos miembros que componen la familia (Citado en Ogden, 2005).

La depresión lleva al niño a refugiarse en la comida; ya que se consuela con ella. La obesidad reduce notablemente su actividad física, su desempeño escolar y comunicación o interacción social. Beck cree que pensamientos negativos, contraproducentes, son el fundamento de la depresión. Por lo que las personas deprimidas se ven a sí mismas, al mundo y al futuro en forma negativa (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2008).

El comer también desempeña un papel importante en otros tipos de interacciones paterno-filiales. Un patrón muy común es utilizar la comida como recompensa. Por lo tanto la comida como recompensa puede contribuir al comer emocional de dos maneras: aparejar la comida al amor y que la comida

se convierta en un sustituto de éstos (Velázquez, Zenner, Sánchez, Muñoz y Velázquez, 2012).

De acuerdo con el DSM-V (APA, 2015) las depresiones afectan el modo de comer, ya que se incluyen cambios en el apetito o del peso en casi todos los trastornos depresivos, pues se sabe que la pérdida significativa de peso o el engordar es un criterio para el diagnóstico de una depresión mayor.

La comida y las emociones están estrechamente unidas, tanto que alimento y afecto significan muchas veces lo mismo. Schachter y Rodin en 1974 elaboraron la teoría emocional de la obesidad. Esta teoría dice que los obesos responden a emociones como la ansiedad, el miedo, el aburrimiento y la depresión. De esta manera las emociones juegan un papel importante en la mayoría de los casos (Citado en Ogden, 2005).

De acuerdo con Hassink, et. al. (2009), la obesidad infantil está íntimamente relacionada con su mundo emocional. Los niños obesos son insultados, reciben apodos, pueden ser sujetos a burlas o intimidaciones. Un niño con sobrepeso y obesidad siente que no encaja ni pertenece a ningún sitio, puede verse como diferente o marginado. A menudo se sentirá solo ocasionando sentimientos de tristeza y depresión.

Otro factor importante es que se sabe que los niños deprimidos pasan más horas delante del televisor que los que no lo son. La televisión distrae y los deprimidos la usan como un refugio de sus ideaciones mórbidas, igual que si fuera una droga, lo que provoca un poco movilidad y sedentarismo, que aunado a una alimentación excesiva o no proporcionada puede provocar obesidad en los niños (Del Barrio, 2007).

Rios (2002) menciona que existe una relación entre la autoestima, ansiedad y depresión en niños obesos de 10 a 15 años de edad. Los niños obesos caen en depresión tras comprobar que su problema de sobrepeso es una enorme

fuentes de problemas añadidos y pierden la esperanza de encontrar una solución. Duermen mal, pierden el interés por las actividades que antes adoraban, tienen episodios de irritabilidad y bajo estado de ánimo (Citado Casademunt, 2005).

De acuerdo con Papalia (2005), los desórdenes de ansiedad y depresión en la adolescencia suelen venir juntos, ya que existen factores que colocan a los adolescentes en riesgo ante estos desórdenes. En el siguiente capítulo se mencionará la teoría acerca de la Ansiedad. Algunos factores de riesgo que menciona son:

- Imagen corporal negativa.
- Mayor capacidad para reflexionar en el yo en desarrollo y el futuro.
- Disfunción familiar o problemas de salud mental de los padres.
- Disputas matrimoniales o divorcio y problemas económicos.
- Poca popularidad entre los compañeros.
- Bajo rendimiento escolar. (Papalia, 2005, p. 420-421).

---

# Capítulo 4

## Ansiedad

---



## 4. Ansiedad

### 4.1. Antecedentes

La ansiedad se remonta a los orígenes de la humanidad. Quizá por poseer un carácter universal y como parte de la condición humana, los médicos de la antigüedad la omitían de la lista de enfermedades mentales, incluso no disponían de un nombre para ésta, así como sí lo tenían para otras enfermedades como la histeria o la melancolía. En la época de Cicerón los romanos utilizaron la palabra *anxietas*, indicadora de un estado medroso duradero que da pauta a un estado momentáneo de miedo intenso, de comprensión frente a un estímulo, parecido al concepto de angustia (Stein, 2004).

Berrios y Link (1995) señalaron que pese a las numerosas referencias sobre estados próximos a la ansiedad, en libros antiguos, no se incorporó el término *ansiedad* hasta tiempo después. Sin embargo, los síntomas y las manifestaciones individuales se consideraban enfermedades o estados diferentes. Por ejemplo, la dificultad respiratoria durante el estado de ansiedad se atribuía a anomalías pulmonares; lo que se conoce como hormigueo en el estómago se interpretaba como una alteración gástrica y los mareos que a veces acompañan a la ansiedad se describían como un estado de vértigo y se atribuía a un problema del oído medio. Este tipo de síntomas constituían manifestaciones a las que Berrios y Link denominaron: los aspectos objetivos de la ansiedad. Estos aspectos son lo que más corresponden a las concepciones modernas de estados o trastornos de ansiedad, como la sensación de terror, la opresión, la fobia, el sobresalto, las rumiaciones, y las experiencias de despersonalización y desrealización.

El término ansiedad se incorporó al léxico médico de las enfermedades mentales cerca del siglo XVIII, no se puede especificar exactamente en qué momento. El uso de este término significaba que se establecía una distinción entre las reacciones normales de la gente tras un fracaso sentimental, problemas económicos, entre otros y el carácter excesivo de la reacción de otras personas que atravesaban situaciones vitales parecidas (Stein, 2004).

Sigmund Freud (1856-1939) propuso el siguiente cuadro clínico acerca de la Ansiedad: a) Irritabilidad general; b) Expectación ansiosa; c) Ansiedad que asecha constantemente; d) Crisis rudimentaria de ansiedad; e) Despertar nocturno; f) Vértigo; g) Fobias; h) Alteraciones digestivas; i) Parestesias y; j) Estados crónicos.

En el siglo XX, el principal teórico de la terapia conductual, Burrhus Frederick Skinner (1904-1990), explicó la ansiedad como una manifestación de la respuesta condicionada a una situación temida (Rojas, 2003).

Desde los inicios de la ciencia se ha intentado esclarecer las causas de la ansiedad, así como los factores que determinan su aparición y persistencia, por ello surgieron, conforme fue avanzando la investigación, diversos enfoques que tratan de encuadrar, definir y explicar su origen (Rojas, 2003), tales enfoques se han centrado en dos problemas fundamentales: la ambigüedad conceptual del constructo y las dificultades metodológicas para abordarlo. Estos problemas dieron lugar a las distintas corrientes psicológicas (psicodinámica, humanista, existencial, conductista, psicométrica y cognitiva-conductual) que se ocupan del abordaje de la ansiedad (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

#### **4.2. Definición de Ansiedad**

Se comenzará explicando la diferencia entre angustia y ansiedad, pues se tienden a confundir los términos, no obstante una definición de ambas que satisfaga a todos los autores no es fácil de encontrar debido a que dependerá

de los aspectos o planos de éstas que más interesen, debido a las numerosas vertientes que las constituyen y a las distintas visiones o comprensiones que se han hecho de las mismas. Es por eso que en este apartado se mostrarán diversas definiciones de lo que es la ansiedad y algunos aspectos sobre fundamentales acerca de la angustia (Rojas, 2010).

La diferencia que existe entre ansiedad y angustia radica en que la angustia posee un carácter más somático o visceral (opresión precordial y epigástrica, sobrecogimiento), mientras que la ansiedad se manifiesta más fluida, además presenta síntomas respiratorios predominantes (falta de aire, ahogos, sobresalto). De igual manera la angustia se vive como una amenaza de riesgo inminente y pérdida de control de sí mismo, sin saber a qué atenerse. Por otra parte, la ansiedad se vive más bien como la posibilidad de que pueda ocurrir “cualquier cosa”, una suerte de incertidumbre e inseguridad (Caballo, 2005).

La angustia es la emoción más universalmente experimentada por el ser humano el concepto procede del término alemán *angsty* de la palabra germana *eng*, tiene un efecto de inmovilización y conduce el sobrecogimiento en innumerables ocasiones; se define como una emoción compleja, difusa y desagradable que conlleva serias repercusiones psíquicas y orgánicas en el sujeto. Es un sentimiento vinculado a situaciones de desesperación, donde la característica principal es la pérdida de la capacidad del sujeto de actuar voluntaria y libremente; es decir, la capacidad de dirigir sus actos (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

Rodríguez (2001) menciona que la angustia es la reacción del organismo ante situaciones de amenaza que se caracteriza por vivencias displacenteras con forma de expresión muy diferentes a través de signos y síntomas somáticos o comportamientos variados, con un relevante valor defensivo, dinamizante, organizador y evolutivo, que se aprende y construye en la infancia.

La ansiedad consiste en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y asertiva, caracterizada por un estado de alerta, de activación generalizada. Por tanto, debe destacar de ésta ser una señal de peligro difusa que el individuo percibe como una amenaza para su integridad. No todas las señales de peligro alcanzan un determinado nivel de conciencia. Para eso son necesarias dos premisas fundamentales: una intensidad suficiente y una duración que se prolonga en el tiempo. (Rojas, 2003).

La Asociación Americana de Psiquiatría, en el manual diagnóstico DSM-5 (APA, 2015), dice que la ansiedad es un estado de preocupación excesiva, sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades que se prolonga por más de seis meses. Menciona que al individuo que la presenta le resulta difícil controlar ese estado constante de preocupación; incluye síntomas como inquietud e impaciencia, fatiga precoz, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.

#### 4.2.1. Ansiedad Estado

El estado de ansiedad hace referencia a un componente siempre variable del estado de ánimo, y se define como un estado emocional caracterizado por sensaciones subjetivas, conscientemente percibidas, de recelo y tensión acompañadas de, o asociadas a la activación del Sistema Nervioso Autónomo; un ejemplo de esto puede ser durante un partido de baloncesto en el cual el nivel de ansiedad-estado de un jugador cambiará súbitamente en función del momento. Puede tener un nivel alto de ansiedad-estado (sentirse un poco nervioso y advertir los latidos del corazón) antes del inicio del encuentro, algo inferior una vez que ha tomado el ritmo del partido y, sumamente alto cuando se juegan los minutos finales con un marcador muy igualado. El estado cognitivo de la ansiedad tiene que ver con el grado de preocupación o con los pensamientos negativos de una persona, mientras que el estado somático de

ansiedad se ocupa de los cambios súbitos en la activación fisiológica percibida (Cía, 2007).

#### 4.2.2. Ansiedad Rasgo

A diferencia del estado de ansiedad, la ansiedad-rasgo es una parte de la personalidad, una tendencia o disposición conductual adquirida que influye en la conducta. En concreto la ansiedad-rasgo es un motivo o disposición conductual adquirida que predispone a una persona a percibir una amplia gama de circunstancias objetivamente no peligrosas (desde el punto de vista físico y psicológico) como amenazadoras, y a responder a éstas con reacciones de ansiedad estado de intensidad y magnitud desproporcionadas con respecto al peligro objetivo (Cía, 2007).

### **4.3. Causas de la Ansiedad**

La ansiedad puede originarse a partir de cuatro aspectos: Lo *endógeno* depende de la genética, la herencia y los cambios internos del organismo, aunque muchas ocasiones los acontecimientos exógenos actúan sobre estos y producen acontecimientos ansiosos desencadenantes. Lo *biológico* hace referencia a la ansiedad originada por enfermedades terminales como el cáncer, enfermedades tiroideas o procesos infecciosos agudos. Lo *psíquico* se refiere a lo que desde Freud se conoce como psicodinámico; la articulación de los diferentes momentos biográficos, que se conexionan entre sí y pueden hacer emerger la ansiedad cuando se analiza o recorre la propia vida, sin haber digerido muchos de sus aspectos esenciales, por ejemplo: padres separados o distantes. Experiencias amargas y de gran impacto que el sujeto no ha podido superar y que al acordarse, dan paso a estados de inquietud y desasosiego. Y lo *social* se refiere a la vida que lleva el ser humano, cada vez más compleja, lo

que hace que la ansiedad aumente con el día a día, con los eventos y tomas de decisiones (Rojas, 2010).

#### **4.4. Síntomas de Ansiedad**

La ansiedad es un padecimiento que varía de persona en persona, no obstante hay un núcleo específico de los síntomas que presentan las personas que la padecen. En este apartado se hablará de estos síntomas. Cía (2007, pp. 89) menciona los siguientes grupos de síntomas:

1) Cognitivos. Pensamientos persistentes, sensaciones de falla o de vergüenza, preocupación, hipervigilancia, sensación de pérdida de control, percepción de fuertes cambios fisiológicos.

2) Fisiológicos. Palpitaciones, sudoración, contractura muscular, náuseas, diarrea, tasa cardiaca, tasa respiratoria, temperatura periférica, sensaciones gástricas.

3) Conductuales. Comerse las uñas, morderse los nudillos, presentar inquietud motora, hiperactividad, movimientos repetitivos, dificultades para la comunicación como la tartamudez, evitación de situaciones temidas, llanto, tensión en la expresión facial.

4) Emocionales. Angustia, miedos, aprehensión, irritabilidad, inseguridad, tensión.

Solloa (2001) menciona que la ansiedad en los niños se puede presentar en distintas áreas, pueden ser manifestaciones *cognitivas* (fobias y obsesiones), *conductuales* (ansiedad y cólera, agitación psicomotriz, hiperactividad), *somáticas* (trastornos del sueño, enuresis y encopresis), *psicosociales* (inhibición, conductas de evitación).

Por otro lado Mardomingo (2005) menciona que los adolescentes presentan un conjunto de manifestaciones englobadas en tres categorías, la primera es la

*somática* (dolor torácico, dificultad para respirar), manifestaciones *motrices* (inquietud, imposibilidad para estar sentado) y, por último, *cognitivas* (problemas de memoria, lentitud de pensamiento).

#### **4.5. Clasificación**

La ansiedad se clasifica de la siguiente manera:

- **Ansiedad exógena.** Es un estado de amenaza producida por estímulos externos como conflictos agudos, súbitos, inesperados; situaciones de tensión emocional; crisis de identidad personal y problemas provenientes del medio ambiente.
- **Ansiedad endógena.** Proviene de sentimientos vitales que confluyen en lo somático y lo psíquico. La produce el organismo y se deriva de un trastorno psicofisiológico de estructuras cerebrales implicadas en la vida emocional.
- **Ansiedad rasgo.** Parecida a la timidez, indica una tendencia habitual a ser ansioso durante largos periodos de tiempo en todo tipo de situaciones. Es el resultado de las características de la personalidad y las predisposiciones individuales.
- **Ansiedad estado.** Es la ansiedad sentida en un momento particular. Es un estado de ansiedad transitorio (Barrios, 2003, p. 54).

En el DSM-V, se clasifica la ansiedad de la siguiente manera (APA, 2014, p. 88):

-Crisis de angustia

-Agorafobia

-Fobia específica

-Fobia social

- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno de ansiedad generalizada

#### **4.6. Teorías sobre la ansiedad**

##### **4.6.1. Teoría Cognoscitiva**

Considera que la ansiedad es el resultado de cogniciones patológicas, es decir, el individuo se da una etiqueta mental para la situación a la que se enfrenta y la sobrelleva con un estilo y conducta determinadas (Virues, 2005). Propone que distintos procesos cognitivos pueden contribuir a la etiología y mantenimiento de los trastornos de ansiedad.

De acuerdo con Mardomingo (2001) existen cuatro elementos contenidos en la atención de la ansiedad presentada en niños: 1) Atención selectiva, la cual se refiere a enfocar la atención en una categoría específica de estímulo, siendo estos los estímulos amenazadores; 2) Sesgos en la memoria, que se refieren a la predisposición a recordar eventos amenazadores; 3) Sensibilidad a la ansiedad, la cual implica la creencia de que las sensaciones de ansiedad tienen consecuencias físicas y psicológicas negativas y; 4) Sesgos en el juicio, es decir una estimación negativa o inferior respecto al estilo o habilidad de afrontamiento.

##### **4.6.2. Teoría Psicodinámica**

Freud mencionó que la angustia es más un proceso biológico, una respuesta del organismo ante la sobreexcitación derivada del impulso sexual para posteriormente llegar a otra interpretación en donde la angustia procede de la lucha del individuo entre el rigor del Súper yo y de los instintos prohibidos del ello, donde los estímulos instintivos inaceptables para el sujeto desencadenarían un estado de ansiedad (Virues, 2005).



#### 4.6.3. Teoría conductista

Se basa en que todas las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se asocian a estímulos favorables o desfavorables adoptando así una connotación que va a mantenerse posteriormente. Según esta teoría, la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza (Virues, 2005).

Desde este enfoque la ansiedad infantil, es aprendida por el niño mediante un condicionamiento o asociación de estímulos. Así lo que el niño asocia en una persona situación u objeto, son los sentimientos, imágenes y reacciones fisiológicas que caracterizan la ansiedad (Rivera, 2007).

#### **4.7. Epidemiología**

Los estudios epidemiológicos sobre los trastornos de ansiedad en niños, presentan distintas dificultades metodológicas, una de ellas es delimitar y definir claramente lo que se está estudiando, pues los trastornos de ansiedad en niños aún no están bien establecidos. Otras dificultades que se presenta son los distintos resultados que se obtienen según la fuente de información, pues existen diferencias entre lo que los niños, los padre y los profesores reportan. Y finalmente el tipo de población, la diferencia de edades y el tiempo que transcurre entre cada evaluación. Debido a las características antes mencionadas, los datos epidemiológicos varían (Mardomingo, 2001).

La Secretaria de Salud (2014) menciona que los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más comunes. Se estima que un 12% de la población mundial adulta los padecen.

De acuerdo con los datos recabados por De la Fuente y Heinze (2011) la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en México a lo largo de la vida es de 1.2%, afecta al 1.6% de las mujeres y el 0.7% de los hombres. Los datos para el país son alarmantes; según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. Los trastornos más frecuentes identificados en nuestro país fueron los de ansiedad, con una prevalencia de 14.3%, alguna vez en la vida de las personas (Medina-Mora, et. al, 2003). Además, entre el 15 y 20% de los jóvenes en México padecen un trastorno afectivo como depresión o ansiedad (Duque, 2011).

La tasa general de prevalencia de los trastornos de ansiedad durante la infancia es de un 18%, sin que se presente un mayor predominio en las niñas que en los niños. No es hasta la adolescencia, que las chicas alcanzan índices más altos que los chicos en este tipo de problemática, distribuyéndose así los porcentajes de forma más semejante a los observados en la población adulta. Dentro del porcentaje citado, además, observamos que la ansiedad infantil se presenta de muy distintas formas: a veces, como un trastorno fóbico; en otras, la ansiedad no va acompañada de comportamientos evitativos y, en determinadas ocasiones, a ésta se le suman otros componentes (Sánchez, 2014).

Las tasas de prevalencia de ansiedad en niños son de 9-12%, aunque algunos estudios dan cifras de hasta 50%. La ansiedad de separación afecta al 3-5% de los niños, la ansiedad generalizada al 4% y el trastorno por evitación al 1%, mientras que para los adolescentes la prevalencia de cualquier tipo de ansiedad representa el 11% (Mandomingo, 2001).

#### **4.8. Relación entre la Obesidad y la Ansiedad**

Algunos preadolescentes presentan niveles de ansiedad bajos, ya que el ambiente en el que crecieron tuvieron pocos eventos de los cuales preocuparse. Sin embargo, otros preadolescentes que a lo largo de su vida sufrieron continua tensión, confusión y diversos conflictos perturbadores, han crecido en un estado de constante ansiedad. La preocupación se convierte en un estilo de vida, por lo que muchos reaccionan de una manera excesiva a las frustraciones y sucesos cotidianos mostrándose ansiosos por lo que sucederá en el futuro (Barrios, 2003).

Los niveles altos de ansiedad en los preadolescentes son el resultado de las expectativas irreales de logro y las presiones por parte de sus padres. Para muchos otros, la ansiedad se incrementa a lo largo de los años escolares a medida que enfrentan de manera más frecuente comparación social, evaluación y experiencias de fracaso. Cuando las escuelas crean tales circunstancias, es probable que los niveles de ansiedad en los adolescentes se eleven (Santrock, 2003). En los trastornos de conducta alimentaria se presenta de manera recurrente la ansiedad ya sea manifestándose en la pérdida de apetito o en el exceso de éste, llegando a alterar el desenvolvimiento adecuado del individuo en todos los ámbitos de su vida. Por otra parte Flores y Pompa (2009) menciona que el comer o más exactamente el masticar, al suponer un gasto de energía sumado a que implica una forma de desgarrar y triturar (conducta agresiva) se transforma en una manera rápida y pasajera, al alcance del paciente de reducir la ansiedad. Este tipo de respuesta es el que con mayor frecuencia utilizan los niños, por lo que el hecho de sobrealimentarse provoca en ellos un aumento de peso descontrolado.

Desde el punto de vista psicológico algunos elementos pueden contribuir al mantenimiento de la obesidad, tales como que un gran número de personas no

han logrado introyectar en su desarrollo el control sobre la alimentación que inicialmente ejercen los padres, en especial cuando el sobrepeso aparece en la niñez o cuando hay sobreprotección. La comida por otra parte, es empleada como un objeto transicional desde las primeras etapas del desarrollo, pues se recurre a la comida para atenuar cualquier malestar emocional de cualquier origen, haciéndola una estrategia mal adaptativa para manejarlas (Bersh, 2006).

#### **4.9. Terapia Cognitivo-Conductual para la Ansiedad**

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y los programas conductuales son los únicos entre los tratamientos psicosociales cuya efectividad se ha demostrado en individuos con algún trastorno de ansiedad, incluso igual o mayor a la mostrada por los tratamientos farmacológicos a largo plazo. Estos programas incluyen patrones que ayudan al individuo a identificar y corregir aquellas creencias y pensamientos que empeoran los síntomas. La TCC requiere aproximadamente de 8 a 20 sesiones con un experto (García y Díaz del Campo, 2008).

García y Díaz del Campo (2008) afirman que con el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad se busca dotar al paciente con recursos que pueda poner en marcha para aprender a controlarse en cuanto se detecte un aumento de los síntomas de ansiedad. Esto indica que los pacientes tienden a mantenerse de seis meses a dos años posteriores al tratamiento.

Cuando se trabaja con niños y adolescentes que presentan trastornos de ansiedad es indispensable trabajar también con sus padres y maestros. Conviene involucrar a estas figuras cuidadoras desde el inicio del tratamiento y comprometerlos para desempeñar un rol de co-terapeutas en casa y en el colegio (Flores y Pompa, 2009).

---

# Capítulo 5

## Plan de Investigación

---

## 5. Plan de Investigación

### *Objetivo General*

El objetivo general de investigación fue determinar si existe relación entre el afecto negativo (ansiedad y depresión) y factores de riesgo (comer por compensación Psicológica, dieta restringida), así como imagen corporal (satisfacción/insatisfacción y alteración) para los trastornos de la conducta alimentaria en niñas con peso corporal alto (sobrepeso y obesidad) y normopeso.

### *Objetivos específicos*

- Identificar los niveles de depresión en niñas con peso corporal alto y niñas normopeso.
- Identificar los niveles de ansiedad en niñas con peso corporal alto y niñas normopeso.
- Identificar los factores de riesgo en los TCA (comer por compensación psicológica, dieta restringida, satisfacción, insatisfacción y alteración) y su relación con afecto negativo (ansiedad y depresión) en niñas con peso corporal alto y niñas normopeso.

### *Planteamiento del problema*

Analizar la relación entre el afecto negativo y los factores de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria en niñas con peso corporal alto y normopeso.

### *Hipótesis de trabajo*

Las niñas con peso corporal alto presentan:

- Mayor nivel de ansiedad en comparación con las normopeso.
- Mayor nivel de depresión en comparación con las normopeso.
- Mayor insatisfacción corporal en comparación con las normopeso.
- Más conductas alimentarias de riesgo (comer por compensación psicológica y dieta restringida) en comparación con las normopeso.
- Mayor alteración en comparación con las normopeso.

#### *Definición de variables*

- Variables Independientes

### **IMC**

#### Definición Conceptual

El índice de masa corporal (IMC) es una medida ponderal entre el [peso](#) y la [talla](#) de un individuo, y se le considera como el indicador más utilizado para estimar obesidad y sobrepeso (OMS, 2005).

#### Definición Operacional

En nuestro país el IMC para la valoración de niños mayores de dos años de edad se considera lo siguiente: sobrepeso con un valor superior al centil 75; obesidad con un valor por arriba del centil 85; y obesidad grave con un valor por arriba del centil 97, utilizadas por la Academia Nacional de Pediatría con la participación de la Sociedad Mexicana de Endocrinología Pediátrica (marzo,2002)se recomendó utilizar las gráficas de IMC del Centro para el Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC, 2000).

- Variables dependientes

### **IMAGEN CORPORAL**

#### Definición conceptual

La imagen corporal es considerada como una construcción social con referentes, biológicos, psicológicos económicos y socioculturales. Los factores

comunes más frecuentemente señalados son de naturaleza subjetiva (autoperceptiva y autoevaluativa) actitudinal (cognoscitiva, afectiva y emocional) y experiencial (cambios físicos, dolor, placer, entre otros) (Gómez-Péresmitré y Ávila, 1998).

Los principales componentes son:

1. Satisfacción / insatisfacción
2. Alteración: Subestimación/Sobreestimación

### **Satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal**

Definición conceptual

Gómez-Péresmitré (1993) señala que la insatisfacción con la imagen corporal es por un lado de carácter psicológico-social y de naturaleza cognoscitiva, en tanto que interviene un proceso de conocimiento que involucra la interacción de los procesos: percepción, aprendizaje y conocimientos, expresa afecto y por el otro una gran predisposición de aceptación o rechazo hacia la propia figura corporal.

Definición operacional

La satisfacción /insatisfacción se obtiene de la diferencia entre la figura actual y la figura ideal, donde las diferencias positivas y las negativas se interpretaran: una diferencia igual a cero indicará satisfacción; una diferencia positiva nos indica que desea estar más delgada y una diferencia negativa desea estar más gruesa, cuanto más grande es la diferencia mayor será la insatisfacción con la imagen corporal (Gómez-Péresmitré, 1995, 1998).

### **Alteración de la Imagen Corporal**

Definición conceptual

Es la alteración cognitiva, afectiva (insatisfacción con el cuerpo, sentimientos negativos que nuestro cuerpo suscita) y perceptiva que conducen a la



distorsión de la imagen corporal, es decir, la inexactitud con la que se estima el cuerpo, su tamaño y su forma (Salaberria, Rodríguez, y Cruz, 2007).

Definición operacional

Para evaluar la alteración de la imagen corporal, se estableció la diferencia entre el peso real (IMC) y la autopercepción del peso corporal de la sección B del instrumento.

### **Factores de riesgo de la conducta alimentaria**

Los factores de riesgo son aquellos que inciden de manera negativa en el estado de salud del individuo, contribuyendo al desequilibrio del mismo y en la medida que lo hace vulnerable, incrementa la probabilidad de enfermedad y en la que facilitan las condiciones para la manifestación de la misma (Gómez-Péresmitré 2001)

#### **1. Dieta crónica restringida**

Definición conceptual

Régimen restrictivo en el cual se eliminan ciertos alimentos con fines de control de peso, de manera que se busca con frecuencia disminuir o mantener el peso de una persona. (Field, Cheung, Wolf, Herzog, Gortmaker y Colditz, 1993)

Definición operacional

Esta variable se midió a través del factor 6 de la escala de factores de riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios (EFRATA-II) (Gómez-Péresmitré y Platas, 2011).

#### **2. Comer por compensación Psicológica**

Definición conceptual

Comportamiento en el cual la alimentación se ve influida por diversos factores como el estado de ánimo, ya que la comida se relaciona por ejemplo con

ansiedad, tristeza o tranquilidad, lo que lleva al sujeto a comer o dejar de hacerlo (Gómez-Péresmitré, 1990).

Definición operacional

Esta variable se midió a través del factor 6 de la escala de factores de riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios (EFRATA). (Gómez-Peresmitré y Platas, 2011)

## **DEPRESIÓN**

Definición conceptual

La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado principalmente por la presencia de un ánimo triste constante (DSM-V, 2014).

Definición operacional

Se determina de acuerdo a los puntajes obtenidos en el Inventario de depresión para niños CDI de Kovacs, 1991 adaptado en México por Varela y Villegas.

## **ANSIEDAD**

Definición conceptual

La ansiedad es un estado de preocupación excesiva, sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades que se prolonga por más de seis meses (DSM-V, 2014).

Definición operacional

Se determinó de acuerdo a los puntajes obtenidos en el cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado – Rasgo en niños (STAIC) de Spielberg y Díaz-Guerrero, (1990).

*Método*

*Diseño de investigación*

Esta investigación fue de carácter correlacional, de campo *expost-facto* y transversal.

### *Muestra*

Se trabajó con una muestra total no probabilística, por conveniencia de  $n=500$  niñas de nacionalidad mexicana, con un rango de edad de 9 a 12 años que cursaran el quinto y sexto grado de primaria de escuelas públicas y privadas de la ciudad de México, que aceptaron participar en la investigación. De la cual se extrajo una submuestra de  $n_1=110$  niñas con sobrepeso y obesidad y  $n_2=110$ , niñas normopeso.

### Criterios de inclusión

- Estudiantes que se encontraron en un grado de sobrepeso y obesidad.
- Estudiantes que se encontraron en un grado normopeso.
- Que no tuvieron defectos físicos notorios.
- Estudiantes dentro de un rango de edad de 9 a 12 años.

### *Instrumentos y aparatos*

Para dicho estudio se aplicó el Cuestionario de alimentación y Salud (Gómez Peresmitré y Ávila, 1998) que consta de 10 secciones de las cuales se utilizaron las siguientes:

**Sección A.** Explora aspectos sociodemográficos que proporcionan información sobre edad, nivel de estudios y ocupación de los padres.

**Sección B.** Autopercepción de la Imagen Corporal. Para evaluar la alteración de la imagen corporal, se establece la diferencia entre el peso real (IMC) y la autopercepción del peso corporal. La variable autopercepción del peso corporal se plantea en la siguiente pregunta “Creo que estoy” la cual tiene cinco opciones de respuestas que van desde muy delgada (1) hasta obesa o muy gorda (5).

**Sección C y G (Figura Ideal y Figura Actual).** Consta de 9 siluetas en un continuo de peso que va desde la más obesa a la más delgada, presentadas de forma aleatoria.

**Escala utilizada en la detección de Factores de riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios (EFRATA)** (Gómez Pérez mitre y Platas, 2011) el cual consta de 4 factores, contiene preguntas cerradas de opción múltiple y con 5 opciones de respuesta. Posee un alpha general de .88 y una varianza explicada del 42.8%. De esta escala se utilizarán los factores de Dieta Crónica y Restrictiva con un  $\alpha=.80$ , varianza explicada = 2.6% y el factor Comer por compensación Psicológica con un  $\alpha=.87$ , varianza explicada=11%.

**Escala de depresión para niños (CDI)** (Validada por Varela y Villegas, 1999) en población mexicana con un alpha de 0.80. Consta de 5 factores: estado de ánimo negativo, problemas interpersonales, bajo rendimiento, displacer o desinterés y de baja autoestima (Kovacs, 1990) distribuidos en 27 reactivos con tres opciones de respuesta.

**Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado – Rasgo en niños (STAIC)** (Spielberg y Díaz-Guerrero, 1990) con un alpha de .89 para ansiedad-estado y .85 ansiedad-rasgo. Cada escala contiene 20 reactivos con 4 opciones de respuesta que va desde nunca hasta siempre.

\***BASCULA TANITA DE ALTA PRECISION** con capacidad de 300 kg y una precisión de .50 grs para registrar el peso.

\*Estadímetros flexibles portátiles de alta precisión para medir estatura.

### *Procedimiento*

- 1) Se acudió a solicitar la colaboración de las autoridades de Escuelas Primarias del área metropolitana para la realización de una investigación relacionada con hábitos alimentarios.
- 2) Se solicitó la autorización de los padres y las niñas participantes en el estudio (Consentimiento informado) para la inclusión de los datos de sus hijas en un proyecto de investigación que estaba dirigido a prevenir sobrepeso, se señaló el carácter de la confidencialidad de sus respuestas, así como el derecho de ellas a abandonar el estudio si así lo desean.
- 3) Se tomaron medidas antropométricas (peso y talla) para obtener el Índice de Masa Corporal de las muestras de estudio, por personal previamente capacitado.
- 4) Se aplicaron los instrumentos antes mencionados en forma grupal, en los horarios de clase en las instalaciones de las escuelas por facilitadoras previamente entrenadas.

### *Análisis estadísticos de los datos*

Para el análisis de datos se aplicó estadística descriptiva e inferencial. La primera se aplicó para conocer la distribución de las variables de estudio y las características de las participantes. La estadística inferencial nos ayudó a dar respuesta a los problemas de investigación.

---

# Capítulo 6

## Resultados

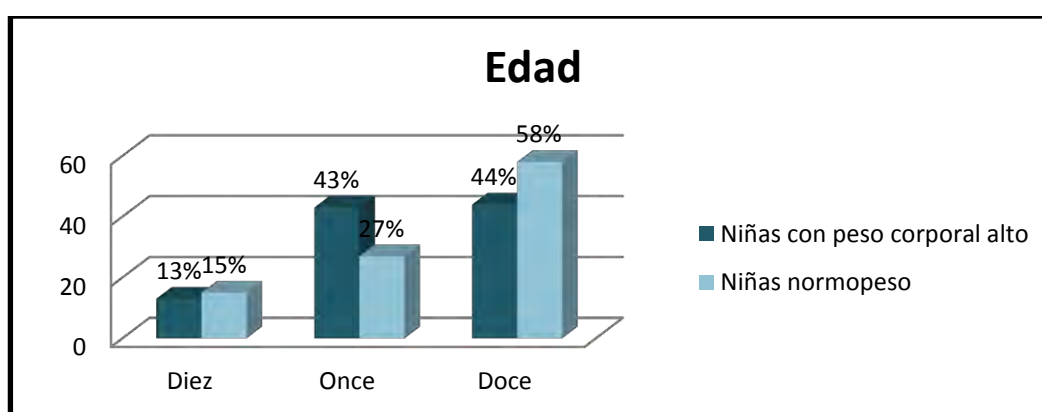
---

## 6. Resultados

Con el propósito de determinar si existe relación entre los factores de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria y el afecto negativo (ansiedad y depresión) en niñas con peso corporal alto (sobre peso y obesidad) y niñas normopeso, se analizaron los datos utilizando el paquete estadístico SPSS versión 20 para Windows.

### *Descripción de la muestra*

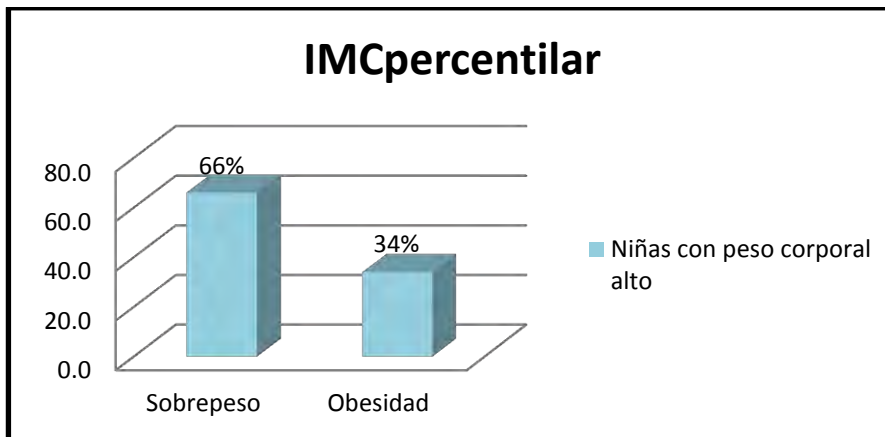
Figura 1. Distribución porcentual de la variable edad



### IMC percentilar

Para la obtención del IMC percentilar se tomaron medidas de peso y talla. Debido a las edades de las participantes se utilizaron los puntos de corte establecidos por la CDC (2012.). Para conocer la distribución del IMCP del grupo con peso corporal elevado, se encontró que el 66% de las niñas se encuentra en una categoría de sobrepeso y el 34% en una categoría de obesidad. El grupo de peso corporal normal se formó al obtener el IMC Percentilar del grupo de origen.

Figura 2. Puntos de corte establecidos para la variable IMC percentilar



Edad	IMC Percentilar para NIÑAS				
	<P5 Desnutrición	P5 Bajo peso	P10 – P85 Normal	P85 – P95 Sobrepeso	>P95 Obesidad
10	< 14.0	14.0 – 14.5	14.6 – 19.9	20.0 – 22.9	> 22.9
11	< 14.4	14.4 – 14.9	15.5 – 20.8	20.9 – 24.0	> 24.0
12	< 14.8	14.8 – 15.3	15.4 – 21.6	21.7 – 25.2	> 25.2
13	< 15.3	15.3 – 15.8	15.9 – 22.4	22.5 – 26.2	> 26.2
14	< 15.8	15.8 – 16.4	16.5 – 23.3	23.4 – 27.2	> 27.2
15	< 16.3	16.3 – 16.8	16.9 – 24.0	24.1 – 28.1	> 28.1

National Center for HealthStatistics (CDC, Growth Chasis: United Status, 2012)

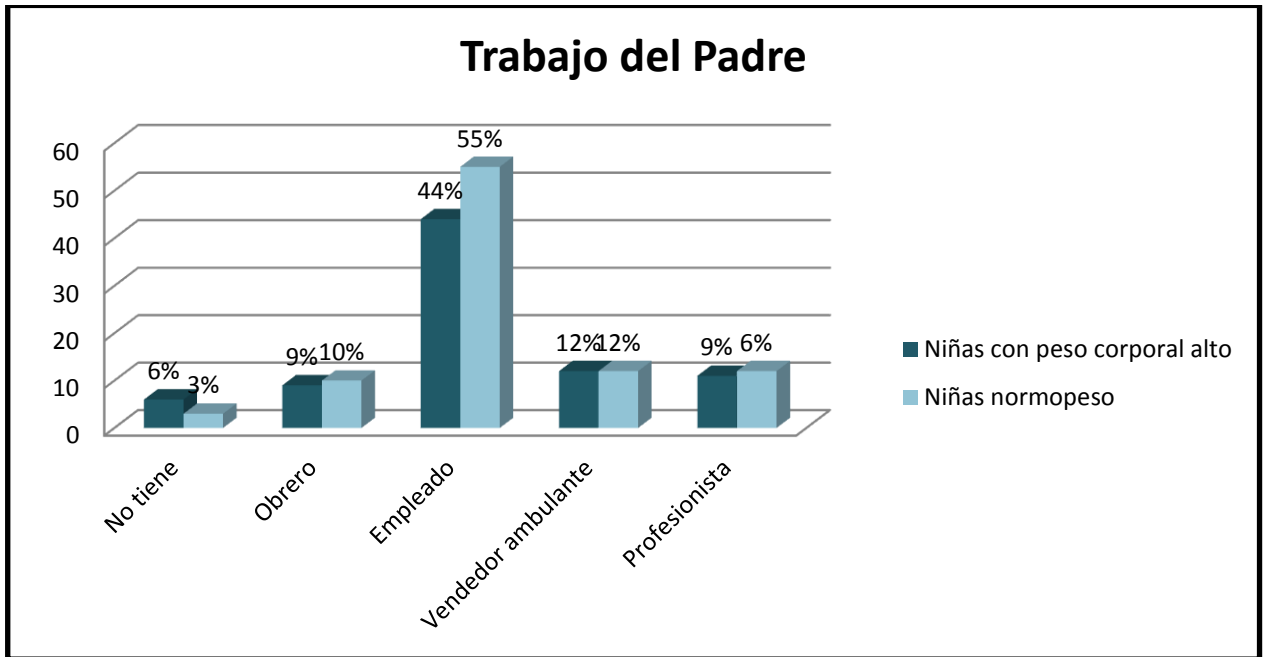
### Datos Sociodemográficos

#### Ocupación del padre

Con relación a la variable ocupación del padre para el grupo de peso corporal alto se encontró que el 44% de las niñas señalaron la categoría de empleados, mientras que el 12% mencionaron la de vendedores ambulantes. Es importante señalar que un 6% reporto que sus padres no tenían empleo mientras que un 11% que eran profesionistas (Ver Figura 3). Para el grupo normopeso el 55% de las niñas reportaron que sus papás trabajaban como empleados, el 12% que eran profesionistas, mientras que solo el 10% eran obreros.



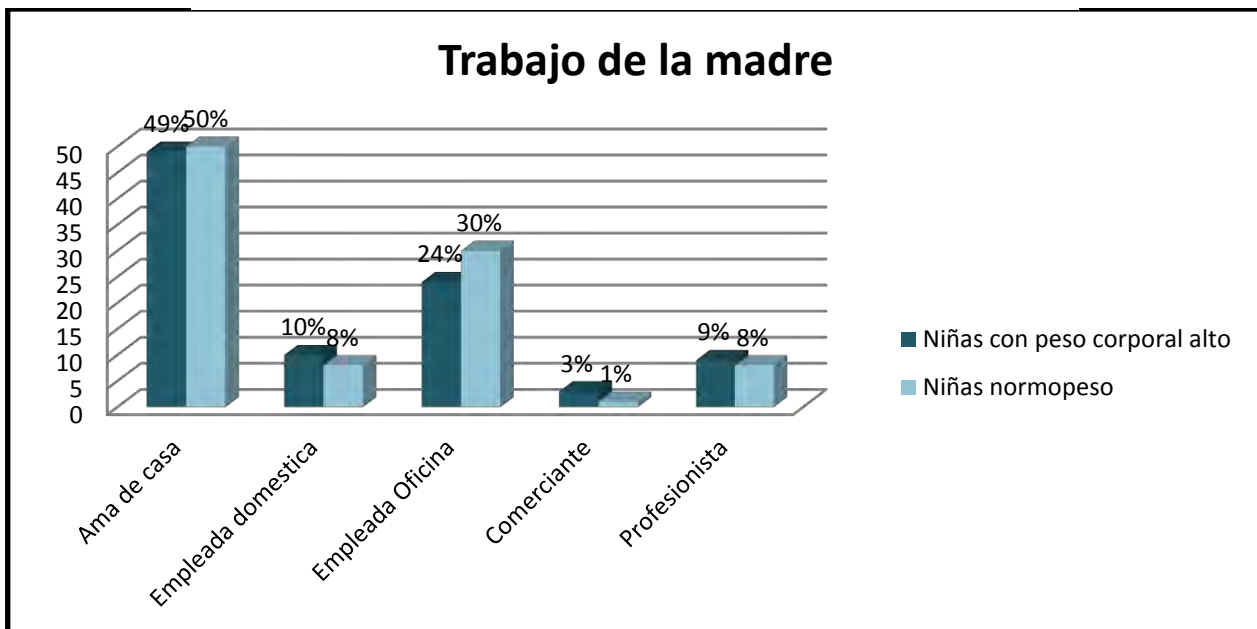
Figura 3. Distribución porcentual de la variable trabajo del padre



### Ocupación de la madre

Para la variable ocupación de la madre, en porcentajes similares para ambos grupos (49% y 50%) reportaron que sus madres eran amas de casa, mientras que un 24% para ambos grupos (peso corporal alto y normopeso) menciono que se desempeñaban como empleadas de oficina y un 10% del grupo de peso corporal elevado contestó que su mamá era empleada doméstica, mientras que en el grupo normopeso un 8% menciono que era profesionista.

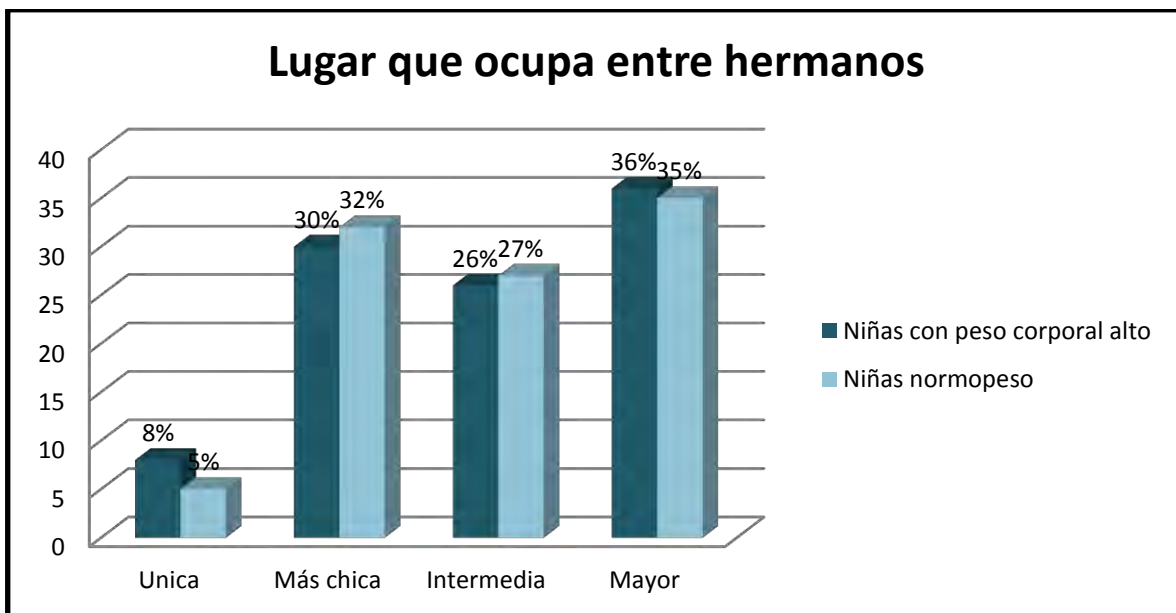
Figura 4. Distribución porcentual de la variable trabajo de la madre



Lugar que ocupan entre los hermanos

Para la variable lugar que ocupas entre tus hermanos, porcentajes similares de ambos grupos (Peso corporal alto 36% y normopeso 35%) mencionaron ser las mayores, un 30% y 32% respondieron ser las más pequeñas y solo un 26% y 27% reportaron ser las de en medio.

Figura 5. Distribución porcentual de la variable lugar que ocupas entre tus hermanos

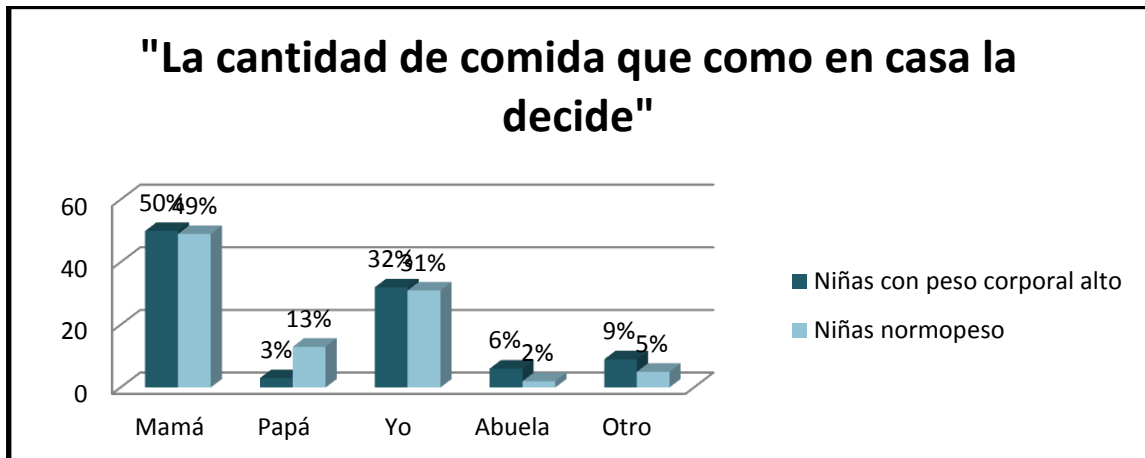


La cantidad de comida que consumo en casa la decide

Con relación a la variable “la cantidad de comida que consumo en casa la decide”, un porcentaje alto en ambos grupos, peso corporal alto (50%) y

normopeso (49%) reportaron ser la mamá quien decide la cantidad de comida, mientras que un porcentaje parecido de ambos grupos, peso corporal elevado (32%) y normopeso (31%) respondieron ser ellas mismas quienes deciden la cantidad de consumo. Como puede verse en la Figura 6 un bajo porcentaje menciona que es el papá quien decide la cantidad de comida.

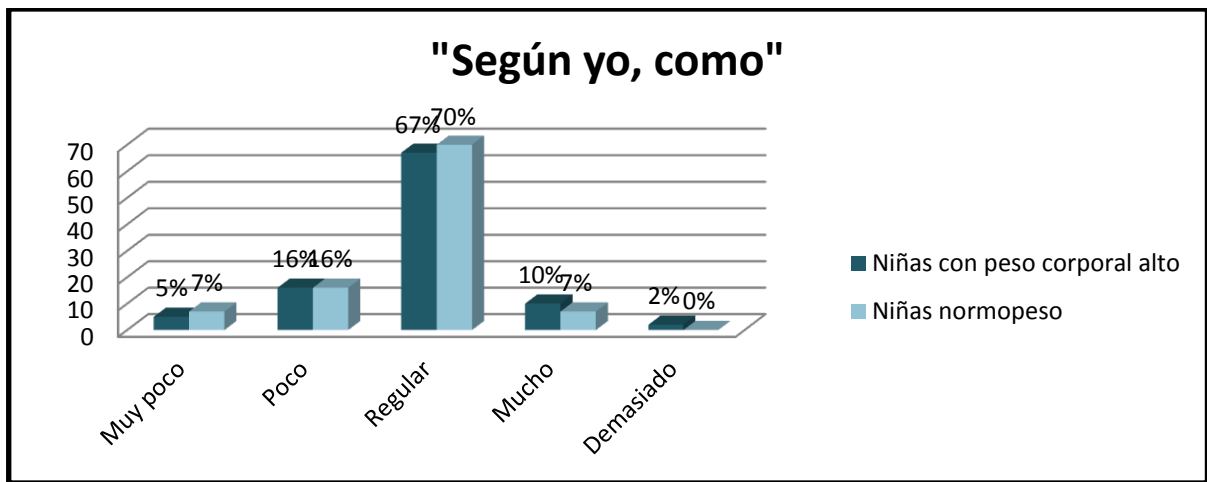
Figura 6. Distribución porcentual de la variable la cantidad de comida que como en casa la decide.



### Según yo como

Para la variable “Según yo como”, se obtuvo un porcentaje similar para ambos grupos (normopeso 67% y peso corporal alto 70%) en la respuesta regular. De igual manera en ambos grupos se obtuvo el mismo porcentaje (16%) para la categoría “comer poco”. Es de gran importancia señalar que para el grupo de niñas con peso corporal alto solo un 10% reportaron comer mucho, mientras que en el grupo de normopeso solo un 7% reportó comer mucho.

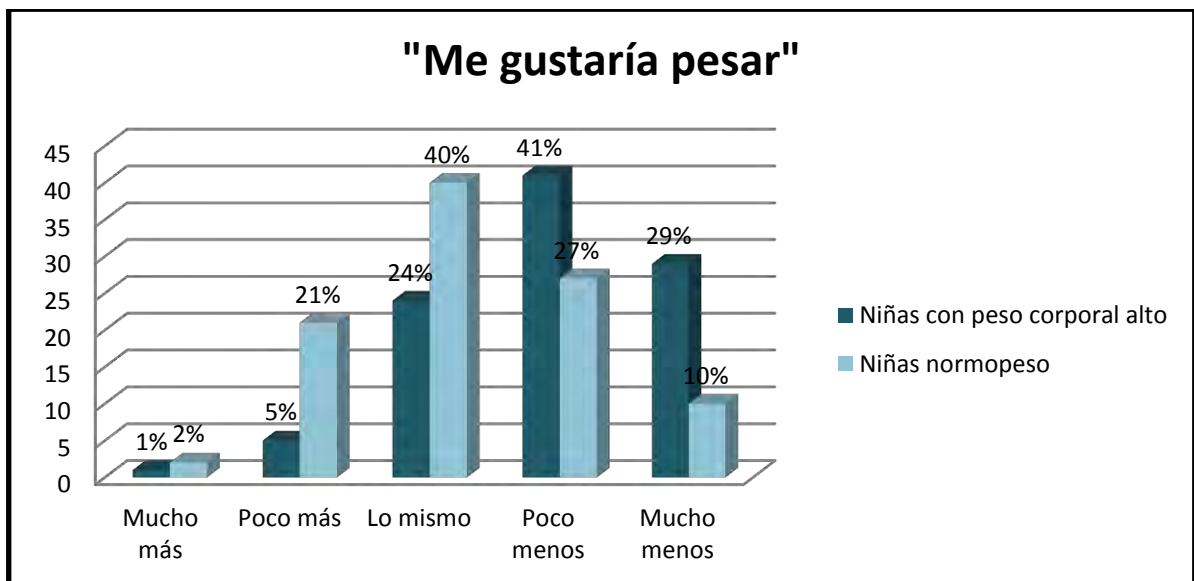
Figura 7. Distribución porcentual de la variable “Según yo como”



### Me gustaría pesar

Para la respuesta a la variable “Me gustaría pesar”, el 41% de las participantes del grupo de peso corporal alto respondió que le gustaría pesar poco menos del peso actual, el 29% de las niñas del mismo grupo reportaron querer pesar mucho menos y es importante señalar que solo un 24% quiere pesar lo mismo (Ver figura 8). Por otro lado para el grupo normopeso, el 40% de las niñas respondieron que les gustaría pesar lo mismo, el 27% pesar un poco menos y solo el 21% un poco más. .

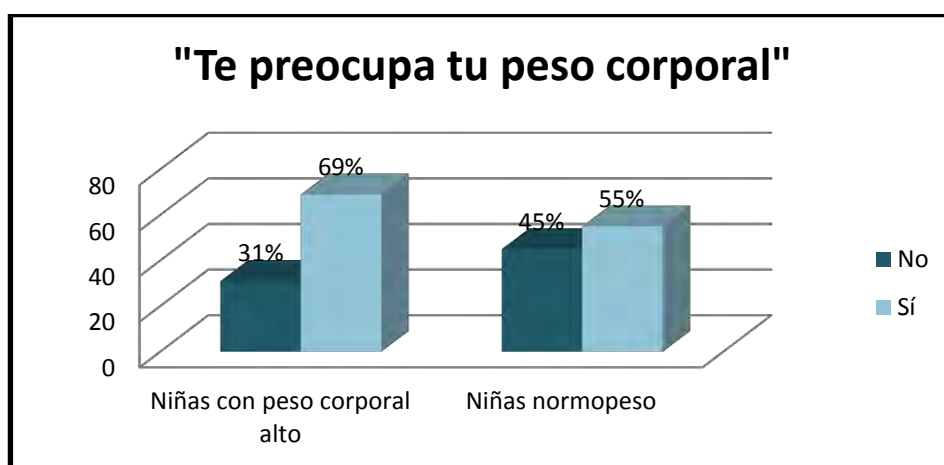
Figura 8. Distribución porcentual de la variable “Me gustaría pesar”



## Te preocupa tu peso corporal

Con relación a la variable “Te preocupa tu peso corporal”, el 69% de las niñas del grupo con sobrepeso y obesidad mencionaron estar preocupadas por su peso mientras que solo el 31% de esta categoría respondió que no les preocupa su peso (Ver Figura 9) aún y cuando se encuentran en la categoría de obesidad. En comparación las niñas del grupo normopeso el 55% mencionaron estar preocupadas por su peso corporal, mientras que al 45% no les preocupa.

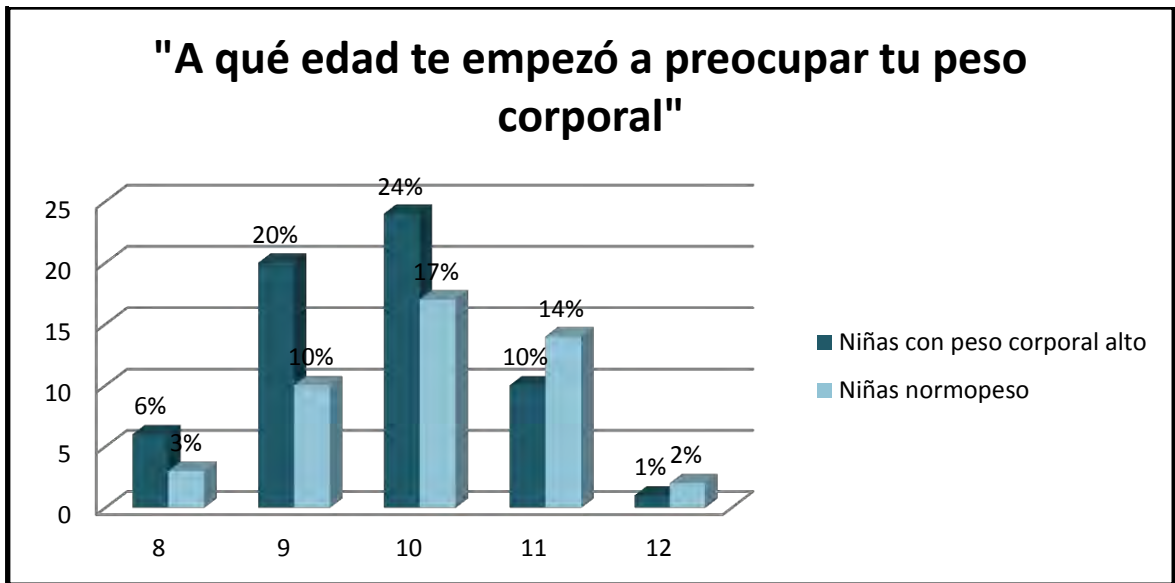
Figura 9. Distribución porcentual de la variable “Te preocupa el peso corporal”



## A qué edad te empezó a preocupar tu peso corporal

Los porcentajes que se obtuvieron para la variable “A qué edad te empezó a preocupar tu peso corporal”, el grupo de niñas normopeso, el 17% mencionó haberles empezado a preocupar a los 10 años, seguidas por el 14% que les preocupó a los 11 años y al 10% les comenzó a preocupar a los 9 (Ver Figura 10). Para el grupo de peso corporal elevado, el 24% de las niñas mencionaron haberles preocupado a partir de los 10 años, el 20% menciona que a partir de los 9 y solo el 10% dijo que a partir de los 11 años.

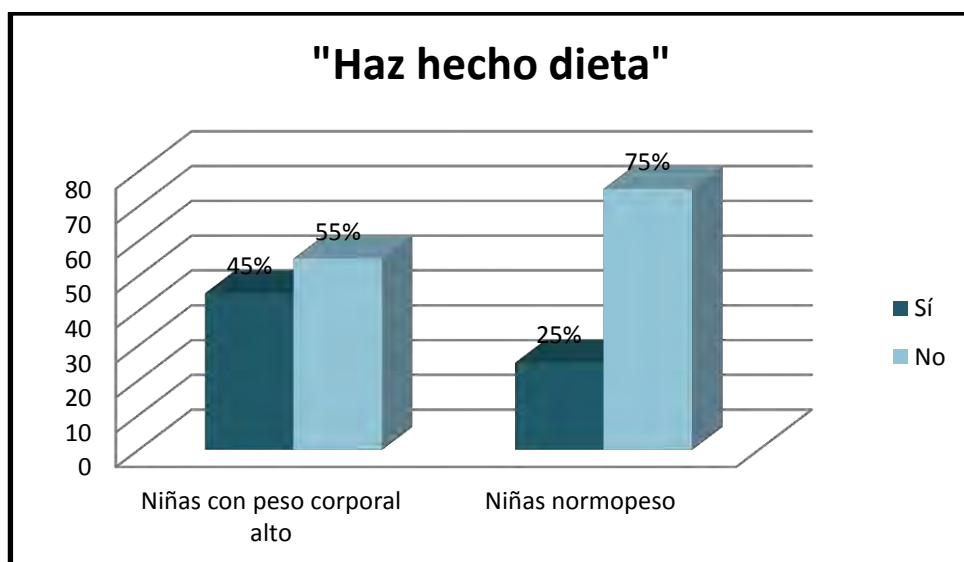
Figura 10. Distribución porcentual de la variable “A qué edad te empezó a preocupar tu peso corporal”



### Haz hecho dieta

Con respecto a la variable “Haz hecho dieta” el grupo de niñas con peso corporal alto, El 55% reportó no haber hecho dieta mientras que un 45% señaló haber hecho dieta a corta edad (comenzando desde los 7 años) (Ver Figura 11). Para el grupo normopeso el 75% de las niñas mencionaron no hacer dieta.

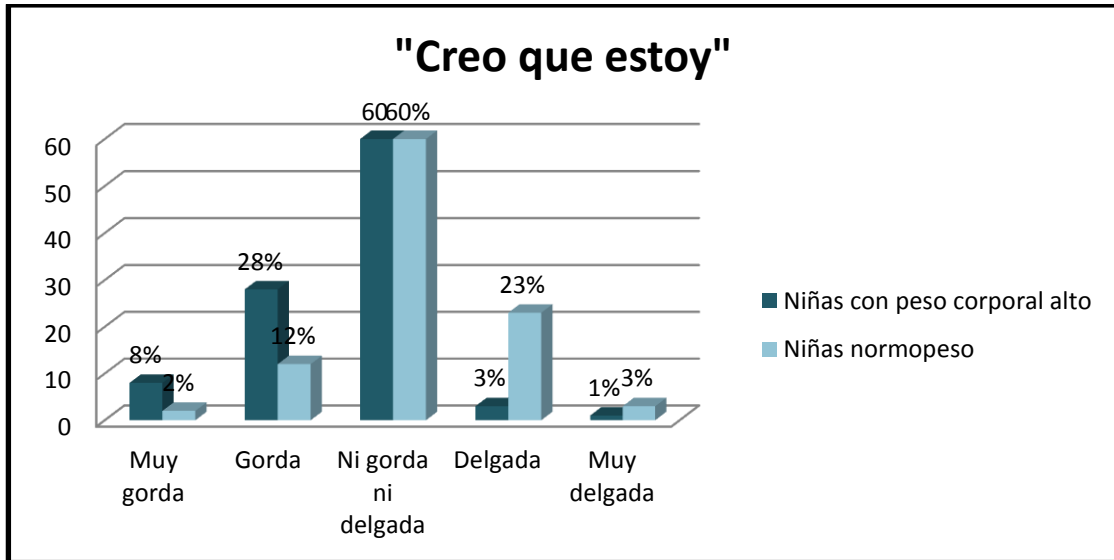
Figura 11. Distribución porcentual de la variable “Haz hecho dieta”



### “Creo que estoy...”

Para la variable “Creo que estoy” ambos grupos (normopeso y peso corporal elevado) señalaron creer que no están ni gordas ni delgadas (60%), mientras que el 28% del grupo de obesas respondieron gordas. Es importante señalar que el 3% de las obesas creen estar delgadas (Ver Figura 12).

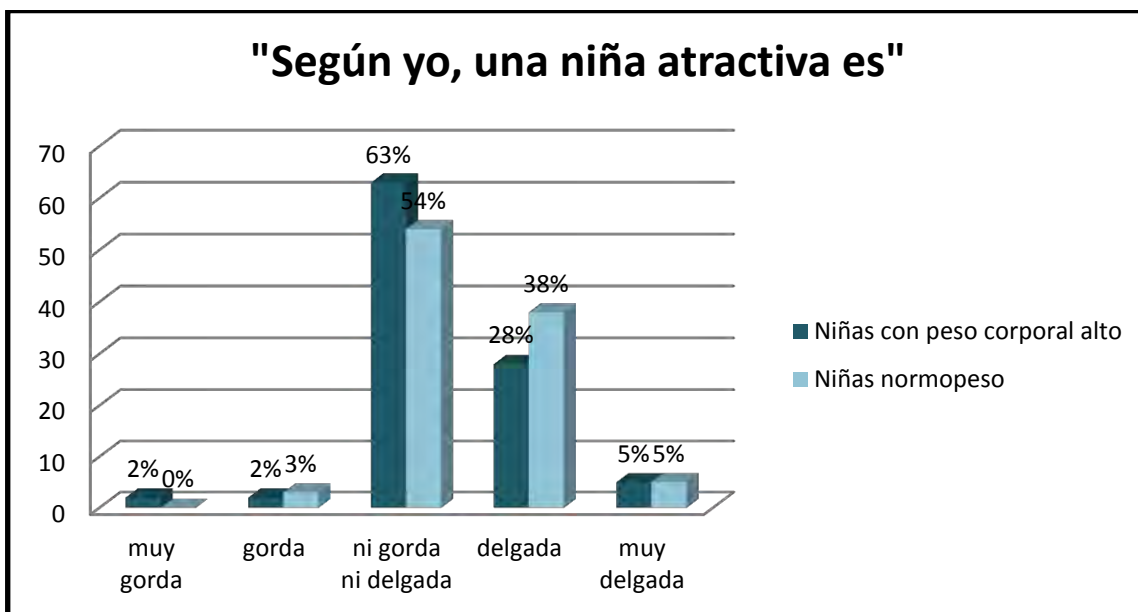
Figura 12. Distribución porcentual de la variable “Creo que estoy”



### Según yo, una niña atractiva es

Los resultados arrojados para la variable “Según yo, una niña atractiva es”, señalan que un alto porcentaje (63%) de las niñas del grupo con peso corporal alto, identifican que una niña atractiva es ni gorda ni delgada, mientras que el 28% respondieron es delgada y solo un 5% respondió muy delgada (Ver Figura 13). En comparación con estos datos el grupo de niñas normopeso señaló que una niña atractiva es ni gorda ni delgada (54%), mientras que el 38% dijeron que una niña atractiva es delgada.

Figura 13. Distribución porcentual “Según yo, un niña atractiva es”



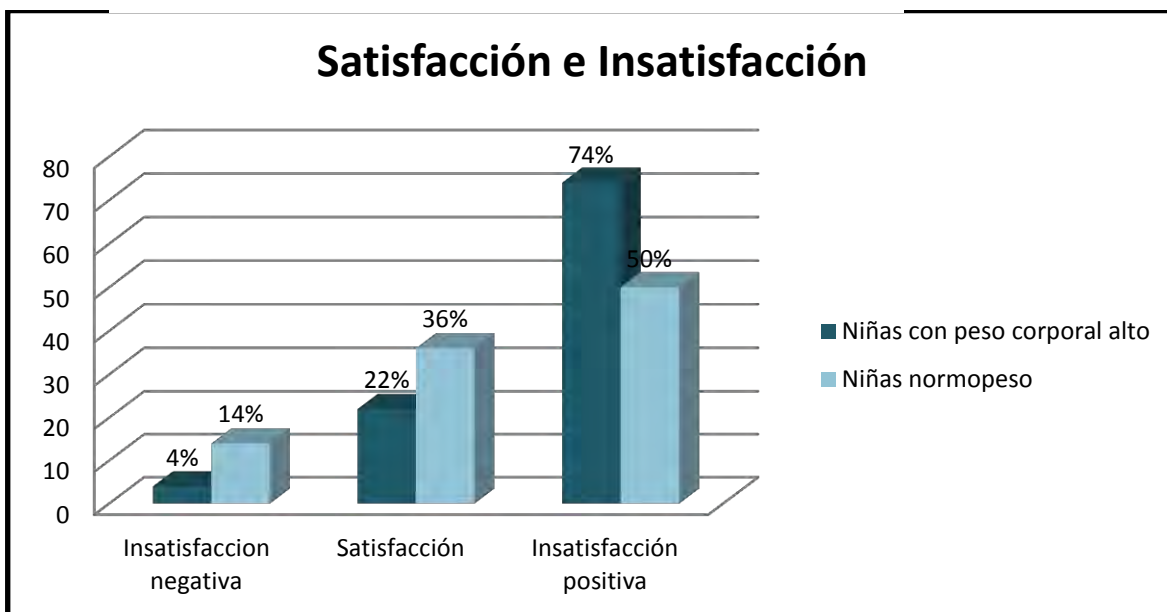
### Imagen corporal

#### *Satisfacción e Insatisfacción*

Para estimar la variable satisfacción/insatisfacción corporal se obtuvo la diferencia entre la figura actual menos figura ideal. Los resultados arrojados mostraron que un 69% de las niñas pertenecientes al grupo de peso corporal alto presentan Insatisfacción positiva, es decir desean ser más delgadas, mientras que un 5% presentan insatisfacción negativa (ser más gordas) y un 26% presentan Satisfacción. Para el grupo de normopeso el 50% de las niñas respondieron tener insatisfacción positiva (desean estar más delgadas), mientras un 14% presenta insatisfacción negativa.



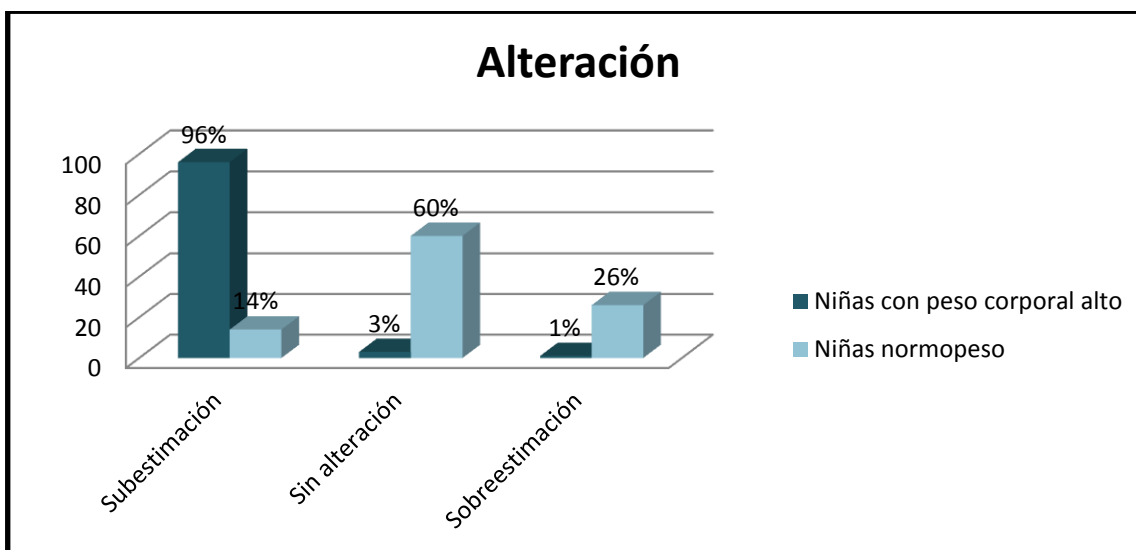
Figura 14. Distribución porcentual “Satisfacción e Insatisfacción”



*Alteración: Subestimación/ Sobreestimación*

Con respecto a la variable alteración como se puede ver en la Figura 15, las niñas con peso corporal alto muestran un mayor porcentaje (96%) de subestimación de su imagen corporal (se ven más delgadas de lo que en realidad están), en comparación con las niñas normopeso (14%). Por otro lado el grupo que presenta mayor porcentaje (60%) sin alteración y (26%) sobreestimación fue del grupo de normopeso.

Figura 15. Distribución porcentual “Alteración”

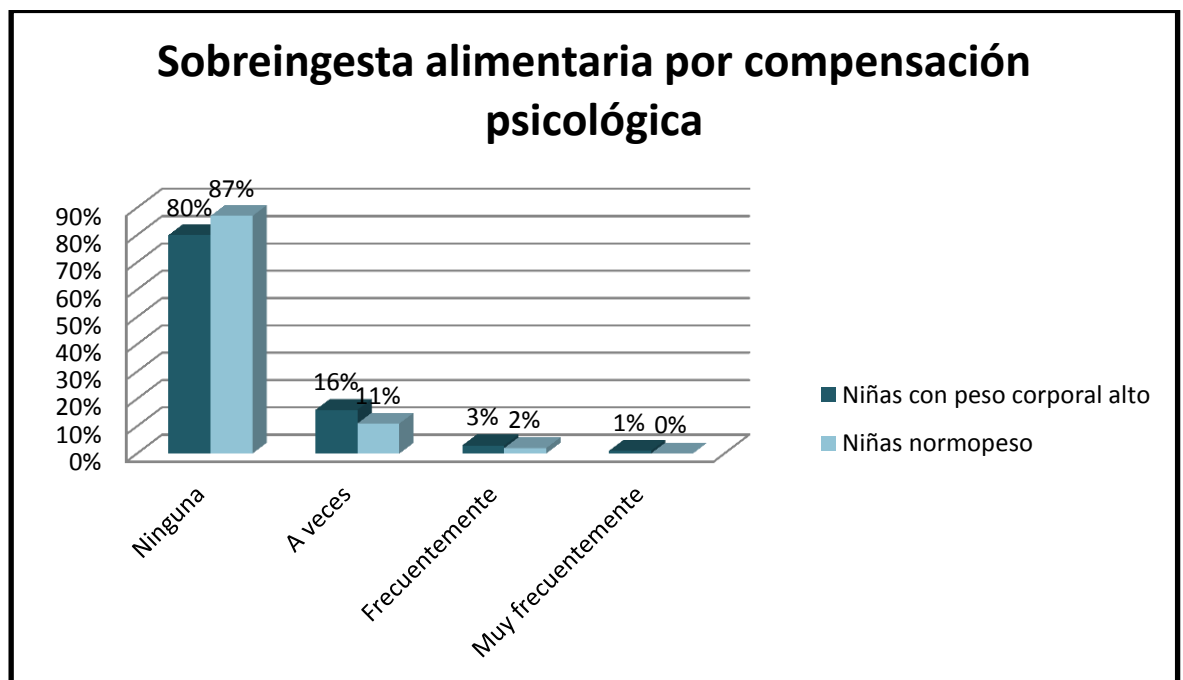


## Factores de riesgo de la conducta alimentaria

### *Comer por compensación psicológica*

Con respecto a el factor Sobreingesta alimentaria por compensación psicológica, que hace referencia a la ingestión no controlada de alimentos provocada por estados de ánimo desagradables como la tristeza o depresión, se encontró que para el grupo de niñas con peso corporal alto (80%) como para el grupo normopeso (87%) ninguna vez han recurrido a esta conducta mientras que la respuesta “A veces”, el 16% fue señalada por el grupo de peso corporal alto, en comparación con el 11% que dieron las niñas normopeso.

Figura 16. Distribución porcentual “Comer por compensación psicológica”

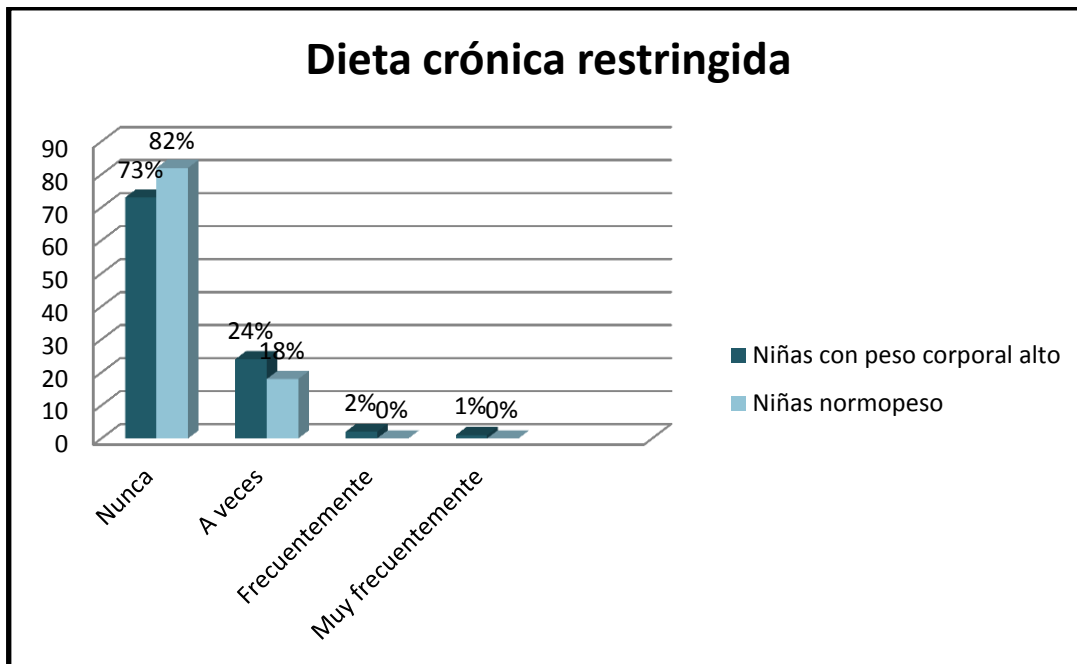


### *Dieta crónica restringida*

Con respecto a la conducta alimentaria denominada dieta crónica restringida, que implica una tendencia repetitiva de autoprivación de tiempos de comida, a lo largo del día con el fin de controlar el peso. Un 82% de las niñas normopeso respondieron nunca haber hecho una dieta restringida, en comparación

con el 73% de las niñas con peso corporal alto. Solo el 24% de las niñas con peso corporal alto mencionaron a veces hacer dieta crónica restringida.

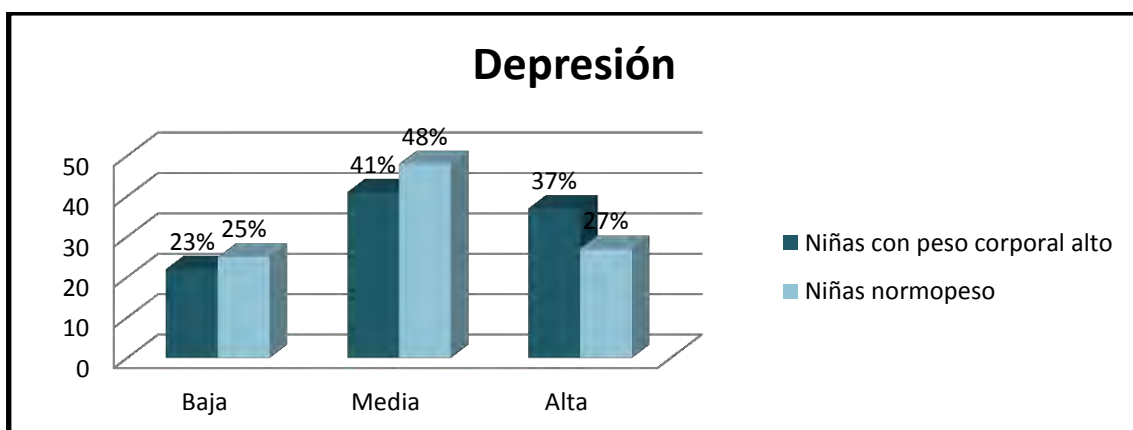
Figura 17. Distribución porcentual “Dieta crónica restringida”



## Depresión

Con relación a la variable Depresión se encontró que las niñas con problemas de peso corporal alto reportaron un mayor nivel de depresión alta (37%), en comparación con las niñas normopeso (27%); mientras que para la categoría de depresión baja las niñas normopeso presentaron un porcentaje mayor (25%) que las niñas con peso corporal alto (23%).

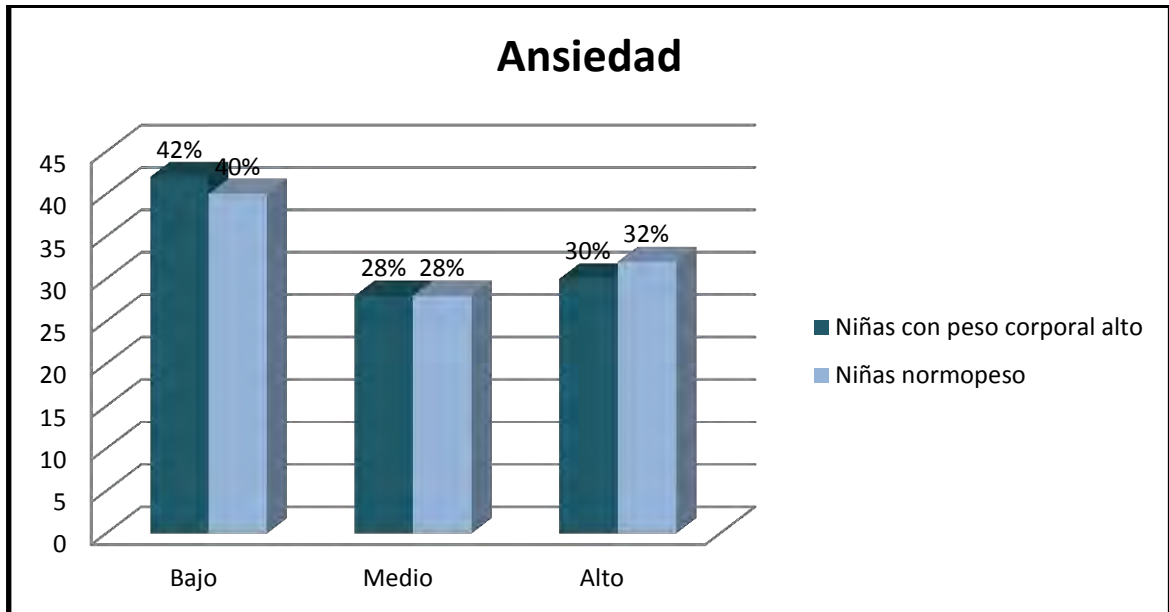
Figura 18. Distribución porcentual “Depresión”



## Ansiedad

Para la variable Ansiedad el mayor porcentaje fue reportado por el grupo de niñas normopeso (32%); en comparación con las de peso corporal alto (30%). Para ambos grupos los porcentajes fueron similares (40%) en ansiedad baja y (28%) ansiedad moderada.

Figura 19. Distribución porcentual "Ansiedad"



## Correlación de Pearson

Se realizó una correlación de Pearson con el propósito de conocer si existía relación entre la variable independiente (IMC) y las variables dependientes (ansiedad, depresión, satisfacción/insatisfacción, alteración, dieta crónica restringida y comer por compensación psicológica). Los resultados encontrados señalan que existe una relación entre el IMC y las variables satisfacción/insatisfacción y alteración. Para la correlación entre IMC y satisfacción/insatisfacción se obtuvo 0.413, mientras que para la correlación entre IMC y alteración se obtuvo un -0.781 de significancia, así como entre IMC y Ansiedad (-.179).

Tabla 1. Correlación de la variable IMC percentilar

	Satisfacción/ Insatisfacción	Ansiedad	Depresión	Comer por compensación Psicológica	Alteración	Dieta crónica restringida
IMC Correlación de Pearson	0.413**	-0.179**	0.127	0.099	-0.781**	0.065
Sig. (bilateral)	.000	.008	.059	.140	.000	.337
N	222	222	222	222	222	222

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

## PRUEBA T

Se realizó una prueba t para muestras independientes con la finalidad de conocer si habrían diferencias entre los grupos de IMC y las variables conducta alimentaria de riesgo (dieta crónica restringida, comer por compensación psicológica, alteración y satisfacción) y afecto negativo (depresión y ansiedad). En los resultados arrojados hubieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las variables, dieta crónica restringida (0.050), satisfacción/insatisfacción (0.000) y alteración (0.000), no siendo así para las variables de afecto negativo (ansiedad y depresión) y comer por compensación psicológica.

Tabla 2. Prueba t para muestras independientes

Prueba t de muestras independientes	T	Significancia
SATISFACCIÓN/ INSATISFACCIÓN	-5.141	0.00
ANSIEDAD	1.064	0.288
DEPRESIÓN	-1.497	0.136
COMER POR COMPENSACIÓN	-1.547	0.123

PSICOLÓGICA		
ALTERACIÓN	16.149	0.000
DIETA CRÓNICA RESTRINGIDA	-1.971	0.050

---

# Capítulo 7

## Discusión y Conclusión

---

## 7. Discusión y Conclusiones

La intervención y tratamiento de la obesidad debe incluir la identificación de características psicológicas. El objetivo de la presente investigación, fue determinar si existe relación entre el afecto negativo (ansiedad y depresión), y los factores de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria (comer por compensación psicológica, dieta restringida, satisfacción/insatisfacción y alteración corporal) en niñas con peso corporal alto (sobrepeso y obesidad) y normopeso.

Uno de los resultados importantes de la presente investigación es aquel que da cuenta de la insatisfacción corporal, donde se encontró que la mayoría de las niñas con peso corporal elevado presentaron una mayor insatisfacción positiva (el 74% quisieran ser más delgadas) en comparación con las niñas normopeso quienes presentaron una insatisfacción negativa (50% quisieran ser menos delgadas). Esto confirma hallazgos previos donde se señala que la imagen corporal en los preadolescentes es signo de aceptación en la sociedad y en la cultura de la delgadez, por lo que si la apariencia no corresponde al ideal de belleza, causa insatisfacción con dicha imagen corporal, un sentimiento de rechazo hacia la propia figura corporal y por ende a uno mismo (Gómez Pérez-Mitré, 1993, Gómez Peresmitré y Ávila, 1998; Gómez Peresmitré, et al., 2001). Trejo, Castro, Facio, Mollinedo y Valdez (2010) señalan que la insatisfacción con la imagen corporal está asociada positiva y significativamente con el índice de masa corporal, los resultados reportados muestran como las mujeres que presentan sobrepeso u obesidad en comparación con las normopeso presentan mayor desagrado por su figura. Vaquero-Cristóbal, Muyor, Alacid y López-Miñarro (2013) describen la existencia de una mayor influencia sociocultural asociada a una mayor



percepción de la grasa corporal, lo que da lugar a un aumento en la insatisfacción de la imagen corporal y a una menor valoración del autoconcepto físico general. Esto lleva a una gran cantidad de adolescentes y jóvenes a abusar de dietas restrictivas y a sufrir trastornos de la conducta alimentaria.

Esta insatisfacción en personas con un IMC elevado ha dado pauta a nuevas formas de enmascarar y una de ellas es a través de la alteración corporal otro de los resultados más importantes y de gran relevancia en ésta investigación, pues las niñas con peso corporal alto presentaron un mayor porcentaje (96%) de subestimación corporal, es decir, se ven más delgadas de lo que en realidad están; mientras que un mayor porcentaje (60%) de niñas normopeso no presentaron alteración. Las cifras anteriores confirman resultados previos donde se señala que las niñas con ésta condición no perciben el sobrepeso u obesidad que presentan como una manera de afrontar una sociedad que estigmatiza la obesidad. La importancia de este hallazgo crece si se toman en cuenta las implicaciones que puede tener para la gestación y mantenimiento de problemas de la salud (sobrepeso y obesidad) sobretodo en la etapa de vida más vulnerable como es la pubertad, la alteración es definitivamente un factor de riesgo a tomar en cuenta en los programas de prevención (Gómez-Peresmitré, 1999; Guzmán, et. al., 2012, Madrigal-Fritsch, et al., 1999, Platas, 2014). La Megarexia, como la definió Burgos (2009) es un trastorno opuesto a la anorexia nerviosa, donde las personas obesas que se miran al espejo no se perciben como obesas, ellos se perciben sanos, por lo cual no existe en ellas ninguna preocupación por hacer ninguna dieta y al contrario, se atiborran de comida chatarra con alto contenido calórico, considerando el exceso de peso como sinónimo de fuerza y vitalidad (Sánchez, 2014). Salaberria, Rodríguez y Cruz (2007), mencionan que la alteración conduce a la distorsión de la imagen

corporal, es decir, la inexactitud con la que se estima el cuerpo, su tamaño y su forma. Estos resultados también confirman estudios previos.

Otro hallazgo importante radica en que las niñas con peso corporal alto realizan un mayor número de dietas (crónica y restringidas) en comparación con las niñas normopeso. Esto puede confirmarse con lo reportado por Gómez Peremitre, et.al, 2001; Unikel, et al. 2012; quienes señalan que una de las practicas realizadas con una mayor frecuencia y cuyo propósito es perder peso es el seguimiento de dietas restringidas, aun y cuando pongan en peligro su salud por la etapa de desarrollo en que se encuentran.

Con relación al afecto negativo (ansiedad y depresión) se encontró que las niñas normo peso presentaron un mayor nivel de ansiedad en comparación con las niñas con peso corporal alto, mientras que aquellas con peso corporal alto presentaron un mayor nivel de depresión en comparación con las niñas normopeso. Estos hallazgos confirman lo reportado por Estrada, De Gante y Hernández (2008), que señalan que las alteraciones psicológicas pueden encontrarse como consecuencia de la obesidad, lo cual afecta de manera negativa la calidad de vida de las personas y conlleva a un estigma social que puede contribuir a elevar los índices de depresión, pues los niños obesos en ocasiones presentan un mayor riesgo de sufrir aislamiento, intimidación, insultos y burlas (incluso agresión física, maltrato y marginación social) que sus pares de contextura física normal, con esto surge el estrés emocional, el bajo rendimiento escolar, el ausentismo y la dificultad para tener amigos, además de que se ve comprometida la capacidad de adaptación psicosocial en general, lo cual incrementa los sentimientos de depresión (ENSANUT, 2012). Estos hallazgos confirman lo reportado por Calderón, Forns y Varea (2010) quienes señalan que los jóvenes con obesidad severa tienen más problemas psicológicos que los jóvenes normopeso; y son los jóvenes con obesidad

severa los que presentan altos niveles de ansiedad y depresión, así como insatisfacción corporal que junto con una elevada ansiedad incrementaban el riesgo de perpetuar la obesidad.

### **Sugerencias y Limitaciones**

- Una de las principales limitaciones de esta investigación, reside en la no aleatoriedad de su muestra lo que impide la generalización de los resultados obtenidos. No obstante los resultados obtenidos, cubren ampliamente las expectativas del estudio, así como sus objetivos.
- Se sugiere realizar un estudio complementario en el cual se dé a conocer la percepción corporal que la madre tiene respecto a sus hijos, es importante esto ya que la madre en la mayoría de los casos es la que se encarga de la alimentación y nutrición, por ende es la que regula la cantidad de comida que ingiere un niño.

---

# Referencias



## Referencias

- Abramson, E. (1999). *El comer emocional*. España: Desclée Brouwer.
- Aguirre, A. (2008). *Antropología de la depresión. Malestar y Subjetividad*. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed>.
- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Universidad Pedagógica Experimental Libertador*, 9(1), 93-107.
- American Academy of Child y Adolescent Psychiatric (2008). *Ansiedad y Depresión*. Documento recuperado de <https://www.aacap.org/>
- Aranceta, B. y Pérez, R. (2006). Epidemiología de la obesidad. En Moreno, B., Monereo, S. y Álvarez, J. (Comp.) *La obesidad en el tercer milenio* (pp. 99-114). España: Editorial Médica Panamericana.
- Asociación Psiquiátrica Mexicana (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5*, Barcelona: Masson.
- Asociación Psiquiátrica Mexicana (2015). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5*, Barcelona: Masson.
- Ballester, A. (1997). *Introducción a la Psicología de la salud: Aspectos conceptuales*. Valencia: Promolibro.
- Barbany, J. (2006). *Fisiología del Ejercicio Físico y del Entrenamiento*. Barcelona: Paidotribo.
- Barrios, S. M. (2003). *Factores causantes de ansiedad en adolescentes de 15 a 18 años con respecto a sus relaciones interpersonales*. Tesis de licenciatura en Psicología. Inédita. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D. et. al. (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Buenos Aires: Paidós Ibérica.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (2008). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. España: Desclée de Brower.
- Bellizzi, M., Cole, T., Flegal, K. y Dietz, W. (1999) Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide. *International survey*, 320 (4), 1240-1243
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Fleiz-Bautista, C. y Zambrano-Ruiz, J. (2004). La depresión von inicio temprano: Prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la fuente Muñiz, Salud Pública México*, 46 (5), 76-80.

- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R. y Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública México*, 55 (5), 74-80.
- Berrios, G. y Link, C. (1995). *Anxiety disorders*. Londres: History Clinical Psychiatry.
- Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35 (4), 537-546.
- Braguinsky, J. (2007). *Obesidad: Saberes y Conflictos. Un Tratado de Obesidad*. Madrid: ACIDS.
- Brannon, L. y Feist, J. (2007). *Health Psychology*. EU: Cengage Learning.
- Buceta, J. y Bueno, A. (2000): *Intervención Psicológica en Trastornos de la Salud*. Madrid: Dykinson.
- Caballo, V. (2005). *Manual de Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales (6ª Edición)*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. y Simon, M. (2005). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente. Trastornos Generales*. Madrid: Pirámide.
- Calderón, C., Forns, M. y Varea, V. (2010). Implicación de la ansiedad y la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 25 (4), 641-647.
- Campollo, O., Romero-Velarde, E., Celis de la Rosa, A., Vásquez-Garibay, E., Castro-Hernández, J. y Cruz-Osorio, R. (2007). Factores de riesgo de dislipidemia en niños y adolescentes con obesidad. *Salud Pública Mexicana*, 49 (8), 100-105.
- Campollo, R. (1995). *Obesidad, bases fisiopatológicas y su tratamiento*. México: Programa universitario de investigación científica UNAM, Porrúa.
- Casademunt, J. (2005). *Sobrepeso y Obesidad Infantil*. Barcelona: Océano.
- Cascardo, E. y Resnik, P. (2000). Seguimiento de pacientes con trastorno de pánico y agorafobia mediante la utilización de escalas de evaluación. *Revista Científica Anxia*, 2 (1), 18-22.
- Castro, L., Villegas, E., Garcés, F., Muñoz, V., Lugo, L., Gómez, J., Gómez, J., y Toro, J. (2007). *El proceso salud-enfermedad y la educación médica*. Antioquia: Facultad de Medicina-Universidad de Antioquia.
- Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos, CDC, (2006). *Obesidad*. Documento recuperado de <https://www.cdc.gov/spanish/Datos/Archivos/tb.html>

- Chinchilla, M. (2005). *Obesidad y Psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Cía, A. (2007). Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16 (7), 29-33.
- De la Fuente, J. y Heinze, J. (2011). *Salud mental y medicina psicológica*. México, UNAM, Facultad de Medicina: McGraw Hill.
- Del Barrio, V. (2007). *El niño deprimido: causa, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Ariel.
- Dias-Encinas, D., y Enríquez-Sandoval, D. (2007). Obesidad Infantil, Ansiedad y Familia. *Clínica y Hospital Infantil*, 24 (1), 22-26.
- Dietz, W., y Robinson, T. (1998) Use of body mass index (BMI) as a measure of overweight in children and adolescents. *The Journal of Pediatrics*, 132 (10), 191–193.
- Duque, X. (2011). *Entre 15 y 20% de los jóvenes sufren depresión o ansiedad*. La jornada. Extraído de: <http://www.jornada.unam.mx/2011/08/10/sociedad/044n2soc>
- El consenso de la Sociedad Española para el estudio de la Obesidad, SEEDO (2010). Documento recuperado de <http://seedo.es/>
- El Universal (2011). *Obesidad en México*. Recuperado de: <http://www.eluniversal.com.mx/tag/obesidad-en-mexico>.
- Ellenberg, C., Verdi, B., Ayala, L., Ferri, C., Marcano, Y. y Vega, J. (2006). Síndrome de comedor nocturno: un nuevo trastorno de la conducta alimentaria. *Revista Venezolana de Nutrición*, 19 (1), 140-145.
- Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, ENEP (2012). Documento recuperado de <http://inprf.gob.mx/psicosociales/sridrepo.html>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT (2012). Recuperado de: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Estrada, G., De Gante, J. y Hernández, A. (2008). *Niveles de Ansiedad y Depresión en personas con sobrepeso y obesidad*. México: Universidad del Valle de México.
- Feldman, R. (2005). *Psicología: con aplicaciones en países de habla hispana*. México: McGrawHill.
- Field, A., Cheung, L., Wolf, A., Herzog, D. , Gortmaker, S. y Colditz, G. (1999). Exposure to the mass media and weight concerns among girls. *Pediatrics*, 103 (3), E36.

- Figueroa, S. (2012). *Introducción a la Salud Pública*. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencia Médicas.
- Flores, B. y Pompa, E. (2009). Evaluación de la manifestación de ansiedad y depresión en niños con sobrepeso y obesidad en un campo de verano. *Psicología y Salud*, 21 (1), 45-51.
- Frías, O. (2002). *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson.
- Friedberg, R. y Mc Clure, J. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes: conceptos*. México: Paidós.
- García, L. y Díaz del Campo, D. (2008) Teoría y práctica de los enfoques tácticos en la enseñanza del deporte en el ámbito escolar. *Agora para la educación física y el deporte*, 17 (1), 3-14.
- Garza, F. (2007). *Depresión en la Infancia y Adolescencia*. México: Trillas.
- Gómez Peresmitré, G., Alvarado, G., Moreno, L., Saloma, S. y Pineda, G. (2001). Trastornos de la Alimentación. Factores de Riesgo en tres diferentes grupos de edad: Pre-Puberes, Puberes y Adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 18 (3), 313-324.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1993). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con la imagen corporal y desórdenes: problemas con el peso. *Revista Mexicana de Psicología*, 3 (1), 95-112.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 12 (2), 185-198.
- Gómez-Peresmitré, G. (1999). Preadolescentes Mexicanas y la Cultura de la Delgadez: Figura Ideal Anorectica y Preocupación Excesiva por el Peso Corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 16 (1), 153-165.
- Gómez-Peresmitré, G. y Ávila A., E. (1998). Conducta alimentaria y obesidad. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 6 (2), 10-22.
- Gonzalez, M. T., Hartig, T., Patil, G. G., Martinsen, E. W. y Kirkevold, M. (2010). Therapeutic horticulture in clinical depression: A prospective study. *Research and Theory for Nursing Practice*, 23 (7), 312–328.
- Guillaume, M. (1999). Defining obesity in childhood. *Clinical Nutrition*. 70 (6), 126-130.
- Guillén-Riebeling, R. (2007). *Nuevas Dimensiones en Obesidad*. México. UNAM, FES Zaragoza.
- Guzmán, S., Del Castillo, A., Romero, P. y Solano, S. (2012). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes con obesidad. En Díaz, Rivera y Reyes (eds). *La psicología social en México*. México: AMEPSO.



- Hassink, J., Elings, M., Zweekhorst, M., Nieuwenhuizen, N. y Smit, A. (2009). Care farms in the Netherlands: Attractive empowerment-oriented and strengths-based practices in the community. *Health & Place*, 16 (3), 423–430.
- Hernández, P. (2004). *Epidemiología de la obesidad*. México: Grupo ENSA.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2013). *Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010*. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/cpv2010/Principales2010.asp>
- La Secretaría de Salud (2014). *Ansiedad*. Recuperado de: <http://www.gob.mx/salud>
- Madrigal-Fritsch, H., de Irala-Estévez, J., Martínez-González, M., Kearney, J., Gibney, M. y Martínez-Hernández, J. (1999). Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. *Salud Pública Mexicana*, 41 (10), 479-486.
- Mardomingo, M. (2005). Anxiety disorders in adolescents. *Pediatría Integral*, 9 (2), 125-134.
- Medina-Mora, M. Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. y Aguilar-Gaxiola. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 26 (4), 1-16.
- Moreno, B. (2006). Guerra contra la obesidad. *Revista Española de Obesidad*, 4 (4), 191-192.
- Moreno, B., Monereo, S. y Álvarez, J. (2005). *La obesidad en el tercer milenio*. Buenos Aires: Panamericana.
- Nogales-Imaca, I., Ulloa-Flores, R. y Peña-Olvera, F. (2011). Tratamiento multimodal de niños y adolescentes con depresión. *Salud Mental, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*, 34 (5), 403-407.
- Norma Oficial Mexicana para el manejo integral de la obesidad (2010). Documento recuperado de [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010)
- Obregón, M., Ayala, J., Blackburn, N., Montaña, G., Gómez, M., Páez, V., Emmanuelli, J., Domínguez, M., Giratá, V. y Almonacid, C. (2006) La

- obesidad y su relación con otros factores de riesgo cardiovascular en una población de estudiantes universitarios del centro de Bogotá. *Programa de Administración de Instituciones de Servicio. Universidad de La Sabana*, 11 (20), 34-38.
- Ogden, J. (2005) *Psicología de la Alimentación*. Madrid: Ediciones Morata.
- Olvera, L. y Domínguez, T. (2007) Inhibición emocional, estrés y salud. Su impacto en los cambios psicofisiológicos, emocionales e inmunológicos. *Psicología de la Salud*, 12 (11), 83-93.
- Organización Mundial de la Salud OMS (2005). *Salud mental*. Recuperado de [http://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](http://www.who.int/topics/mental_health/es/)
- Organización Mundial de la Salud OMS (2007). *Salud mental*. Recuperado de [http://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](http://www.who.int/topics/mental_health/es/)
- Organización Mundial de la Salud OMS (2009). *Salud mental*. Recuperado de [http://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](http://www.who.int/topics/mental_health/es/)
- Organización Mundial de la Salud OMS (2011). *Salud mental*. Recuperado de [http://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](http://www.who.int/topics/mental_health/es/).
- Organización Mundial de la Salud OMS (2012). *Salud mental*. Recuperado de [http://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](http://www.who.int/topics/mental_health/es/)
- Organización Mundial de la Salud OMS (2013). *Salud mental*. Recuperado de [http://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](http://www.who.int/topics/mental_health/es/)
- Organización Mundial de la Salud OMS (2014). *Salud mental*. Recuperado de [http://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](http://www.who.int/topics/mental_health/es/)
- Ortíz, O. (2009). Obesidad en la niñez: la pandemia. *Revista Mexicana de Pediatría*, 76 (1), 38-43.
- Papalia, D. (2005). *Desarrollo humano*. México: Mc Graw-Hill.
- Pavón, A., Cano, E., Meoño, E., Mendoza, L., Gallardo, I. y Barrera, A. (2006). *Diagnóstico, tratamiento y prevención de Sobrepeso y Obesidad*. México: Guía de práctica clínica.
- Peñalver, D., Vega, B., Montoya, T. y Flández, B. (2006). Aspectos clínicos de la obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 6 (3), 409-414.
- Platas, S. (2014). *Modelo de factores protectores y de riesgo para los problemas de peso corporal en escolares de primaria*. Tesis de Doctorado en Psicología. Inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Polaino-Lorente, A. (2002). Ciencia, política de la investigación. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 28 (11), 263-389.

- Rangel, L. (2002) Annotation: chronic fatigue syndrome in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43 (6), 169 - 176.
- Reidl, L. y Guillén, R. (2010). Medición alternativa de las emociones de celos y envidia. México: Facultad de Psicología, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.
- Reig, A. y Bordes, P. (2005). *La calidad de vida en la asistencia sanitaria. Tratado de la Epidemiología clínica*. Madrid: DuPont Pharma.
- Reynoso, L. y Seligson, I. (2002). *Psicología y salud en México*. México: UNAM/CONACYT.
- Rice, F. (2000). *Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice Hall.
- Ríos, E. (2002). *Obesidad en Niños de 10-15 años, la Relación entre Autoestima, Ansiedad y Depresión*. Tesis de Licenciatura Inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Rivera B. (2007) Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima metropolitana. *Revista de Investigación Psicológica*, 10 (1), 67-89.
- Rodríguez de Cossío, A. y Granada, O. (2007). Trastornos Depresivos en la infancia y adolescencia. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 1 (6), 270-276.
- Rodríguez, A. P., Martínez, A., Ramos, V., Rivero, R., García, L. J. y Oblitas, L. (2008). Ansiedad, Depresión y Salud. *Suma Psicológica*, 15 (1), 43-73.
- Rodríguez, J. y Ortiz, M. (2005). Depresión Infantil. *Hospital del Niño DIF*, 6 (1), 77-82.
- Rodríguez, R. (2001). Estrés y manifestaciones dermatológicas en una población trabajadora bajo exigencias psíquicas. *Revista Cubana Salud Trabajo*, 3 (1), 55-61.
- Rojas, E. (2003). *La ansiedad. Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones*. México: Planeta.
- Rojas, E. (2010). *La Ansiedad*. Madrid: Temas de Hoy.
- Rojtenberg S. (2006). *Depresiones: bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas*. Polemos: Buenos Aires.
- Rollan-Cachera, M., Deheger, M. y Bellisle, F. (2006) Early adiposity rebound: causes and consequences for obesity in children and adults. *International Journal of Obesit*, 30 (5), 11–17.

- Salaberria, K., Rodríguez, S. y Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*, 8 (9), 171-183.
- Saldaña, C. y Rossell, G. (1994). *Modificación de conducta para el cambio de hábitos alimentarios y patrones de actividad física en obesidad infantil. Libro de casos*. Madrid: Pirámide.
- Salinas, J. (2010). El Tratamiento de la depresión con un enfoque de Activación Conductual: Un Caso. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13, (3), 56-62.
- Sánchez, B. (2014). *Trastornos de la Conducta Alimentaria, de 18 a 22 años en las Alumnas de la Carrera de Psicología de la Universidad Tecnológica Intercontinental*. Tesis de Licenciatura. Inédita. Universidad Tecnológica intercontinental.
- Santrock, J.W. (2003). *Psicología del desarrollo en la adolescencia*. Madrid: McGraw-Hill.
- Schaefer, C. (2005). *Fundamentos de Terapia de Juego*. México: Manual Moderno.
- Shaffer, D y Waslick, B. (2003). *Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes*. Barcelona: Ars Medica.
- Sierra, J., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003) Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-Estar y Subjetividad*, 3 (1), 10 – 59.
- Solloa, (2001). *Los Trastornos psicológicos en el niño, etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. México: Editorial Trillas.
- Stein, D. (2004). *Tratado de los Trastornos de Ansiedad*. Barcelona: ARS Medica.
- Tapia-Conyer, R. (2007). Obesidad. *Manual de Salud Pública*, 50 (6), 20-24.
- Thoulon-Page, Ch. (2007). *Alimentación de las personas sanas*. Barcelona: Masson.
- Tojo, R., Leis, R. y Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría (2006). *La obesidad en niños y adolescentes, una epidemia del siglo XXI. Causas y consecuencias. Estrategias de prevención e intervención*. España: Universidad de Santiago de Compostela.
- Trejo, P., Castro, D., Facio, A., Mollinedo, F. y Valdez, G. (2010). Insatisfacción con la imagen corporal asociada al índice de masa corporal en adolescentes. *Revista Cubana de Enfermería*, 26 (3), 150-160.

- Unikel, C., Von Holle, A., Bulik, C. y Ocampo, K. (2012). Disordered eating and suicidal intent: The role of thin ideal internalisation, shame, and family criticism. *European Eating Disorders Review*, 20 (3), 39-48.
- Vaquero-Cristóbal, R., Muyor, J., Alacid, F., y López-Miñarro, P. (2013). Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*, 28 (1), 27-35.
- Vargas, L., Bastarrechea, R., Lavila, H., González, J. y Avila, H. (2002). *Obesidad: Fundación Mexicana para la Salud*. México: Mc Graw Hill.
- Vázquez, A., Rodríguez, F. y Pérez, A. (2003). *Manual de Psicología de la Salud*. España: Ediciones Pirámide.
- Velázquez, L., Zenner, A., Sánchez, M., Muñoz, M. y Velázquez, I. (2012) Trastornos del sueño e incidencia de ansiedad y depresión en pacientes con dolor crónico no maligno tratados con opioides potentes. *Revista de Sociedad Española*, 19 (2), 49-58.
- Vergara, M. (2008). Tres Concepciones Históricas del Proceso Salud-Enfermedad. *Hacia la promoción de la Salud*, 12 (10), 41-50.
- Virues, R. (2005). *Estudio sobre Ansiedad*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Vizcarra, I. (2010). *Factores Psicológicos y Psicosociales y Socioculturales en el Desarrollo del Sobrepeso*. Tesis de Licenciatura Inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Zambrano, G. M. (2009). *Ansiedad de la madre como factor de riesgo en la conducta alimentaria del hijo*. Tesis de licenciatura inédita. México. UNAM.
- Zayas, M., Chiong, D., Díaz, Y., Torriente, A., Herrera, X. (2002). Obesidad en la infancia: Diagnóstico y tratamiento. *Revista Cubana de Pediatría*, 74 (3), 76-84.

---

# Anexos



# ANEXO 1

## ESTUDIO SOBRE ALIMENTACION Y SALUD PREADOLESCENTES

Este cuestionario tiene la finalidad de conocer hábitos, formas de ser y de pensar de los estudiantes mexicanos, relacionados con la alimentación y con la salud en general. El éxito de nuestra tarea depende de ti, de tu colaboración: que respondas lo más cuidadosa y honestamente posible.  
**MUCHAS GRACIAS POR TU COOPERACIÓN**

### SECCION A

Nombre \_\_\_\_\_

1.- Tipo de Escuela a la que asistes Privada.....( ) Pública..... ( )

2.- Grado que cursas: \_\_\_\_\_

3.- Tu edad en años y meses: \_\_\_\_\_

4.-¿Cuánto pesas ?\_\_\_\_\_Kg. Si no sabes con exactitud  
¿Cuánto crees que pesas?\_\_\_\_\_Kg.

5.-¿Cuánto mides ?\_\_\_\_\_Mts. Si no sabes con exactitud  
¿Cuánto crees que mides?\_\_\_\_\_Mts.

6.-¿Has tenido emisiones nocturnas (solo niños)?y/ó ¿Ya estás menstruando (solo Niñas)?

NO.... ( ) Pasa a la pregunta 8  
SI..... ( ) Pasa a la pregunta siguiente

7.- A que Edad \_\_\_\_\_

8.- ¿En qué trabaja tu papá?  
( ) No tiene trabajo Trabaja en \_\_\_\_\_

9.- ¿A qué se dedica tu mamá?  
( ) Ama de casa Trabaja en \_\_\_\_\_

10.- ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos?  
( ) Eres hijo único ( ) Eres el más ) Ocupas un lugar intermedio ( ) Eres el mayor

11.- Pensando en el Jefe de Familia de Tu hogar (Papá, Mamá o Abuelo, ¿cuál fue el último año de estudios que completó?

( ) No estudió ( ) Carrera técnica ( ) Licenciatura  
( ) Primaria ( ) Preparatoria ( ) Posgrado  
( ) Secundaria ( ) No sé

12.- Contando todos los focos que utiliza para iluminar su hogar, incluyendo los de techos, paredes y lámparas de buró o piso, dígame ¿cuántos focos tiene su vivienda?

( ) 5 o menos ( ) 6 a 10 ( ) 11 a 15 ( ) 16 a 20 ( ) 21 a 25

13. -¿El piso de su hogar es predominantemente de tierra, o de cemento, o de algún otro tipo de acabado?

( ) Tierra ( ) Cemento (firme de) ( ) Otro tipo de material o acabo.

14. -¿De qué bienes y servicios disfrutas en tu casa?

a) Habitaciones con que cuentas en tu hogar. No incluyas baños, pasillos, patios.	( 0 ) ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 ) ( 5 o más )
b) Baños con regadera	( 0 ) ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 ) ( 5 o más )
c) Automóviles propios	( 0 ) ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 ) ( 5 o más )
d) Lavadora de ropa	( 0 ) ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 ) ( 5 o más )
e) Horno de microondas	( 0 ) ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 ) ( 5 o más )
f) Computadora Personal	( 0 ) ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 ) ( 5 o más )
g) DVD o Blue Ray	( 0 ) ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 ) ( 5 o más )

**SECCION**

**B**

1.- La cantidad de comida que consumo en casa la decide:

Mamá ( ) Papá ( ) Yo ( ) Abuela(o) ( ) Otro \_\_\_\_\_ )  
 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) \_\_\_\_\_

2.- Según yo, como:

Muy poco ( ) Poco ( ) De manera regular ( ) Demasiado ( )  
 ( ) Mucho ( ) ( )

3.- Me gustaría pesar:

Mucho más ( ) Un poco más ( ) Lo mismo ( ) Un poco menos ( ) Mucho menos ( )

4.- Para controlar mi peso es más fácil dejar de:

( ) Desayunar ( ) Comer ( ) Cenar ( ) Cualquiera de las tres ( ) Ninguna de las tres

5- Llegar a estar gord(o)a, me preocupa:

No me preocupa ( ) Poco ( ) De manera regular ( ) Mucho ( ) Demasiado ( )

6.- Como te sientes con tu figura?

Muy Satisfecho(a) ( ) Insatisfecho(a) ( ) Muy Satisfecho(a) ( ) Indiferente ( )

7.- Me preocupa la forma de mi cuerpo:

Nunca ( ) A veces ( ) Frecuentemente ( ) Muy Frecuentemente ( ) Siempre ( )



8.- En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos), tienen o han tenido:

- Actitud negativa hacia la obesidad
- Sobrepeso
- Obesidad
- Preocupación por el peso corporal
- Preocupación por la forma de comer
- Preocupación por la apariencia física
- Insatisfacción con la figura
- Todas las anteriores
- Ninguna de las anteriores

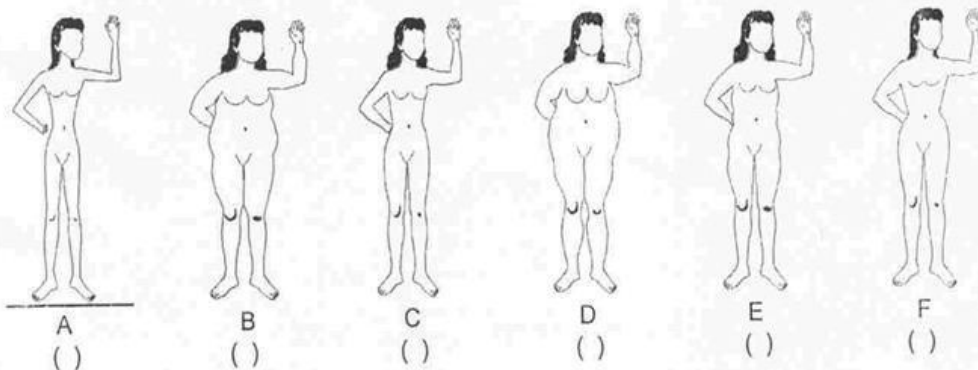
**SECCION C**

	Muy gordo(a)	Gordo (a)	Ni gordo(a) ni delgado(a)	Delgado(a)	Muy delgado(a)
1. Creo que estoy:					
2.- Creo que mis padres o tutores me ven:					
3.- Según yo, un niño(a) atractivo es:					
4.- Creo que mis amigos y amigas me ven:					

**SECCION D (Versión niñas)**

1.-Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niñas. Como puedes ver cada una tiene una letra. Escoge aquella figura (sólo una) que más te gustaría tener y marca con una X la letra correspondiente.

Me gustaría que mi cuerpo fuera como :



G ( )  
 ( Si no hay una figura que te guste, dibújala)

## SECCION E

En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

Nunca (1) A veces (2) Frecuentemente (3) Muy frecuentemente (4) Siempre (5)

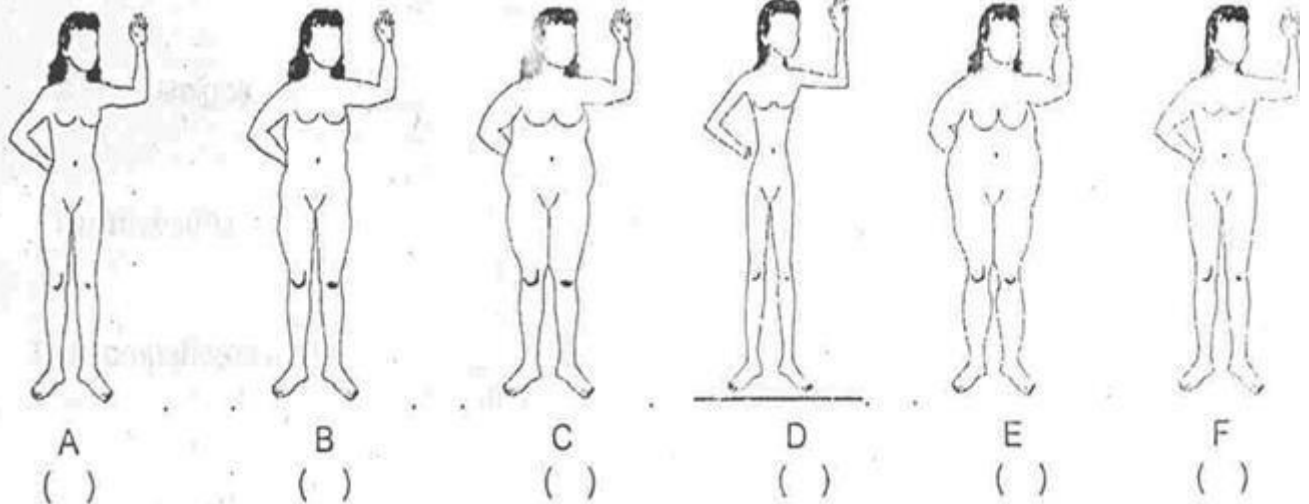
1	. Siento que tengo más hambre cuando me enojo.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2	. Pienso constantemente en la comida.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3	. Cuando estoy aburrido(a) me da por comer.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4	. Siento que la comida me tranquiliza.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5	. Siento que podría comer sin parar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6	. Soy de los que se atiborran de comida.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7	. Creo que la comida ayuda a quitar la tristeza.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8	. Me sorprendo pensando en la comida.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9	Siento que no controlo la forma de comer; la comida controla mi vida.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10	Creo que comer es como el comercial de "No puedes comer solo una".	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11	. No como aunque tenga hambre.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12	. Creo que el que es gordo(a) seguirá siendo así.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13	Es muy difícil controlar los alimentos ya que todo lo que nos rodea nos provoca comer.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14	. Como sin control.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15	. Siento que no puedo parar de comer.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16	Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno ni como, pero ceno mucho).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17	. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgado.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18	. Me siento culpable cuando como.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19	Prefiero la sensación de estómago vacío a la de estómago lleno.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20	Me avergüenza comer tanto.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21	Considero que saltarse algunas de las comidas es buena estrategia para bajar de peso.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22	. Me la paso "muriéndome de hambre".	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23	. Me gusta sentir le estómago vacío.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24	Siempre que estoy a dieta la rompo y vuelvo a	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

. empezar.					
25 . Paso por periodos en los que como mucho.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26 Como grandes cantidades de alimento aunque no . tenga hambre.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27 Siento que como más que la mayoría de mis . amigos.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28 No siento apetito o ganas de comer, pero cuando . comienzo nadie me detiene.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29 . Procuo mejorar mis hábitos de alimentación.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
30 . Como lo que es bueno para mi salud.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
31 . Respeto a los que comen con medida.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
32 Procuo comer . verduras.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

### SECCION F (Versión niñas)

1.-Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niñas. Como puedes ver cada una tiene una letra. Escoge aquella figura (sólo una) que más te gustaría tener y marca con una X la letra correspondiente.

Mi cuerpo se parece más a :



G  
( )  
( Si no hay una figura que te guste, dibújala)

## SECCION H

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan unas series de afirmaciones que te describen. Lee cada frase y marca con una X la respuesta que mejor pueda describirte. No hay contestaciones buenas o malas.

1.  Estoy triste de vez en cuando  Estoy triste muchas veces  Estoy triste siempre
2.  Nunca me sale nada bien  No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien  Las cosas me saldrán bien
3.  Hago bien la mayoría de las cosas  Hago mal muchas cosas  Todo lo hago mal
4.  Me divierten muchas cosas  Me divierten algunas cosas  Nada me divierte
5.  Soy malo siempre  Soy malo muchas veces  Soy malo algunas veces
6.  A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas  Me preocupa que me ocurran cosas malas  Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles
7.  Me odio  No me gusta como soy  Me gusta como soy
8.  Todas las cosas malas son culpa mía  Muchas cosas malas son culpa mía  Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas
9.  No pienso en morirme (quiero vivir)  Pienso en

morirme pero no lo haría  
 He deseado morirme

10.  Tengo ganas de llorar todos los días  
 Tengo ganas de llorar de vez en cuando  No tengo ganas de llorar
11.  Las cosas me preocupan (siempre)  
 Las cosas me preocupan de vez en cuando  Las cosas no me preocupan
12.  Me gusta estar con la gente  
 Muy a menudo no me gusta estar con la gente  No quiero en absoluto estar con la gente
13.  No puedo decidirme  Me cuesta decidirme  Me decido fácilmente
14.  Tengo buen aspecto  
 Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan  Soy feo
15.  Siempre me cuesta ponerme a hacer tareas escolares y obligaciones en casa  Muchas veces me cuesta hacer tareas escolares y obligaciones en casa  
 No me cuesta ponerme a hacer tareas escolares y obligaciones en casa
16.  Todas las noches me cuesta dormirme  Muchas noches me cuesta dormirme  Duermo muy bien
17.  Estoy cansado de vez en cuando  Estoy cansado muchos días  
 Estoy cansado siempre
18.  La mayoría de los días no tengo ganas de comer  Muchos días no tengo ganas de comer  
 Como muy bien

19.  No me preocupa el dolor ni la enfermedad (estar enfermo)  Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad  Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad
20.  Nunca me siento solo  Me siento solo muchas veces  Me siento solo siempre
21.  Nunca me divierto en la escuela  Me divierto en la escuela sólo de vez en cuando  Me divierto en la escuela muchas veces
22.  Tengo muchos amigos  Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más  No tengo amigos
23.  Mi trabajo en la escuela es bueno  Mi trabajo en la escuela no es tan bueno como antes  Llevo muy mal las clases y /o materias que antes llevaba bien
24.  Nunca podré ser tan bueno como los otros(as) niños(as)  Si quiero puedo ser tan bueno como otros(as) niños(as)  soy tan bueno como otros niños
25.  Nadie me quiere  No estoy seguro de que alguien me quiera  Estoy seguro que alguien me quiere
26.  Generalmente hago lo que me dicen  Muchas veces hago lo que me dicen  Nunca hago lo que me dicen
27.  Me llevo bien con la gente  Me peleo muchas veces  Me peleo siempre

## SECCION J

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que te describen momentáneamente y de manera general. Lee cada frase y marca con una **X** la respuesta que mejor te describa, siguiendo las siguientes opciones Nada (1) Algo (2) Mucho (3).

1. Me siento calmado(a)	Nada	Algo	Mucho
2. Me encuentro inquieto(a)	Nada	Algo	Mucho
3. Me siento nervioso(a)	Nada	Algo	Mucho
4. Me encuentro descansado(a)	Nada	Algo	Mucho
5. Tengo miedo	Nada	Algo	Mucho
6. Estoy relajado(a)	Nada	Algo	Mucho
7. Estoy preocupado(a)	Nada	Algo	Mucho
8. Me encuentro satisfecho(a)	Nada	Algo	Mucho
9. Me siento feliz	Nada	Algo	Mucho
10. Me siento seguro(a)	Nada	Algo	Mucho
11. Me encuentro bien	Nada	Algo	Mucho
12. Me siento molesto(a)	Nada	Algo	Mucho
13. Me siento agradable	Nada	Algo	Mucho
14. Me encuentro atemorizado(a)	Nada	Algo	Mucho
15. Me encuentro confuso(a)	Nada	Algo	Mucho
16. Me siento animado(a)	Nada	Algo	Mucho
17. Me siento angustiado(a)	Nada	Algo	Mucho
18. Me encuentro alegre	Nada	Algo	Mucho
19. Me encuentro enojado(a)	Nada	Algo	Mucho
20. Me siento triste	Nada	Algo	Mucho
21. Me preocupa cometer errores	Nada	Algo	Mucho

22. Siento ganas de llorar	Nada	Algo	Mucho
23. Me siento desgraciado(a)	Nada	Algo	Mucho
24. Me cuesta tomar una decisión	Nada	Algo	Mucho
25. Me cuesta enfrentarme a mis problemas	Nada	Algo	Mucho
26. Me preocupo demasiado (a)	Nada	Algo	Mucho

27. Me encuentro molesto (a)	Nada	Algo	Mucho
28. Me vienen a la cabeza pensamientos sin importancia y me Molestan	Nada	Algo	Mucho
29. Me preocupan las cosas de la escuela	Nada	Algo	Mucho
30. Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer	Nada	Algo	Mucho
31. Noto que mi corazón late más rápido	Nada	Algo	Mucho
32. Aunque no lo digo, tengo miedo	Nada	Algo	Mucho
33. Me preocupo por cosas que puedan ocurrir	Nada	Algo	Mucho
34. Me cuesta quedarme dormido por las noches	Nada	Algo	Mucho
35. Tengo sensaciones extrañas en el estómago	Nada	Algo	Mucho
36. Me preocupa lo que los otros piensen de mi	Nada	Algo	Mucho
37. Me influyen tanto los problemas, que no puedo olvidarlos durante un tiempo	Nada	Algo	Mucho
38. Tomo las cosas demasiado en serio	Nada	Algo	Mucho
39. Encuentro muchas dificultades en mi vida	Nada	Algo	Mucho
40. Me siento menos feliz que los otros niños de mi edad	Nada	Algo	Mucho






**MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACION**



# ANEXO 2

## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este medio solicitamos de la manera más atenta, tu participación en el proyecto de investigación doctoral denominado "Factores protectores y de riesgo para el desarrollo de la obesidad en escolares de primaria". Este proyecto lo está realizando la Lic. Silvia Platas Acevedo estudiante del Doctorado en Psicología de la Salud y se encuentra dirigido por la Dra. Gilda Gómez Peresmitré, Profesor Titular de la Facultad de Psicología de la UNAM. Dicho proyecto tiene como finalidad conocer hábitos y estilos de vida en estudiantes de primaria los cuales conllevan y/o protegen para el desarrollo de la obesidad. Para tal efecto se requiere de la aplicación de un cuestionario el cual explora los factores antes mencionados. De igual manera se enviara a las madres y/o personas encargadas de la alimentación del niño(a) un cuestionario que nos dé a conocer la forma de alimentación en casa. Es importante subrayar que contamos con el apoyo de los profesores de esta institución y de acuerdo a los criterios éticos que rigen nuestra disciplina, es nuestro deber dar a conocer, a usted y a su hija(o) las siguientes consideraciones:

-  Los cuestionarios se aplicarán dentro de la Escuela Primaria Se solicitará la participación voluntaria a los participantes. Se mantendrá el anonimato de los mismos.
-  Los datos obtenidos serán confidenciales y con fines de investigación.
-  Las participantes podrán abandonar la aplicación del cuestionario, sí así lo deciden. No se utilizará ningún procedimiento invasivo que afecte la integridad de sus hijos.
-  Los resultados de la investigación serán entregados a las autoridades de la escuela, y sí ustedes así lo deciden, se llevara a cabo una exposición de los mismos.
-  La investigación consta de la medición de peso, la talla de su hija/o. Las evaluaciones se realizarán entre el \_\_ y \_\_ de \_\_\_\_\_. La mediciones se realizaran el día que su hija/o tome su clase de educación física para medirla (o) en short y playera. Las mediciones se efectuarán en el consultorio médico de la escuela o en un salón, por personal capacitado (nutriólogas).

Si desea más información al respecto nos ponemos a su disposición en las instalaciones de la escuela durante los días de aplicación del proyecto o bien al número telefónico 56222252.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA  
PADRE O TUTOR

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA  
PARTICIPANTE