



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

División de Estudios Profesionales

Atribuciones de hombres acerca de la obesidad.

TESIS

Que para obtener el título de
Licenciado en Psicología

PRESENTA:

Jonathan Israel Esquivel Díaz.

Director: Dra. Kirareset Barrera García

Revisor: Dr. Rigoberto León Sánchez

Revisor: Dr. Germán Palafox Palafox

Jurado: Dra. Zuraya Monroy Nasr

Jurado: Dr. José Luis Díaz Meza

Investigación realizada gracias al Programa UNAM-DGAPA-PAPIIT «IN402515».

Ciudad Universitaria, CD. MX., 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

	Página
Introducción.....	4
CAPÍTULO I	
Atribuciones y obesidad.	
1.1 Atribución	5
1.2 Obesidad.....	8
1.3 La obesidad como enfermedad crónica	9
1.4 Panorama de la obesidad en México.....	9
1.5 Expresiones de la obesidad.....	10
1.6 Principales teorías del sobrepeso y la obesidad.....	11
1.6.1 Genética.....	11
1.6.2 Trastorno por atracón.....	12
1.6.3 Predisposición social a la obesidad.....	13
1.7 Factores relacionados a la obesidad comúnmente estudiados	14
1.7.1 Imagen corporal.	14
1.7.2 Sueño y obesidad.....	16
1.7.3 Ansiedad.....	18
1.7.4 Actividad física y obesidad.....	19
CAPÍTULO II	
Método	
2.1 Método general.....	20
2.1.1 Planteamiento del problema.....	20
2.1.2 Objetivos específicos.....	21
2.1.3 Hipótesis.....	21
2.1.4 Variables.....	21
2.1.4.1 Definición conceptual.....	21
2.1.5 Diseño y alcance de la investigación.....	21
2.1.6 Participantes.....	21
2.1.7 Materiales.....	22
2.1.8 Procedimiento.....	22
2.1.9 Resultados.....	23

CAPÍTULO III

Discusión y Conclusiones

3.1	Discusión.....	46
3.2	Conclusiones.....	49
3.3	Limitaciones del estudio.....	50
	Referencias.....	51

INTRODUCCIÓN

Una medida de la obesidad se determina mediante el índice de masa corporal (IMC), que se calcula dividiendo los kilogramos de peso por el cuadrado de la estatura en metros ($IMC = \text{peso [kg]} / \text{estatura [m}^2\text{]}$). La definición de la Fuerza de Trabajo Internacional de Obesidad (IOTF) en conjunto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SIEEO) en 2011, indica que un IMC comprendido entre 18.5 y 25 determina normopeso, un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso y el IMC igual o superior a 30 indica obesidad.

Aunque la obesidad y el sobrepeso se entienden como problemas complejos, los diversos debates sobre sus orígenes y soluciones, se ven reducidos a dicotomías como las causas individuales (ingesta, voluntad y ejercicio) contra las responsabilidades colectivas (disponibilidad, regulación gubernamental y medio).

Debido a lo anterior, el presente estudio pretende identificar cuáles son los factores a los que los individuos con sobrepeso y obesidad atribuyen su condición, y ver si existe alguna diferencia con los factores que identifican sujetos con normopeso. Esto, a través de la aplicación de un cuestionario de 45 reactivos medidos en escala Likert a una muestra de 300 varones, entre los cuales existe población con normopeso, sobrepeso y obesidad, a razón de 100 individuos por grupo.

Al obtener dichas atribuciones, podremos observar si están relacionadas con las causas que identifican la literatura y los estudios realizados hasta el momento, de lo contrario, obtendríamos una visión particular acerca de los problemas del sobrepeso y la obesidad que quizá nos permita obtener una nueva dirección para entenderlos y tratarlos.

Los resultados obtenidos indican claramente que las personas con obesidad atribuyen su condición a causas que no pueden controlar, como la genética. Sin embargo, los factores como personalidad, voluntad y hábitos no los consideran como parte del problema. Por su parte, las personas con normo peso y sobrepeso consideran ligeramente más importantes los hábitos y la voluntad como parte del origen del sobrepeso y la obesidad.

Palabras clave.- Sobrepeso, obesidad y normopeso.

CAPÍTULO I

Atribuciones y obesidad

1.1. Atribución

Si tuviéramos que escoger una fuente que diera origen al concepto de atribución, podríamos mencionar a Fritz Heider (1958), para quien un aspecto fundamental de las relaciones interpersonales es, la percepción que los sujetos tienen de la persona y de la acción a la que se enfrentan. Esta percepción tiene como característica principal la atribución de un fundamento causal, que es la identificación de la fuente u origen de dicha acción, de forma que ésta se haga comprensible y, con ello, se posibilite una reacción adecuada.

Heider (op.cit.) opinaba que las personas conectamos los sucesos con causas no observables para entender la conducta de los demás y para predecir eventos futuros, obteniendo así una sensación de control sobre el entorno. No obstante, tendemos a hacer atribuciones causales simples que tienen en cuenta sobre todo un tipo de factor.

El modelo atribucional de Heider (Ibid) distingue entre atribuciones internas o personales y externas o ambientales. Mientras que la capacidad y la motivación para llevar a cabo conductas son factores internos, la suerte y la dificultad de la tarea destacan entre las causas situacionales. Si atribuimos nuestra propia conducta a causas internas nos responsabilizamos de ella, mientras que si creemos que la causa es externa esto no sucede.

Debido a lo anterior, la explicación que damos a la conducta de la gente, se denomina atribución. Si consideramos que una disposición personal causó una conducta, hacemos una atribución interna. Sin embargo, si consideramos que la conducta es producto del entorno o la situación, es una atribución externa. Dicho de otra forma, si explicamos una conducta que depende de una persona y es hasta cierto punto controlable, la consideramos una atribución interna, sin embargo una conducta motivada por el ambiente y sobre la que se tiene poco control, la consideramos como atribución externa.

Debido a esto, al clasificar una conducta, preferimos hacer atribuciones internas, porque

consideramos más probable que las disposiciones personales guíen el comportamiento de una persona y nos sirvan como marco de referencia para predecir cómo se comportará un sujeto bajo otras situaciones.

Totman (1982), coincide que la perspectiva de Heider (1958) es adecuada, debido a la aplicabilidad que la teoría de la atribución tiene a temas prácticos, siendo retomada por psicólogos de la personalidad, clínicos y pedagogos, entre otros.

Es necesario recordar que las atribuciones causales son un componente de las relaciones interpersonales y de las relaciones que establecen los sujetos con sus propias conductas, en este sentido, las atribuciones al igual que las actitudes y su dinámica hacia los procesos cognoscitivos, deben de entenderse dentro de dichas relaciones sin pensarse como un fenómeno aislado.

Edward E. Jones y Keith Davis, propusieron en 1965 su teoría de la atribución. El concepto central de este modelo es el de inferencia correspondiente, que se refiere a las generalizaciones que hacemos sobre el comportamiento que tendrán otras personas en el futuro en función de cómo hemos explicado su conducta previa.

Fundamentalmente, Jones y Davis (1965) plantearon que hacemos inferencias correspondientes cuando creemos que determinadas conductas de una persona se deben a su forma de ser. Para hacer estas atribuciones, en primer lugar es necesario que podamos afirmar que la persona tenía la intención y la capacidad de llevar a cabo la acción. Una vez hecha la atribución de intención habrá una mayor probabilidad de que hagamos además una atribución disposicional si la conducta evaluada tiene efectos no comunes con otros comportamientos que podrían haberse dado, si está mal vista socialmente, si afecta de forma intensa al actor (relevancia hedónica) y si va dirigida a quien hace la atribución (personalismo).

Este conocimiento es el que permite a los individuos guiar la propia conducta e intentar predecir la de los demás, constituyendo por tanto un elemento esencial de las relaciones interpersonales.

Es importante mencionar que las atribuciones pueden tener sesgos. Por ejemplo, si

vemos a una persona llamada Jorge que camina cargando muchos objetos y uno de ellos se le cae, nosotros atribuimos que Jorge es torpe y su conducta obedece a una característica personal. Sin embargo, Jorge puede atribuir el accidente a un factor externo, como el hecho de cargar muchos objetos. Esto es un error fundamental de atribución; la tendencia de atribuir la conducta de los demás a causas internas.

El error fundamental de atribución es conocido también como efecto actor-observador, que es la tendencia de explicar la conducta de otros a causa de factores internos y la tendencia a explicar nuestra conducta como causa de factores internos.

Al realizar atribuciones, generalmente no consideramos que nuestras experiencias son diferentes a las de los demás, que tenemos creencias diferentes sobre la naturaleza de distintas personas, que hacemos atribuciones con distintas reglas y que observamos con perspectiva diferente distintas situaciones.

Una parte importante de la teoría de la atribución es la de la primera impresión. Cuando conocemos a alguien, lo clasificamos y lo colocamos dentro de una categoría, basándonos realmente en poca información, incluso si este método ya nos ha fallado, olvidando que esto lo hacemos de acuerdo con nuestras creencias, expectativas y actitudes.

El clasificar a una persona con los pocos elementos disponibles y colocarlo dentro del esquema que a nuestro parecer es el adecuado nos puede ahorrar tiempo y esfuerzo para continuar analizando las características de las personas, sin darnos cuenta que así creamos estereotipos.

En este sentido, el estereotipo es un conjunto de características que comparten todos los miembros de una categoría, este esquema generalmente se reduce a un rasgo distintivo, por ejemplo; universitario, europeo, gordo, gerente, etc., y es difícil salir de ese esquema establecido.

Las primeras impresiones guiadas por estereotipos provocan que hagamos inferencias basadas exclusivamente en la categoría que asignamos, ignorando los hechos que no concuerdan con el estereotipo, observando así de manera incorrecta o de manera

selectiva a fin de coincidir con el estereotipo.

Finalmente, la teoría de la atribución causal de Bernard Weiner, de 1979, indica que distinguimos las causas en función de tres dimensiones, estabilidad (variabilidad con que se perciben las causas de los acontecimientos, una atribución estable hace que la causa del suceso sea percibida como algo que permanecerá constante a lo largo del tiempo; una atribución inestable hace que la causa sea percibida como algo temporal y susceptible de variar con el tiempo), controlabilidad (grado en que una persona puede controlar las causas de su conducta) y locus de control (interno o externo, explicado anteriormente).

Al mezclar las dimensiones propuestas por Weiner (1979), las causas internas y estables producen atribuciones referidas a la capacidad, las causas internas e inestables producen atribuciones referidas al esfuerzo, las causas externas y estables: producen atribuciones referidas a la dificultad de la tarea y las causas externas e inestables: producen atribuciones referidas al azar o a la suerte.

1.2. Obesidad

La obesidad incluyendo el sobrepeso como estado premórbido, es una enfermedad crónica caracterizada por almacenamiento excesivo de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas que predisponen a la presentación de trastornos endocrinos y cardiovasculares principalmente. Es importante señalar que algunos de obesidad están relacionados con factores biológicos, socioculturales y psicológicos.

La obesidad es el incremento del tejido adiposo por encima de un nivel determinado para la talla de un patrón de población normal promedio. En más del 90% de los casos es el resultado de un desbalance entre la ingesta alimentaria excesiva y el gasto calórico disminuido (Xavier y Sunyer, 1992).

Enfermedades relacionadas con el sobrepeso y la obesidad ocupan los primeros lugares como causas de muerte en la población mexicana (infartos, hipertensión y diabetes por mencionar algunas), no obstante, no se ha encontrado una manera adecuada de disminuir dichos padecimientos controlando su causa, es decir, el enfoque de

tratamiento se da de manera individual para cada enfermedad y se realiza únicamente para controlar sus efectos, no de manera preventiva.

Entender a las personas con sobrepeso y obesidad puede resultar una manera interesante para abordar la situación, conocer las atribuciones que realizan al explicar su estado nos permitirá saber si estas van de la mano con la literatura médica o es necesario adoptar un nuevo enfoque. Lo anterior incluso, puede permitir al psicólogo tomar un papel más activo en el manejo de dichos padecimientos.

1.3. La obesidad como enfermedad crónica

Tuvo que pasar mucho tiempo para que la obesidad fuera considerada como una enfermedad, antes de que esto sucediera, recibió adjetivos como desorden, trastorno y alteración. Esto probablemente haya generado una especie de confianza en los profesionales de la salud, los pacientes y la sociedad en general acerca de los riesgos que para la salud a nivel individual y social esconde la obesidad, permitiendo que se desarrollara sin darle la importancia merecida.

La identificación clínica de las comorbilidades de la obesidad se inicia cuando se asocia la obesidad con patologías claramente identificadas, como la acumulación de ácido úrico, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, los problemas musculoesqueléticos, enfermedades cardiovasculares y neoplasias, entre otros padecimientos.

En la actualidad se conocen las bases de fenómenos fisiopatológicos presentes en el obeso, tales como la resistencia a la insulina y la hipertensión arterial, por mencionar algunas. En su génesis intervienen factores genéticos y ambientales, dando como resultado que la expresión de la problemática biológica, psicológica y social de la obesidad sea heterogénea.

1.4. Panorama de la obesidad en México

Los datos de la OMS indican que desde 1980, la obesidad se ha duplicado en todo el mundo. En 2014, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos. En 2014, el 39% de las personas adultas

de 18 o más años tenían sobrepeso, y el 13% eran obesas.

En México, el país con más obesidad en el mundo, se diagnosticaron de enero a noviembre de 2014, 323,110 casos nuevos de obesidad.

Según la Secretaría de Salud, el mayor número de nuevos casos, por grupo de edad, se encontró entre las personas de 25 a 44 años, con 124,705 casos nuevos. Es decir, casi el 40% de los nuevos pacientes por obesidad están en ese rango de edad. Le siguen las personas de entre 50 y 59 años, con 48,436 nuevos casos, después, las personas de entre 45 y 49 años con 37,734 y en seguida, las personas de entre 20 y 24 años, con 22,728 casos nuevos de obesidad.

1.5. Expresiones de la obesidad

Las categorías diagnósticas de la obesidad son un reflejo de las distintas formas en las que esta afecta la salud del individuo, además las características socioculturales y su entorno, dan lugar a percepciones diferentes de lo que en principio sería un problema biológico similar. Así, individuos que tienen sobrepeso o principios de obesidad viven en busca de dietas y medicamentos para controlar su problema.

En ellos, inicialmente su padecimiento suele tener más impacto en lo psicológico y lo social que en lo biológico. Desafortunadamente, las dietas y consumo de fármacos no autorizados para el tratamiento de la obesidad pueden llevar al desarrollo de problemas orgánicos.

Un aumento de peso exagerado condicionado por una elevada ingesta y conductas sedentarias se denomina obesidad exógena, la llamada obesidad endógena que representa el 10% de los casos está condicionada por razones genéticas, endocrino-metabólicas u otras enfermedades. La diferencia entre ambas denominaciones en ocasiones se dificulta, aunque muchos obesos prefieren el diagnóstico de endógeno pues ello salva su responsabilidad individual y social. Es más elegante enfermo, que indisciplinado.

Por otra parte, individuos con un grado de obesidad importante que pudiera tener

repercusiones sobre su salud, podrían no buscar ninguna atención médica dada su incapacidad para ver las implicaciones que pudiera tener el estado en que se encuentran.

Finalmente, aquellos individuos en los que el grado de obesidad es severo o bien en los que las comorbilidades son altas, la obesidad constituye de manera evidente una enfermedad. Sin embargo, la expresión de esta enfermedad también es heterogénea, particularmente en los aspectos psicológicos y sociales.

1.6. Teorías acerca del sobrepeso y la obesidad

Dentro de las principales teorías que explican el sobrepeso y la obesidad, se encuentran aquellas que tratan acerca del mecanismo de hambre-saciedad y cuyos centros de regulación existen principalmente en los centros hipotalámicos, tales como el glucostato, el lipostato, el amino estático y el colesterotato.

1.6.1. Genética

Al día de hoy se han descubierto más de 430 genes asociados a la obesidad, aunque su relación puede ser multifactorial, manifestándose en el sujeto o sus relaciones epigénéticas. Por ejemplo, el gen 164 se relaciona con la formación de leptinas, que generan estímulos anoréxicos y aumento del gasto energético basal. El gen 60 ha presentado mutaciones en familias obesas, provocando insulinoresistencia. El gen MC4R se encuentra con una mutación en el 0.5 a 5.8% de los individuos obesos, provocando pérdida de control sobre la ingesta.

Por su parte, Heberbrand (2012) menciona que los genes determinan del 50 al 70 por ciento de la variación en el peso corporal, así como la forma en la cual se distribuye y acumula en el cuerpo. Respecto a la relación con los genes y la leptina, indica que se han encontrado mutaciones relacionadas con una producción deficiente en personas obesas, y al administrárseles esta hormona pueden bajar de peso. Sin embargo, también pone énfasis en que el tratamiento no es funcional en personas con sobrepeso que no tengan deficiencia en la producción de leptina.

Heberbrand (op.cit.) indica que las mutaciones del gen MC4R son más frecuentes en las

personas con sobrepeso que las mutaciones relacionadas con la producción de leptina, la alteración del gen MC4R provoca que el hipotálamo no reconozca las señales de saciedad, lo que hace que la persona tenga una sobreingesta calórica al incrementar su apetito al mismo tiempo. También es claro al mencionar “La clave del peso corporal, en la inmensa mayoría de los casos, no reside en la mutación de un gen específico, sino más bien en multitud de alteraciones individuales del genoma”

1.6.2. Trastorno por atracón

El trastorno por atracón, se presenta en el 30% de las personas obesas, el DSM IV TR 2002 indica que dicho trastorno se caracteriza por atracones recurrentes, que son la ingesta de grandes cantidades de alimento en un periodo breve (hasta dos horas), acompañado de la sensación de pérdida de control sobre la ingesta, ya sea que no puedan detenerla, que no controlen la cantidad de alimento o el tipo de comida que se ingiere.

Los atracones se asocian con tres o más síntomas de los siguientes: ingestión rápida, comer hasta sentirse desagradablemente satisfecho, ingestión de grandes cantidades de alimento pese a no tener hambre, comer a solas para esconder su voracidad, sentirse a disgusto con uno mismo, malestar al recordar los atracones.

Dentro de las consecuencias psicopatológicas asociadas con la obesidad y el atracón, están la culpa, vergüenza, inadecuación social, baja autoestima e ideas irracionales y conductas maladaptativas (Español Armengo y Miján de la Torre 2006)

Campos (2003) identificó las siguientes características psicológicas en obesos adultos: pasividad, sumisión, preocupación excesiva por la comida, ingestión compulsiva de alimentos o drogas, dependencia e infatilismo, insatisfacción de la imagen corporal, miedo de no aceptarse o querererse, dificultades de adaptación social, agresión bloqueada, sentimientos de abandono, inseguridad e intolerancia.

En cuanto a las raíces cognitivas de la ingesta compulsiva Tori Rodriguez (2012) indica que los trastornos de la conducta alimentaria tienen una estrecha relación con déficits de atención y una autoconciencia limitada, citando estudios en los que las puntuaciones

bajas en las funciones ejecutivas (capacidad cognitiva de autocomprensión y autorregulación) se correlacionan tanto con la obesidad como con los síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

1.6.3. Predisposición social a la obesidad

A partir del siglo XIX aparecieron productos con alto contenido de grasas y azúcares cuyas características principales son tener un sabor agradable y estar disponibles en cualquier sitio (confituras, pastas, helados, alimentos freídos industrialmente, etc.), dichos alimentos incluyen una gran cantidad de compuestos aditivos que causan daño toxicológico, sin embargo este grupo de alimentos toma un lugar preferencial en la selección del menú de la sociedad actual.

El desarrollo del proceso tecnológico en su afán de satisfacer la demanda alimentaria, crean concentraciones de nutrientes de manera desproporcionada. Los métodos de conservación de alimentos como el congelamiento, la deshidratación y la salación provocan pérdidas de las cualidades nutritivas en los mismos, además de incluir elementos nocivos como los aditamentos.

Los alimentos industrializados tienden a sustituir las características originales de los alimentos con sustancias de menor valor biológico pero que poseen la ventaja de ser preparadas fácilmente y tener un menor costo.

Los elementos utilizados para que las personas recuperen su salud, pueden tener el efecto contrario, algunos medicamentos incrementan el apetito como el caso de los psicofármacos, las hormonas anabólicas desarrollan lipogénesis, los esteroides causan obesidad troncular o abdominal, los anticonceptivos orales por su parte pueden crear ciclos menstruales anovulatorios, disminuyen el gasto energético mensual en un 5%. Como se aprecia, los medicamentos resuelven determinados trastornos pero secundariamente dejan un rastro de obesidad (Wilmore and Costill, 2000).

El concepto de belleza es otro factor presente a través de los siglos, desde la antigüedad se considera a la mujer obesa y abundante de mamas como bella y elegible para la maternidad y la lactancia; si bien es cierto que los símbolos sexuales se han ido

estilizando, aun en nuestro panorama nacional, nos aferramos a modelos un tanto voluminosos. Este patrón se extiende también al niño que pretendemos ver redondito como imagen de salud, sin comprender que estamos forjando un obeso.

Los primeros contactos con los alimentos juegan un papel fundamental en el apetito y la conducta futura, tanto en calidad como en cantidad, pudiendo ser determinante para el resto de la vida, los niños comen lo que se les enseña y generalmente la sugerencia está reflejada cuantitativamente en lo ofertado en el plato, exigiéndole directa o indirectamente su consumo total. Es importante recordar que los hábitos alimentarios de los niños se definen generalmente en los dos primeros años de vida.

El ejercicio es considerado como un elemento imprescindible para la conservación de la salud, sin embargo, el desarrollo tecnológico ha traído consigo notable reducción del esfuerzo muscular, este proceso se ha visto incrementado y creciendo de forma acelerada en el siglo XXI, la incorporación de la automatización y la computación han creado un grupo de enfermedades llamadas de la civilización, caracterizadas por una disminución en la capacidad física por diversas causas.

Es importante recordar que alrededor del 43% de nuestro cuerpo lo conforma masa muscular que necesita de actividad que estimule sus funciones, de lo contrario comenzará a atrofiarse.

1.7. Factores relacionados con la obesidad, comúnmente estudiados

Aunque existen un número importante de factores relacionados directa o indirectamente con la obesidad y el sobrepeso, mencionaremos cuatro de los que son más comúnmente estudiados.

1.7.1. Imagen corporal

La imagen corporal es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente (Rosen, 1995). Es decir, es un constructo personal, la forma en la que uno percibe, imagina, siente y actúa conforme a su cuerpo.

La imagen corporal depende de diferentes corolarios de construcción, que varían según los distintos autores, a continuación mencionamos algunos.

Aspectos perceptivos: precisión con que se percibe el tamaño, el peso y la forma del cuerpo, en su totalidad o sus partes. Las alteraciones en la percepción pueden dar lugar a sobreestimaciones o subestimaciones.

Aspectos cognitivos-afectivos: actitudes, sentimientos, pensamientos, valoraciones que despierta el cuerpo, su tamaño, su peso, su forma o algunas partes de él. Desde el punto de vista emocional la imagen corporal incorpora experiencias de placer, displacer, satisfacción, disgusto, rabia, impotencia, etc.

Aspectos conductuales: conductas que se derivan de la percepción y de los sentimientos asociados con el cuerpo. Puede ser su exhibición, la evitación, la comprobación, los rituales, su camuflaje, etc.

La imagen corporal no sólo es la representación de nuestro cuerpo, sino que está mediada por constructos, por ejemplo, al referirnos a una persona como “gorda” puede tener distintos significados o interpretaciones, siendo como cariño, un insulto o una forma despectiva.

En la actualidad, la creciente presión social pro-delgadez, así como las actitudes negativas hacia el sobrepeso u obesidad han venido generando un excesivo interés y/o preocupación por el peso y la forma corporal. Esta preocupación por el peso contribuye a que una importante cantidad de mujeres jóvenes presente conductas alimentarias no saludables como la restricción alimentaria, el atracón alimentario y algunas conductas compensatorias que en algunos casos, pueden actuar como factores importantes en el desarrollo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Diversos factores parecen intervenir en el desarrollo de los TCA, pero por sí mismos ninguno es suficiente para explicarlo. Dentro de los factores más señalados en la literatura se encuentran los factores biológicos, individuales, cognitivo conductuales, familiares y socioculturales, entre otros. Sin embargo, se ha reportado que las influencias socioculturales son algunos de los principales factores que tienen efectos

sobre la interiorización del modelo de delgadez (Toro, 2004).

La cultura dominante en la que actualmente vivimos ha promovido la delgadez de tal forma que una cantidad importante de personas, principalmente jóvenes y adolescentes, presenta marcada insatisfacción con la forma de su cuerpo y su peso. Por otro lado, se ha reportado que la interiorización del modelo de imagen corporal predominante comienza en la infancia y se manifiesta con mayor fuerza durante la adolescencia, debido a los cambios psicológicos y fisiológicos que suceden durante esta etapa, específicamente el aumento en el tejido adiposo, lo cual implica un incremento en la insatisfacción corporal, particularmente en las mujeres (Ackard & Peterson, 2001).

Diferentes factores han mostrado tener efecto sobre el modelo corporal predominante, entre ellos se destacan la familia, la publicidad, los medios y el efecto que tienen el grupo de pares.

Debido a lo anterior, Bermudez- Bautista (2009) evaluaron el rol de la insatisfacción corporal y la influencia de grupos de pares sobre la dieta y la interiorización del modelo de delgadez en una muestra de 130 mujeres universitarias, revelando que la interacción de la insatisfacción corporal aunada a la influencia del grupo de pares puede modificar la dieta de los sujetos.

1.7.2. Sueño y obesidad

Uno de los cambios que se han observado en sociedades industrializadas ha sido la disminución de las horas destinadas al sueño nocturno. La disponibilidad de la luz eléctrica, aparatos tecnológicos, mayor demanda laboral y los viajes, se han asociado con este fenómeno (Rajaratman 2001). Lo anterior es relevante, pues diversos estudios han indicado que la disminución de la cantidad de sueño nocturno sería un factor de riesgo para ganancia de peso y desarrollo de obesidad en adultos y niños.

Datos observacionales y experimentales recientes respaldan la hipótesis que sostiene que un inadecuado patrón de sueño, ya sea en cantidad, calidad u horario, podría contribuir a alteraciones metabólicas tempranas, que derivan en una mayor ganancia de peso y riesgo de obesidad. (Knutson 2008).

La evidencia al respecto se basa en la coincidencia entre el notable aumento en las cifras de obesidad y sobrepeso y el incremento en la prevalencia de falta de sueño, caracterizada por el menor tiempo destinado a dormir diariamente y mantenido crónicamente.

Estudios epidemiológicos en distintas poblaciones han mostrado que una menor cantidad de sueño se asocia negativamente con el índice de masa corporal y determina un mayor riesgo para obesidad. (Nielsen 2011)

Los cambios en la organización de los estados de sueño, como consecuencia de una restricción o disminución de la calidad del sueño, sugieren que dicha organización podría relacionarse con los mecanismos que median el efecto de la restricción del sueño sobre la ganancia de peso y la obesidad, incluso, se ha propuesto que la relación entre sueño y obesidad podría relacionarse con un desbalance en patrones neuroendocrinos reguladores del apetito y el balance energético.

Algunos autores han mostrado que bastaría una sola noche de privación de sueño para que la concentración plasmática de grelina y la sensación de hambre diurnas aumenten significativamente. (Schmid 2008)

Consistente con esos cambios, hombres expuestos a una restricción del sueño presentan una mayor ingesta alimentaria, además de un menor gasto energético relacionado a la actividad física en condiciones de laboratorio. Un estudio epidemiológico de una muestra de 1.024 adultos reportó que una cantidad de sueño reducida (< 8 horas/noche) se asoció con menor nivel de leptina y mayor índice de grelinemia (Chaput 2007).

En 1999, Van Cauter y su equipo dejaron dormir solo cuatro horas durante seis noches seguidas a hombres jóvenes sanos; en las seis noches posteriores les permitieron descansar durante 12 horas. En ambas situaciones experimentales inyectaron al quinto día una solución de azúcar. Después de un fuerte aumento de la concentración de azúcar en sangre, la glucosa volvió a disminuir de forma gradual en todos los casos, aunque en los participantes que no habían dormido se reducía de forma más lenta que en los que habían descansado bien.

En 2004, Van Cauter y su equipo analizaron la sangre de dos grupos de varones jóvenes que habían dormido cuatro y nueve horas, respectivamente, durante dos noches. En el grupo que había dormido menos, la concentración de la hormona grelina se elevó en un 30 por ciento. Dicha hormona, sintetizada sobre todo por el estómago, provoca sensación de hambre, también se encontró una disminución en la tolerancia a la glucosa y la sensibilidad a la insulina, incrementándose de esta forma el hambre en el grupo.

1.7.3. Ansiedad

La cantidad de investigaciones que relacionan a la obesidad con problemas de salud médicos es amplia, no obstante, poca importancia se le ha dado a la relación existente entre esta enfermedad y las alteraciones psicológicas que puede causar.

La obesidad, genera una carga psicológica importante en las personas, relacionada directamente con el sufrimiento experimentado por los estigmas sociales, como son las críticas hacia la dieta, la actividad física y la imagen corporal del individuo con sobrepeso, motivo por el cual las personas con obesidad encuentran una mayor dificultad para participar en eventos sociales y deportivos.

Existen investigaciones (Mohammad 2005) que demuestran que las personas con sobrepeso tienden a ser desempleadas, con propensión a fumar, a tener una vida sedentaria, poco apoyo emocional, un autoconcepto pobre con respecto a su salud y con un escaso locus de control interno (poca sensación de tener influencia sobre la propia salud y su conducta) en comparación con las personas que cuentan con un peso normal.

Lo anterior, fue corroborado por Ríos Martínez y Cols. (2008) al estudiar a 296 pacientes obesos, demostrando la relación que existe entre depresión, bienestar físico y satisfacción con la imagen corporal; esto es, a mayor depresión menor bienestar físico (mayores achaques, molestias y dolores) y poca satisfacción con la imagen corporal en los pacientes obesos. De igual forma, se encontró que a mayor descontento con el peso, mayor insatisfacción con su figura, bienestar físico, imagen corporal e imagen social.

En dicho estudio aplicaron las escalas de Beck y Hamilton (depresión y ansiedad

respectivamente) y un cuestionario de calidad de vida, lo cuales arrojaron que los pacientes obesos presentan niveles de depresión y ansiedad leves. Sin embargo, en la entrevista clínica se percibe que los rasgos depresivos tienden a ser de moderados a severos, lo cual implica que pueden llegar en una actitud defensiva y negadora ante la exposición a su problema de obesidad, esto se puede corroborar con la insatisfacción encontrada en su calidad de vida.

1.7.4. Actividad física y obesidad

El riesgo cardiovascular relacionado con el sobrepeso y la obesidad en personas adultas, está condicionado en gran medida por el nivel de condición física que se posee en la infancia y adolescencia (Wärnberg, 2006).

Los beneficios de la actividad física de intensidad baja a moderada constituyen la base del estilo de vida físicamente activo, que debe incorporar su realización durante un mínimo de 30 minutos diarios y que formen parte de la vida cotidiana, sustituyendo horas de televisión, y juegos sedentarios, por otras de mayor gasto energético.

Entre los beneficios aportados, está la disminución de la mortalidad, con independencia de sus efectos sobre el peso. Por lo tanto, el fomento de la actividad física debe ser utilizado en la prevención de la obesidad a cualquier edad. La actividad física retrasa o previene la ganancia de peso que normalmente se produce con los años (ACSM, 2009).

Son numerosos los autores que afirman que la mejor opción en la pérdida de peso en sujetos obesos es mediante la combinación de una alimentación adecuada con una práctica regular y estructurada de actividad física, sin embargo, hay opiniones encontradas sobre si el control de la dieta por sí solo es suficiente, o el papel del ejercicio es imprescindible. Se ha demostrado que cuando el déficit de energía se mantiene constante, y los agentes externos son controlados, el ejercicio puede inducir de forma significativa la pérdida de peso. De hecho se realizó un estudio (Ross et al., 2000) en donde los participantes realizaron un programa de 12 semanas, según cuatro grupos, uno con dieta, otro con ejercicio y una dieta hipocalórica, otro solo con ejercicio y un grupo control.

El ejercicio consistía en 60 minutos de trabajo aeróbico y la ingesta calórica en los grupos que se controló era de 700 kcal. Los resultados mostraban una pérdida de peso de 7,5 kg para el grupo con control dietético y físico, y 7,4 kg para el grupo que solo tenía controlada la dieta. Aunque los datos pueden parecer similares, se observó un incremento del 16% de mejoría a nivel cardiovascular sólo en los grupos que realizaban ejercicio físico, poniendo de manifiesto una vez más, la importancia de la actividad física para esta población.

La valoración de la estrategia más eficaz para la pérdida de peso ha sido una constante, siendo diferentes estudios los que marcan el beneficio de la conjunción de dieta y ejercicio (Amati et al., 2008; Volpe et al., 2008). Por lo tanto, es conveniente que ambos aspectos se complementen, o bien si solo se emplea el ejercicio para reducir peso, que al menos se controle la ingesta de energía, ya que la ingesta suele ser mayor cuando se realiza un programa de ejercicio, pues tiende a ser proporcional al gasto energético, lo que podría tener como consecuencia un balance negativo (Staten, 1991).

Un dato interesante, es que la actividad física tiende, tanto en hombres como en mujeres, a proporcionar efectos benéficos sobre el índice cintura / cadera, reduciéndolo significativamente en comparación con sujetos sedentarios (Valenzuela, 2002).

CAPÍTULO II

Materiales y Métodos

2.1. Método general

2.1.1. Planteamiento del problema

Durante los últimos 10 años, diversas investigaciones han mostrado que la población general y los profesionales de la salud, identifican a las personas con sobrepeso como personas sedentarias, que comen en exceso y son responsables de su problema. No obstante, existe un rezago en los estudios dirigidos a las personas que padecen el sobrepeso, para saber cuáles son los factores que consideran como causa de su padecimiento.

2.1.2. Objetivos

Identificar cuáles son los principales factores a los que atribuyen el sobrepeso y la obesidad varones de 18 a 65 años, con normopeso, sobrepeso y obesidad.

2.1.3. Hipótesis

Las atribuciones de los hombres con normopeso y sobrepeso estarán relacionadas con la voluntad.

2.1.4. Variables

Normopeso, sobrepeso y obesidad.

2.1.4.1. Definición conceptual

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2) (NOM 174-SSA1-1998).

Como se mencionó anteriormente, un IMC entre 18.5 y 25 determina normopeso, IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso y IMC igual o superior a 30 indica obesidad, según la definición de la OMS (2011).

2.1.5. Diseño y alcance de la investigación

Se empleó un diseño de investigación no experimental, descriptivo.

2.1.6. Participantes

Se seleccionaron, de manera intencional no-probabilística, 300 hombres con un intervalo de edad de 18 a 65 años ($M = 31.45$, $DE = 8.361$).

Por auto-reporte, los participantes dijeron tener sobrepeso ($n = 100$), obesidad ($n = 100$) y normopeso ($n = 100$). El 42.0% dijo no realizar ejercicio mientras que el 58.0% dijo si hacerlo un promedio de 3 días a la semana. Respecto de la alimentación, el 41.7% dijo comer de manera no-saludable mientras que el 58.3% dijo hacerlo de manera saludable o muy saludable. Asimismo, cerca del 80% de los participantes reportó no tener antecedentes de obesidad en su familia cercana (abuelos, hijos o padres, etc.).

2.1.7. Materiales

Se utilizó un instrumento de lápiz y papel de aplicación individual, el cual consta de 45 reactivos calificados en escala likert, que va de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo, véase anexo 1.

El instrumento utilizado fue creado en el año 2017 por Jonathan Esquivel, al ser un instrumento nuevo no se ha probado su validez. La confiabilidad se obtuvo mediante el Alfa de Cronbach, que indicó un $\alpha .729$ para 45 ítems, dichos ítems fueron organizados teóricamente con la literatura revisada, se agruparon en factores llamados hábitos, personalidad y voluntad, medio obesogénico, genética, y educación.

Para obtener la pureza de los ítems, se eliminaron los que puntuaron debajo de $\alpha .200$

2.1.8. Procedimiento

Se contactó de manera personal a los sujetos entrevistados, en las calles ubicadas dentro de los límites de la delegación Azcapotzalco (principalmente en la zona industrial Vallejo), se les explicó brevemente el objeto del estudio y la manera de responder el instrumento aplicado (véase anexo), al finalizar dicha aplicación se revisó el cuestionario para verificar que todos los ítems estuvieran respondidos.

Cabe mencionar que el tiempo del estudio disminuyó de manera considerable al ser aplicado en zonas industriales y de oficinas (puestos de comida ubicados alrededor), debido a que los entrevistados llevaban a sus compañeros de trabajo para que participaran; el ambiente generado durante la aplicación del cuestionario permitió que los encuestados se sintieran más cómodos al responder.

2.1.9. Resultados

Un análisis de fiabilidad mediante el Alfa de Cronbach indicó un α .729 para 45 ítems. Se utilizó el alfa de Cronbach para estimar la fiabilidad del instrumento, para asegurarnos de que midieran el mismo constructo y verificar que los ítems estuvieran correlacionados. Siendo la fiabilidad de la escala la que se presenta enseguida.

En el factor Hábitos se obtuvo un alfa de Cronbach de α .798 para 12 ítems (1, 2, 5, 8, 13, 18, 29, 35, 38, 41, 44, 45) oscilando entre .254 y .557

En el factor Medio Obesogénico se obtuvo un alfa de Cronbach de α .700 para 8 ítems (3, 9, 12, 22, 23, 25, 31, 36), dado que un ítem puntuó por debajo de .200 se eliminó (23), un nuevo análisis indicó un α .754 para 7 ítems oscilando entre .300 y .574

En el factor Genética se obtuvo un alfa de Cronbach de α .721 para 7 ítems (4, 10, 14, 21, 28, 32, 39) oscilando entre .245 y .597

En el factor Personalidad y Voluntad se obtuvo un alfa de Cronbach de α .415 para 7 ítems (6, 17, 19, 26, 34, 40, 43), se eliminaron dos ítems por estar por debajo de .200 (06 y 34). Un nuevo análisis indicó un α .686 par 5 ítems oscilando entre .324 y .554

En el factor Educación se obtuvo un alfa de Cronbach de α .429 para 11 ítems (7, 11, 15, 16, 20, 24, 27, 30, 33, 37, 42). Dado que 8 ítems puntuaron por debajo de .200 se eliminaron (7, 11, 16, 24, 27, 33, 37 y 42), un nuevo análisis indicó un α .712 para 3 ítems (15, 20 y 30) oscilando entre .533 y .539

Se sumaron todos los ítems de cada uno de los factores con el fin de obtener un puntaje total a partir del cual examinar su distribución.

HAB, M = 3.52, DE = .548, IC 95% [3.4651, 3.5901].

MOB, M = 3.60, DE = .575, IC 95% [3.5365, 3.6675].

GEN, M = 3.15, DE = .610, IC 95% [3.0825, 3.2214].

PyV, M = 3.43, DE = .666, IC 95% [3.3630, 3.5146].

EDU, M = 3.03, DE = .841, IC 95% [2.9355, 3.1269].

Se realizó una ANOVA de medidas repetidas de un factor con el fin de comparar las medias de los cinco factores. No se encontró esfericidad ($W = .151$, $p < .001$), por lo tanto se reporta Greenhouse-Geisser, $F(1.947, 580.086) = 41.535$, $p < .001$, $\eta^2 = .122$, potencia observada = 1.00. Comparaciones múltiples de Bonferroni muestran diferencias estadísticamente significativas en casi todos los pares examinados.

Posteriormente, se obtuvo el promedio de los factores que representan la responsabilidad (RESPON) del sujeto respecto de su IMC (sobrepeso u obesidad): HAB y PyV. Mientras que los otros tres factores: MOB, GEN y EDU, representan la no-responsabilidad (NO-RESPON).

Tabla 1

Comparaciones múltiples con el ajuste de Bonferroni entre las medias de los cinco factores examinados.

(I) Factores	(J) Factores	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	IC 95 %	
					LI	LS
HAB	MOB	-.074	.040	.636	-.187	.039
	GEN	.376*	.058	.000	.211	.540
	PyV	.089*	.030	.034	.004	.174
	EDU	.496*	.068	.000	.304	.689
MOB	GEN	.450*	.048	.000	.314	.586
	PyV	.163*	.051	.015	.019	.307
	EDU	.571*	.053	.000	.420	.722
GEN	PyV	-.287*	.065	.000	-.469	-.104
	EDU	.121*	.035	.006	.022	.219
PyV	EDU	.408*	.075	.000	.194	.621

Nota: HAB = Hábitos; MOB = Medio Obesogénico; GEN = Genética; PyV = Personalidad y Voluntad; EDU = Educación; IC = Intervalo de Confianza; LI = Límite Inferior; LS = Límite Superior.

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05

Una prueba ANOVA Multivariante de 2 (edad) x 3 (IMC) x 2 (ejercicio) x 2 (alimentación) con los cinco factores causales como variables dependientes, encontró diferencias estadísticamente significativas en la variable EDAD entre G1Edad (M = 3.64, DE = .505) y G2Edad (M = 3.39, DE = .563), $F(1, 299) = 7.378$, $p = .007$ en el factor HAB y en el factor PyV, G1Edad (M = 3.55, DE = .620) y G2Eda (M = 3.32, DE = .692), $F(1, 299) = 3.895$, $p = .049$.

En la variable IMC también se encontraron diferencias entre los tres grupos examinados en los cinco factores causales.

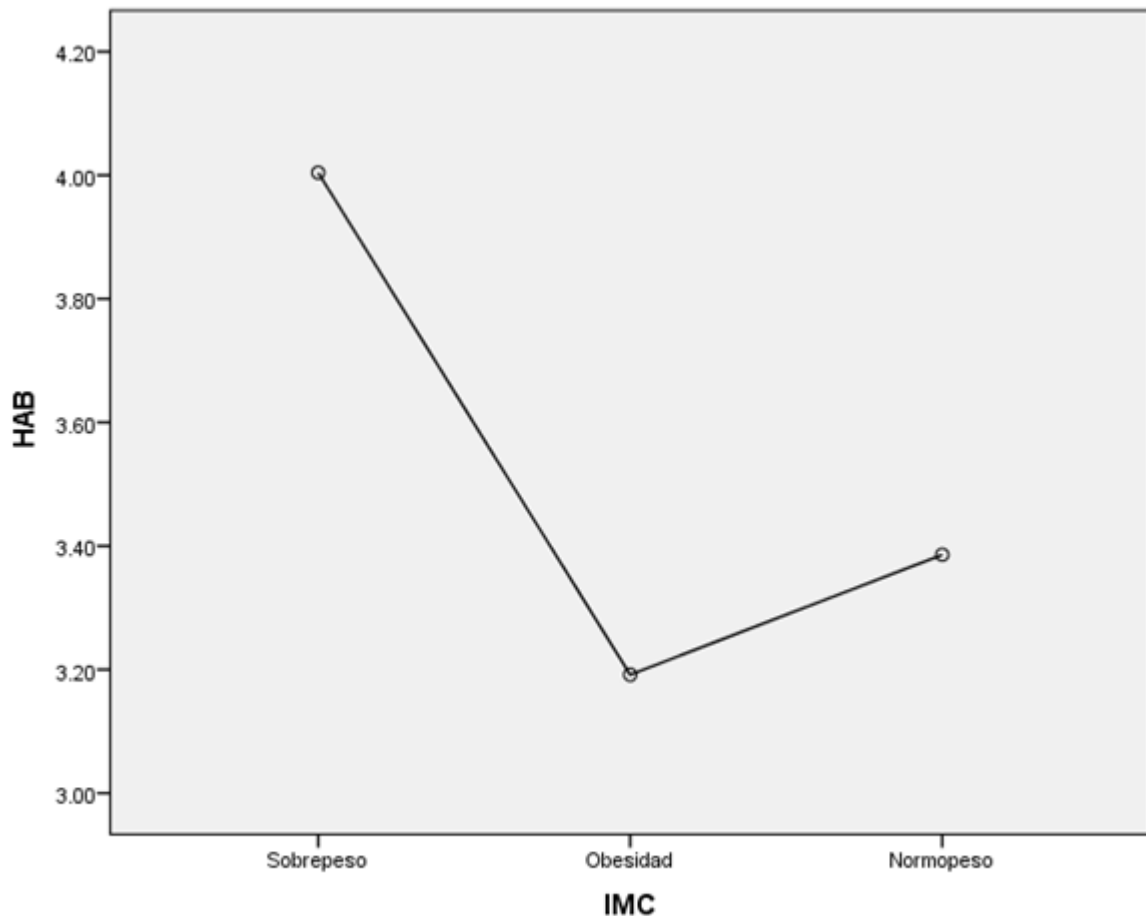


Figura 1. Medias de los tres grupos IMC en el factor HAB [$F(1, 299) = 85.425$, $p < .001$].

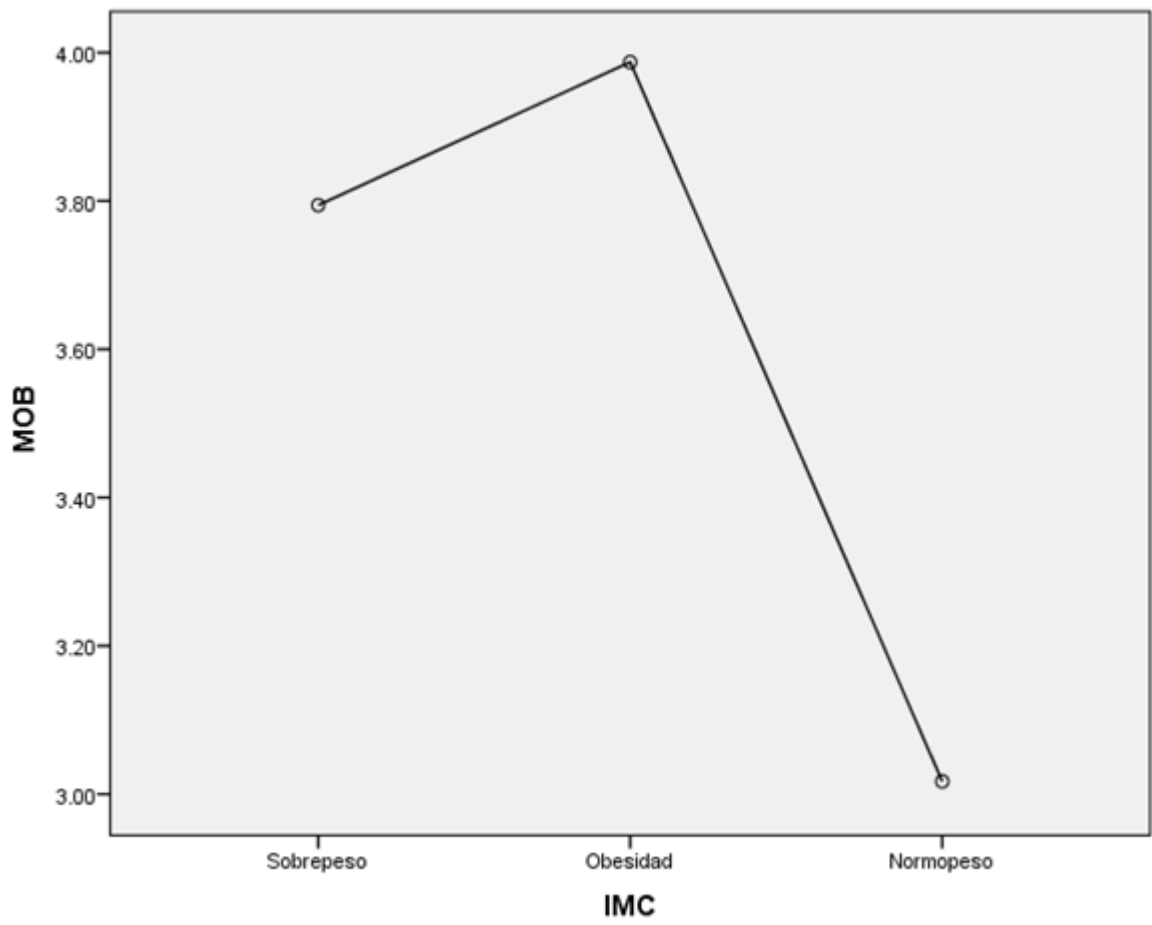


Figura 2. Medias de los tres grupos IMC en el factor MOB [$F(1, 299) = 92.145, p < .001$].

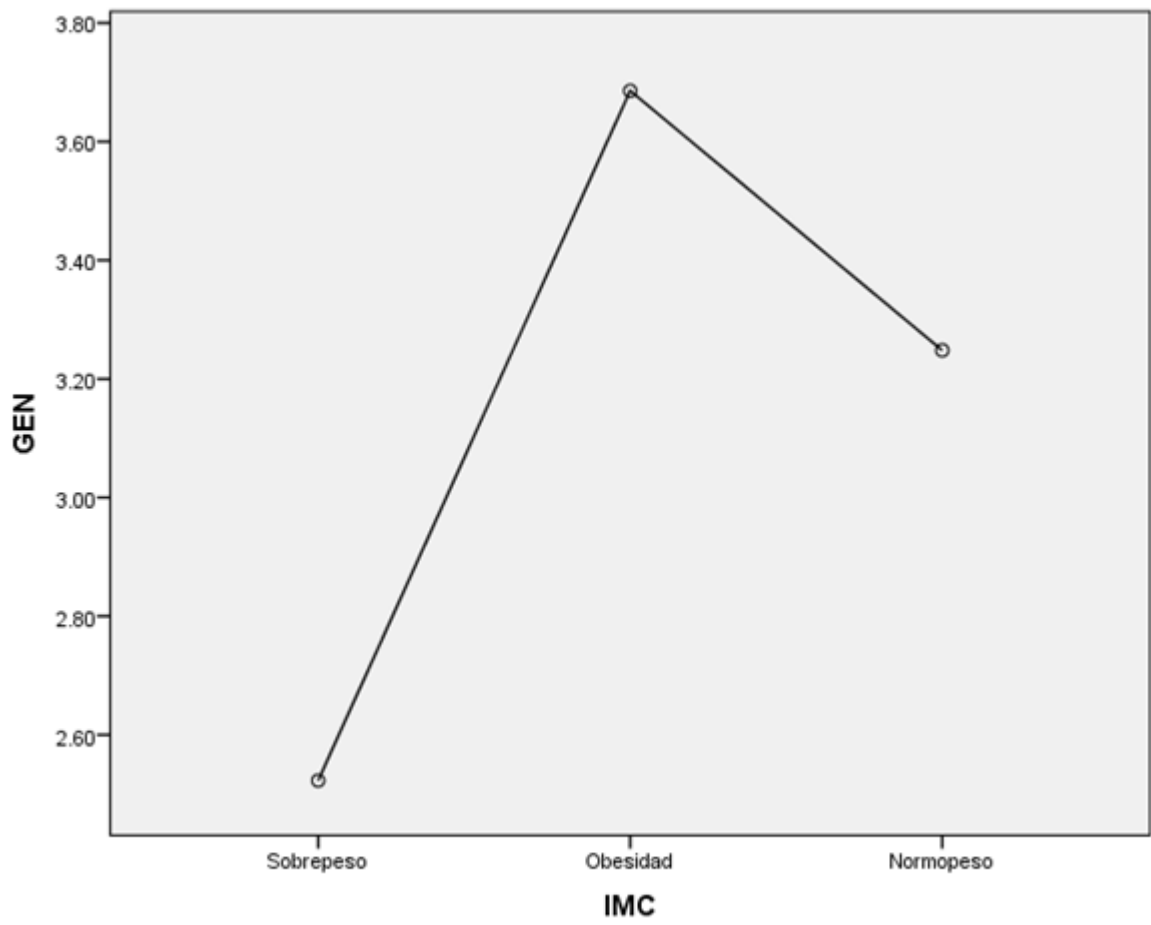


Figura 3. Medias de los tres grupos IMC en el factor GEN [$F(1, 299) = 193.015, p < .001$].

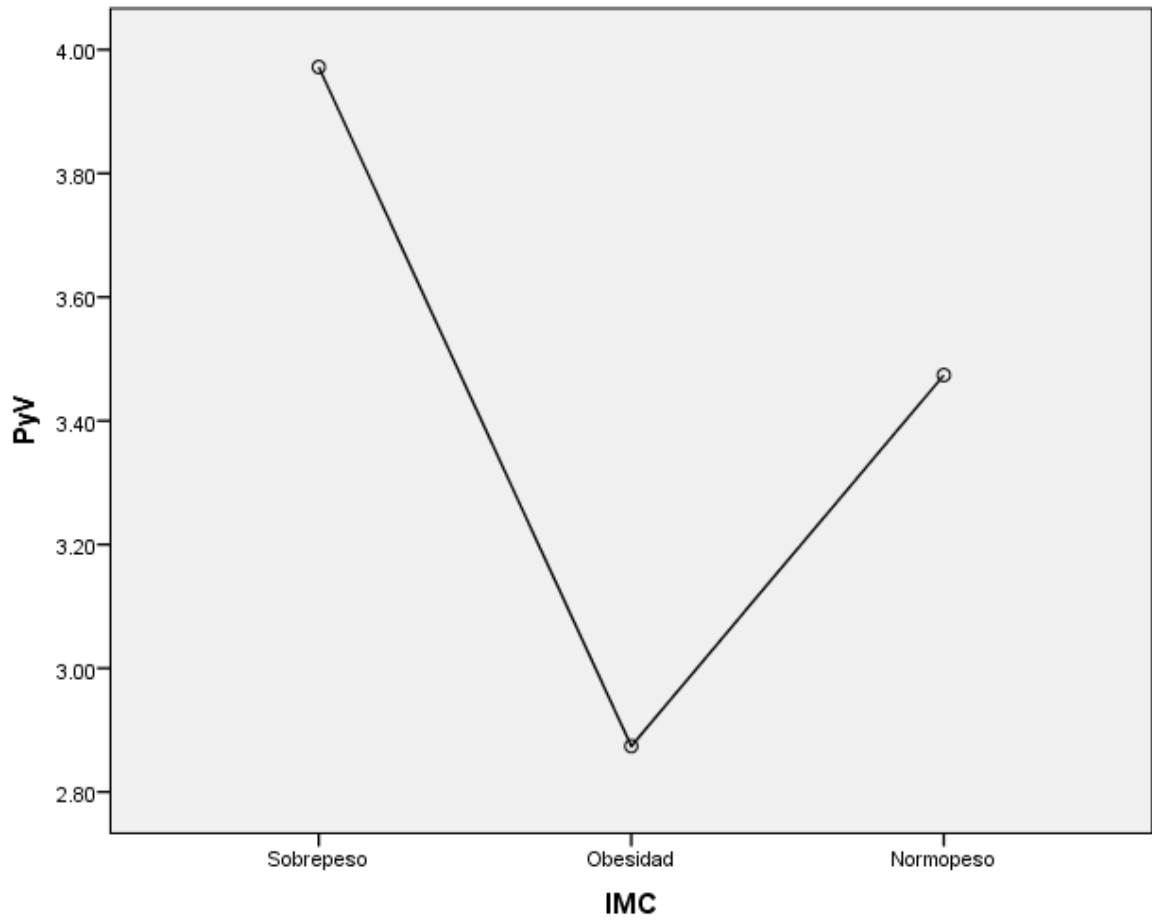


Figura 4. Medias de los tres grupos IMC en el factor PyV [$F(1, 299) = 109.294, p < .001$].

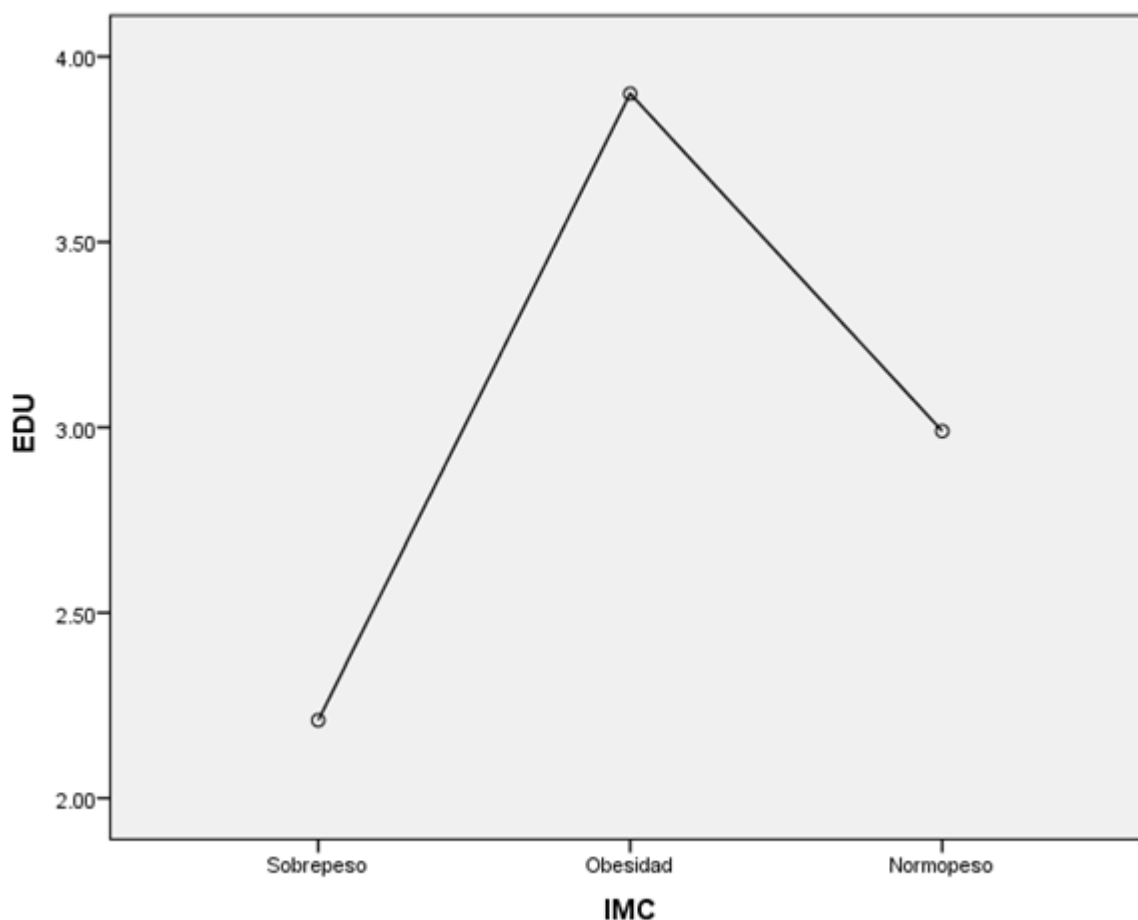


Figura 5. Medias de los tres grupos IMC en el factor PyV [$F(1, 299) = 246.284, p < .001$].

Respecto de la variable **Ejercicio** solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el factor PyV, $G_{1Ejercicio}$ ($M = 3.39, DE = .690$) y $G_{2Ejercicio}$ ($M = 3.47, DE = .645$), $F(1, 299) = 3.906, p = .049$.

En la variable Alimentación no se encontró ninguna diferencia en ninguno de los cinco factores examinados. A saber, el tipo de alimentación no afecta la respuesta de los sujetos.

En la interacción IMC * Edad se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los factores MOB y GEN, tal y como se observa en las figuras 6 y 7.

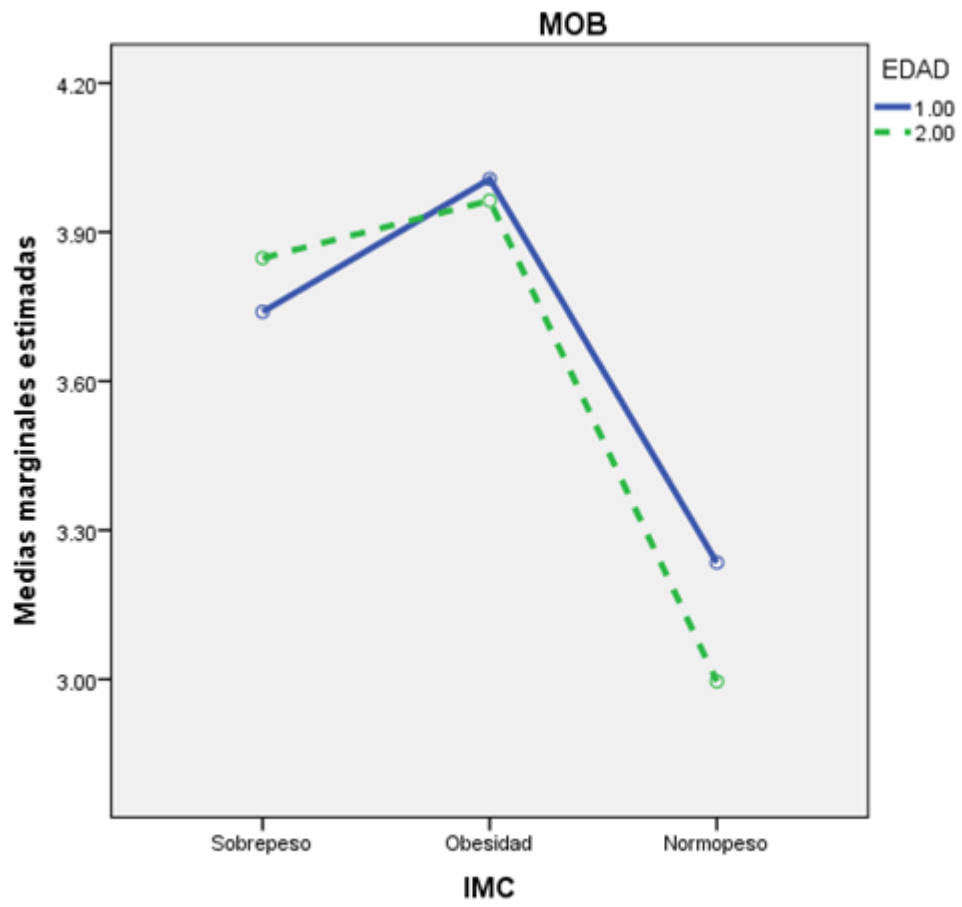


Figura 6. Interacción de las variables Edad y IMC [$F(2, 298) = 3.401, p = .035$].

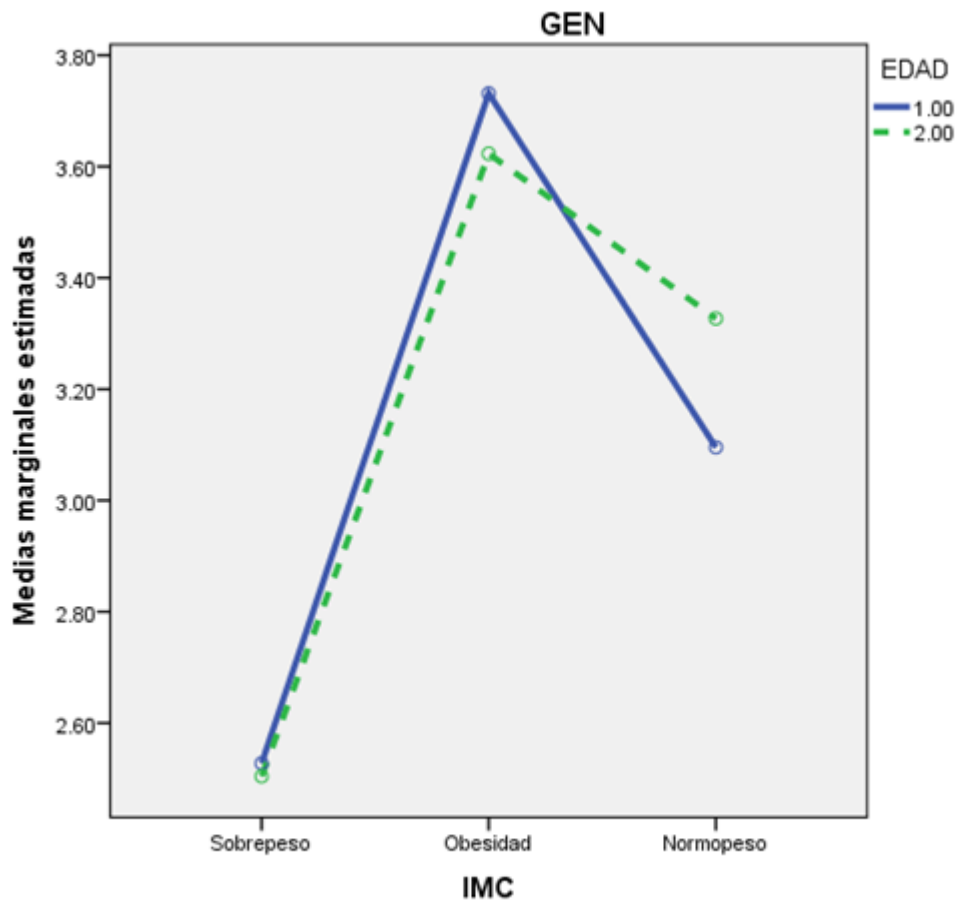


Figura 7. Interacción de las variables Edad y IMC [$F(2, 298) = 3.784, p = .024$].

En la interacción de las variables IMC * Ejercicio se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los factores MOB y PyV, tal y como se observa en las figuras 8 y 9.

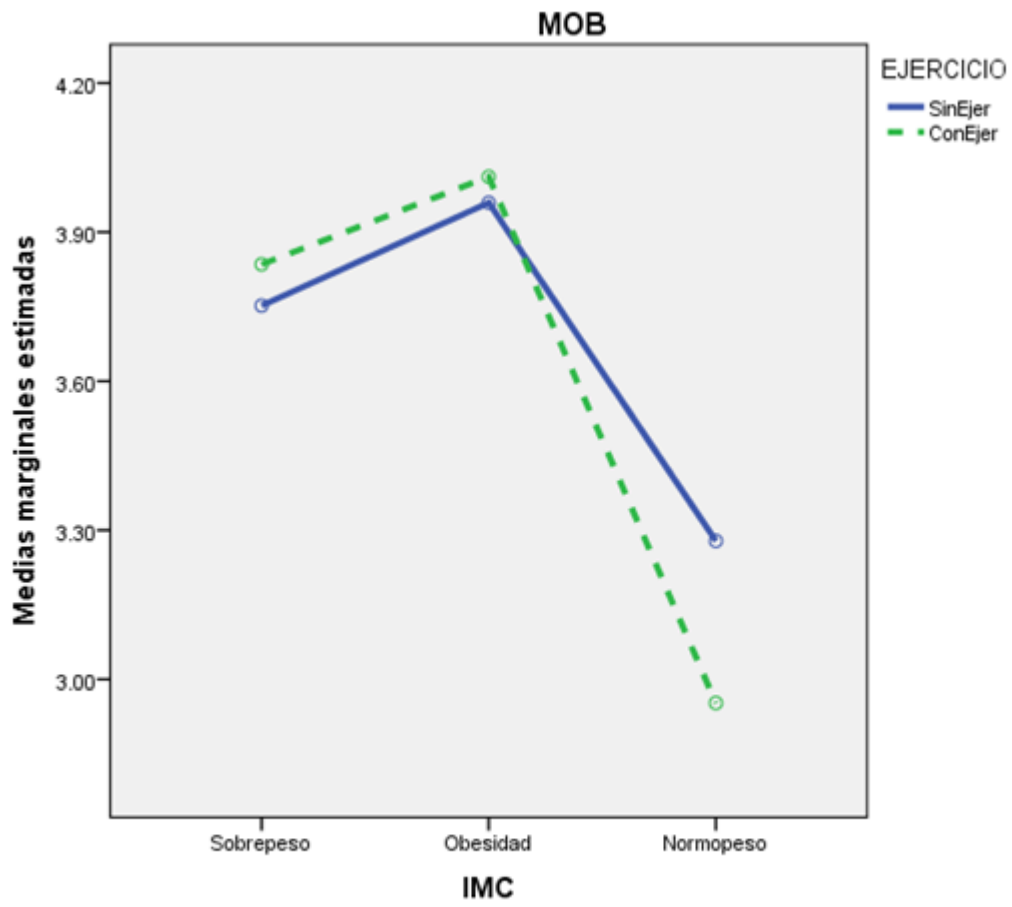


Figura 8. Interacción de las variables IMC y Ejercicio [$F(2, 298) = 5.663, p = .004$].

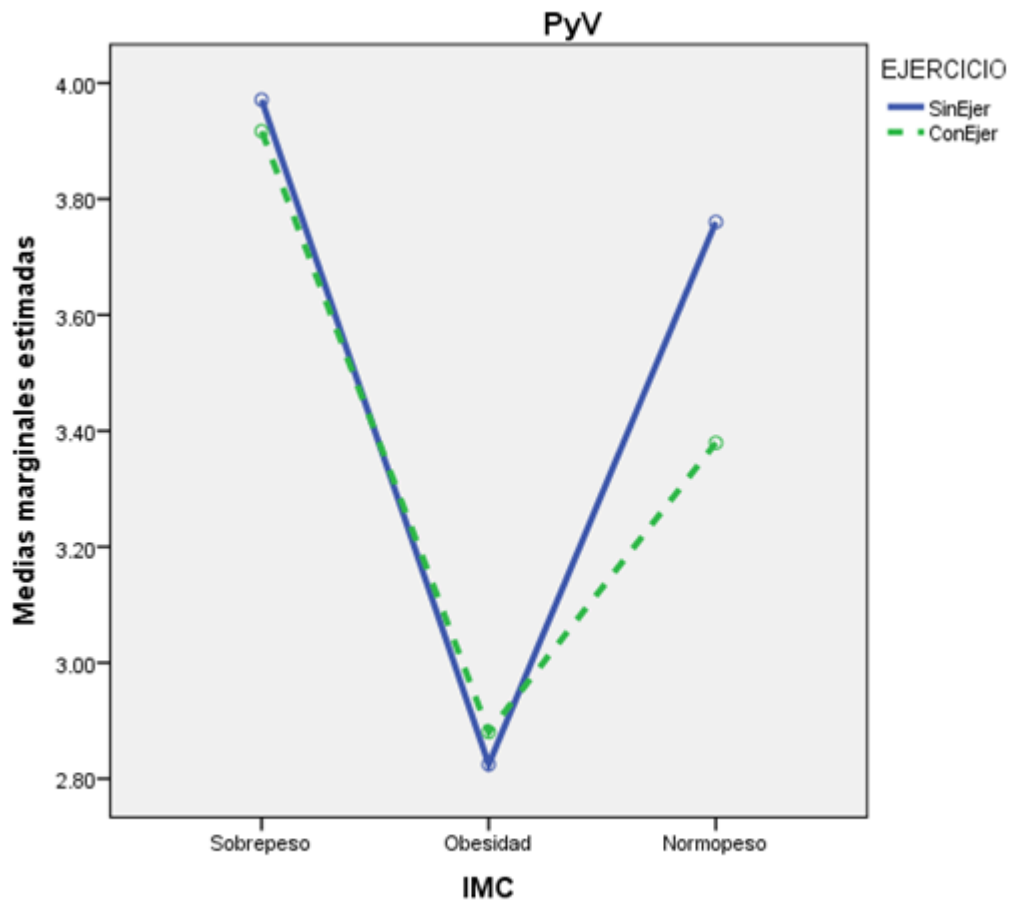


Figura 9. Interacción de las variables IMC y Ejercicio [$F(2, 298) = 3.919, p = .021$].

En la interacción de las variables IMC * Alimentación, Edad * Alimentación y en Ejercicio * Alimentación no se encontró diferencias en ninguno de los factores causales.

En la interacción Edad * Ejercicio solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el factor HAB, como se muestra en la figura 10.

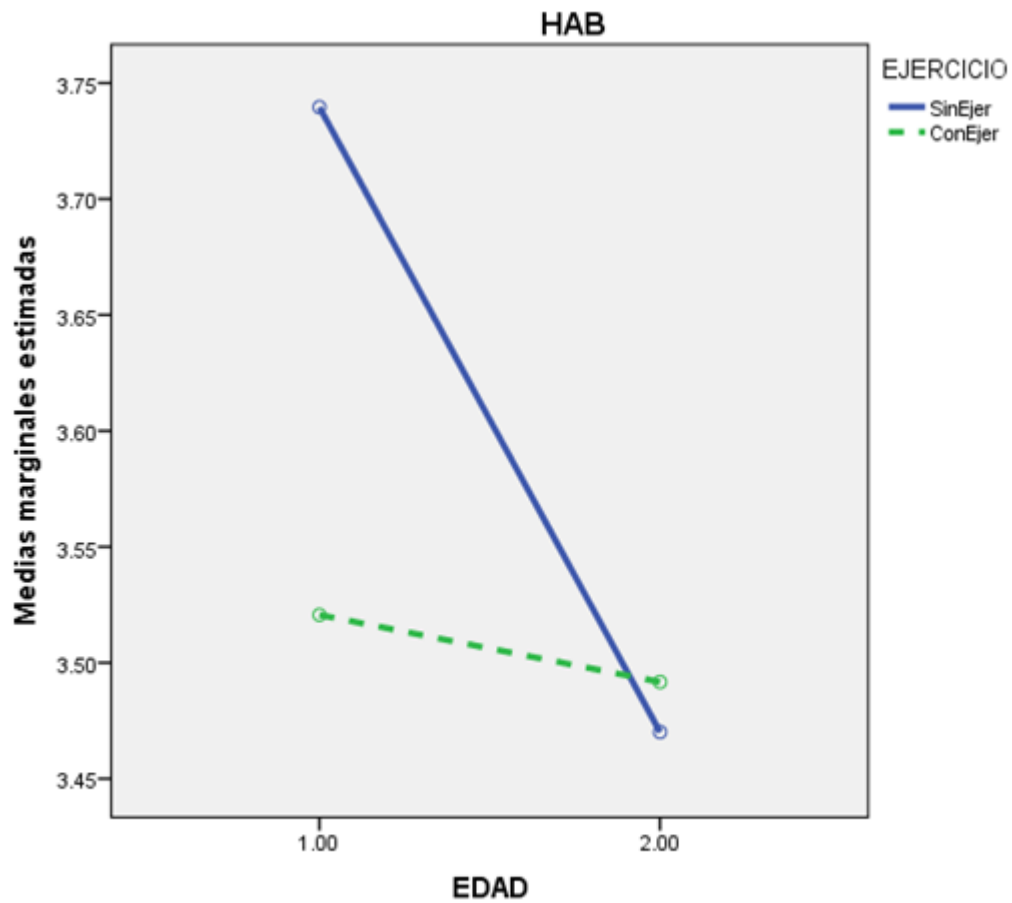


Figura 10. Interacción de las variables Edad y Ejercicio [$F(1, 299) = 4.794, p = .029$].

En la interacción de las variables IMC * Edad * Ejercicio se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los factores MOB (figuras 11a y 11b), $F(2, 298) = 3.426, p = .034$ y PyV (figuras 12a y 12b), $F(2, 298) = 3.729, p = .025$.

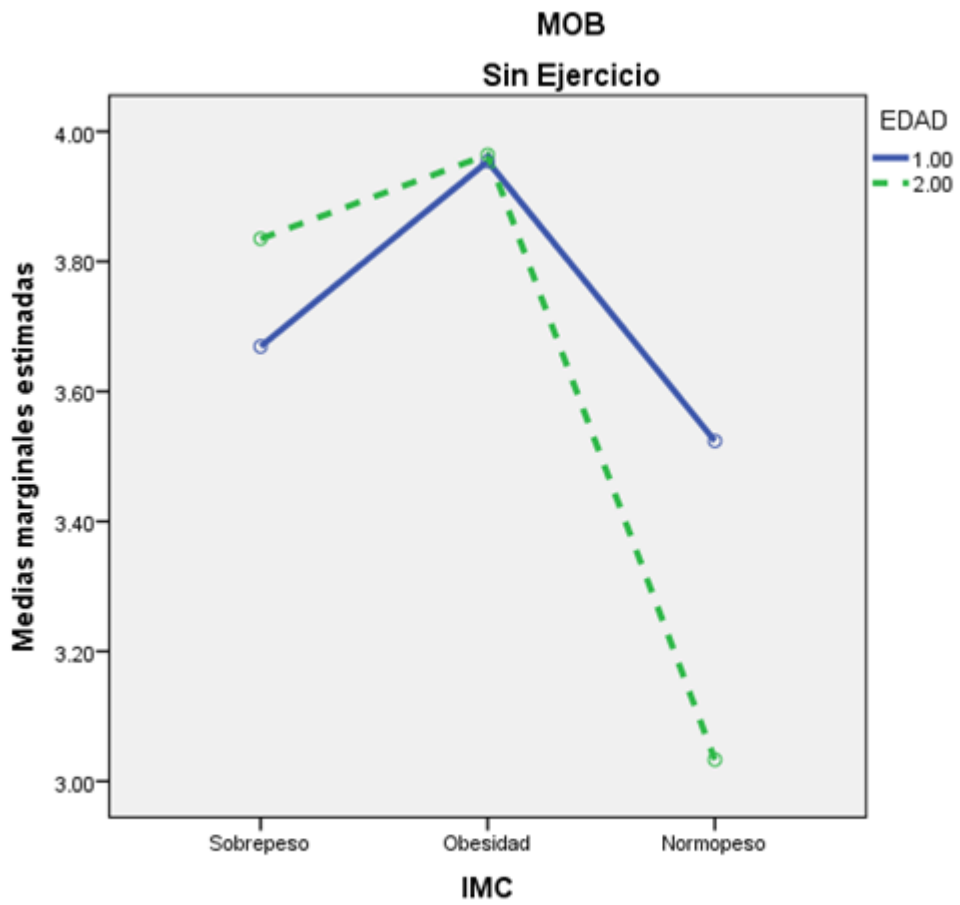


Figura 11a. Interacción de las variables Edad, IMC y Ejercicio.

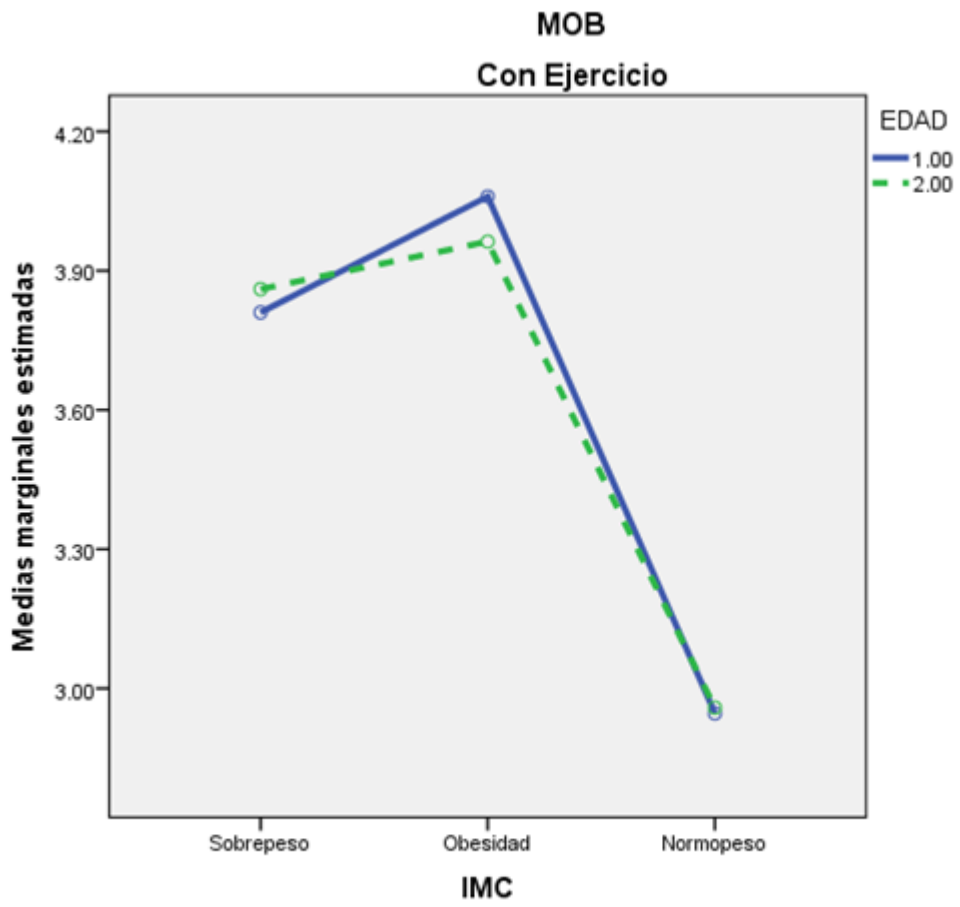


Figura 11b. Interacción de las variables Edad, IMC y Ejercicio.

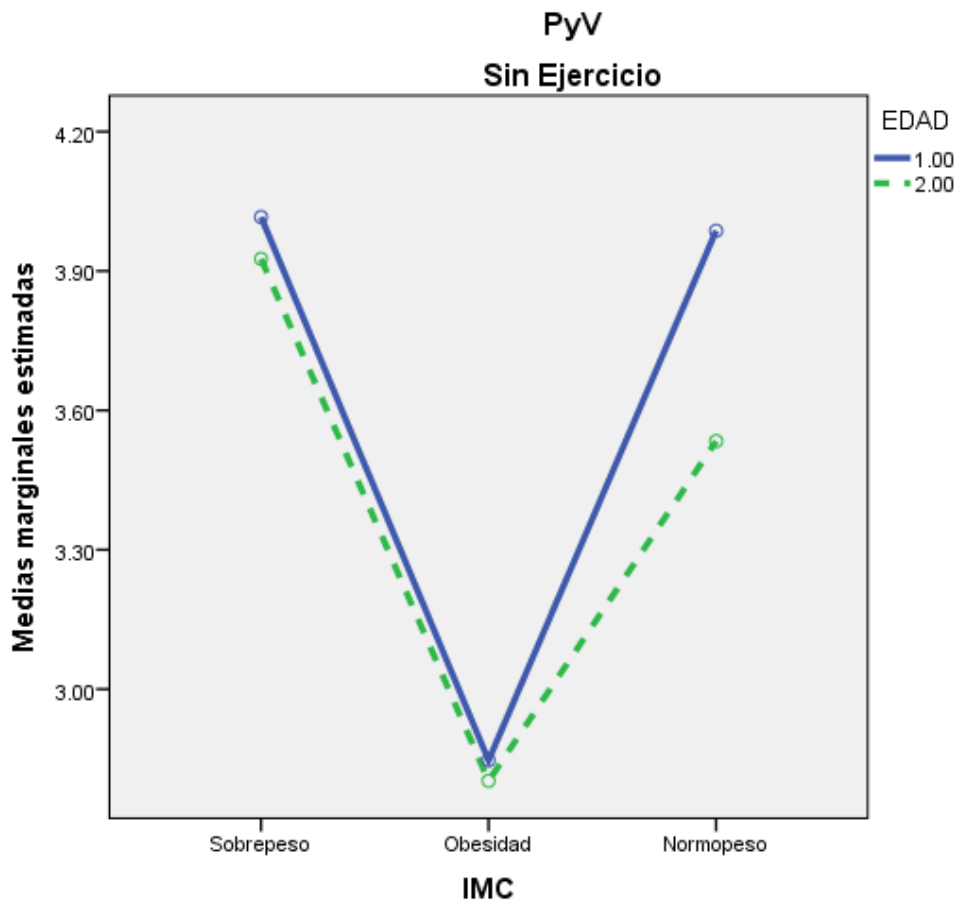


Figura 12a. Interacción de las variables Edad, IMC y Ejercicio.

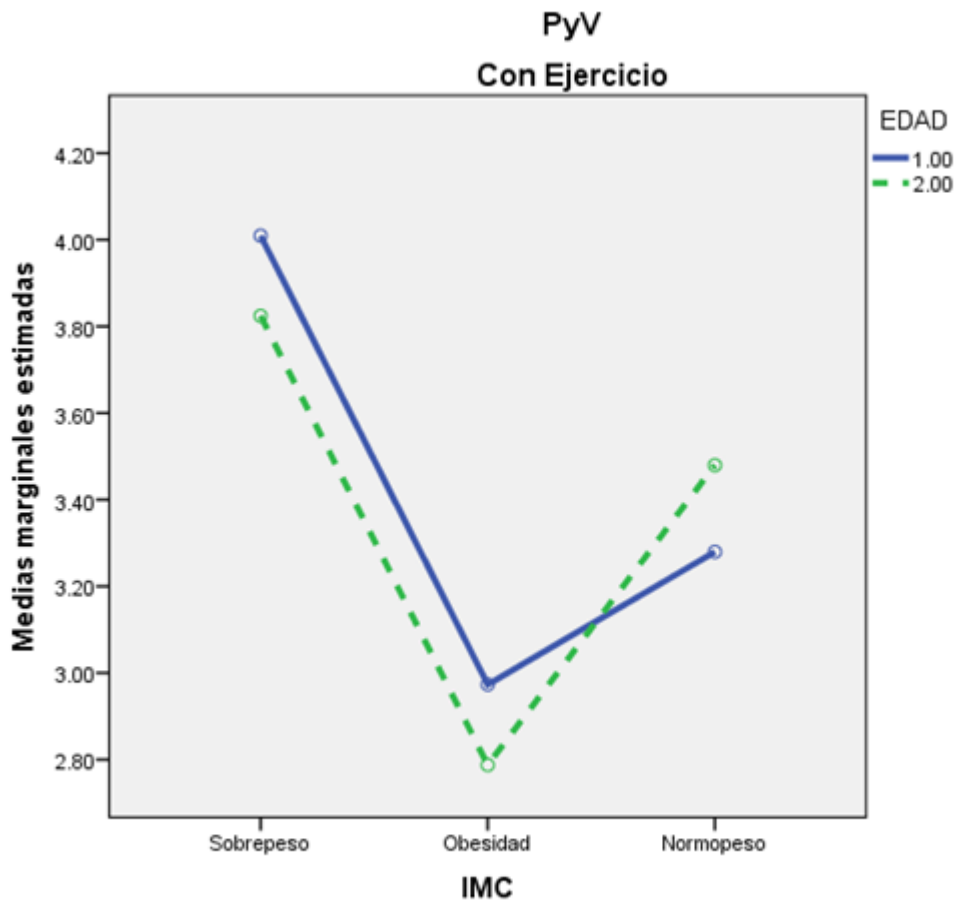


Figura 12b. Interacción de las variables Edad, IMC y Ejercicio.

En la interacción de las variables Edad * IMC * Alimentación, Edad * Ejercicio * Alimentación y Edad * IMC * Ejercicio * Alimentación no hay diferencias significativas.

En la interacción IMC * Ejercicio * Alimentación hay diferencias significativas en el factor PyV, $F(2, 298) = 5.361$, $p = .005$ (véanse figuras 13a y 13b).

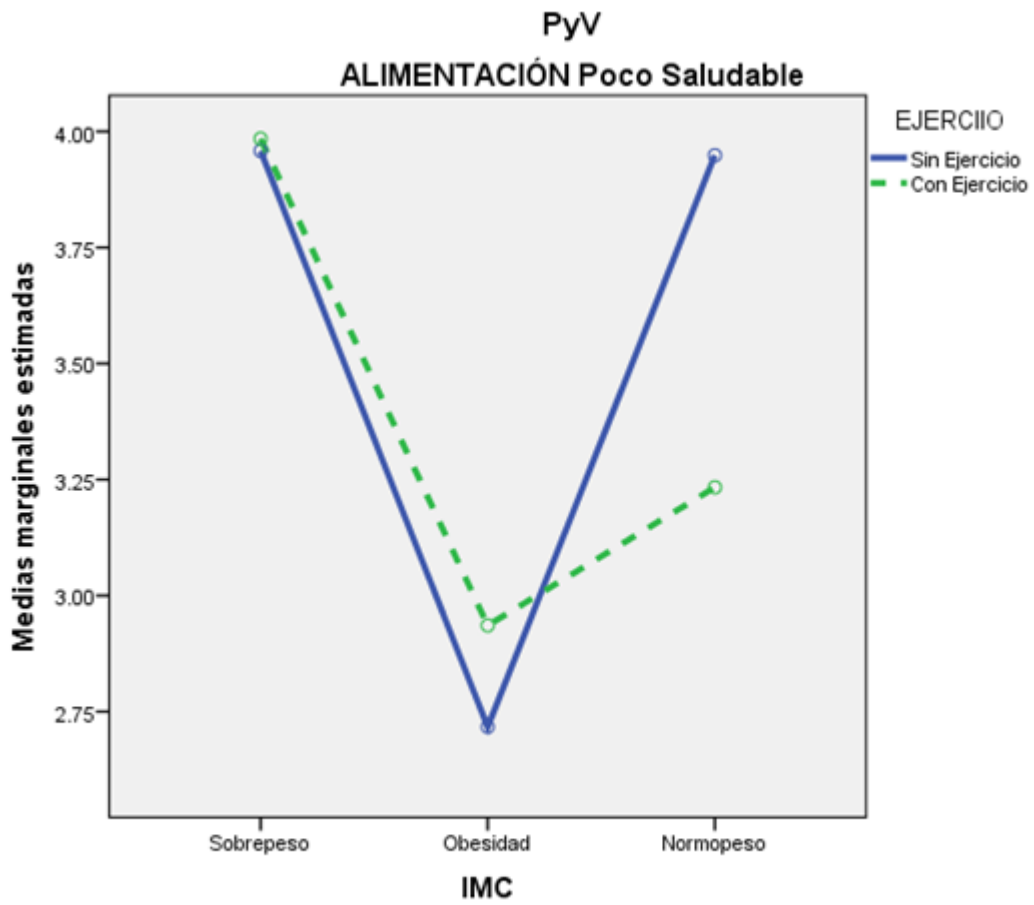


Figura 13a. Interacción de las variables IMC, Ejercicio y Alimentación Poco Saludable.

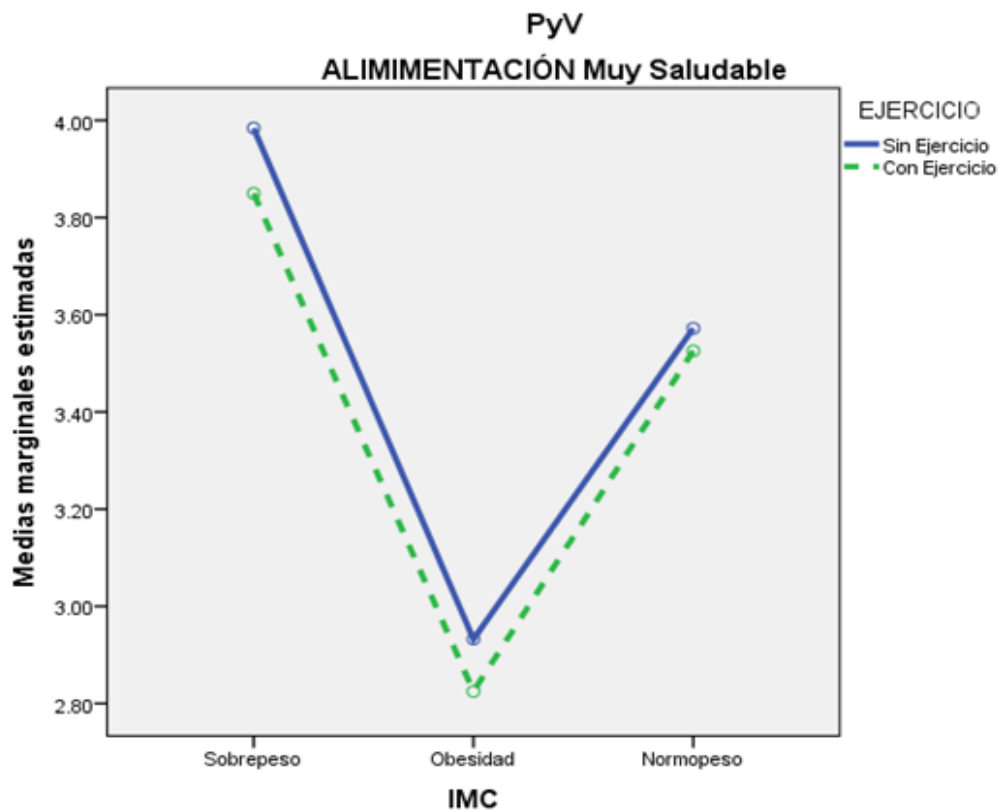


Figura 13b. Interacción de las variables IMC, Ejercicio y Alimentación Muy Saludable.

Una prueba ANOVA Multivariante de 2 (edad) x 3 (IMC) x 2 (ejercicio) x 2 (alimentación) con las dos dimensiones **Responsible** y **No-Responsible** como variables dependientes, encontró diferencias estadísticamente significativas en la variable **EDAD** entre G_{1Edad} ($M = 3.60$, $DE = .510$) y G_{2Edad} ($M = 3.36$, $DE = .567$), $F(1, 299) = 7.728$, $p = .006$ en la dimensión **Responsible**.

En la variable IMC se encontraron diferencias tanto en la dimensión **Responsible** entre Sobrepeso ($M = 3.98$, $DE = .136$), obesidad ($M = 3.03$, $DE = .308$) y normopeso ($M = 3.42$, $DE = .582$), $F(2, 298) = 138.091$, $p = .000$. Como **No-Responsible**: Sobrepeso ($M = 2.84$, $DE = .182$), obesidad ($M = 3.85$, $DE = .152$) y normopeso ($M = 3.08$, $DE = .393$), $F(2, 298) = 307.427$, $p = .000$.

Asimismo, se encontraron diferencias en la variable Ejercicio entre Sin-ejercicio ($M = 3.44$, $DE = .564$) y Con-ejercicio ($M = 3.51$, $DE = .541$) en la dimensión **Responsible**, $F(1, 299) = 5.162$, $p = .024$.

En la variable Ejercicio se encontraron diferencias estadísticamente significativas (véase figura 14).

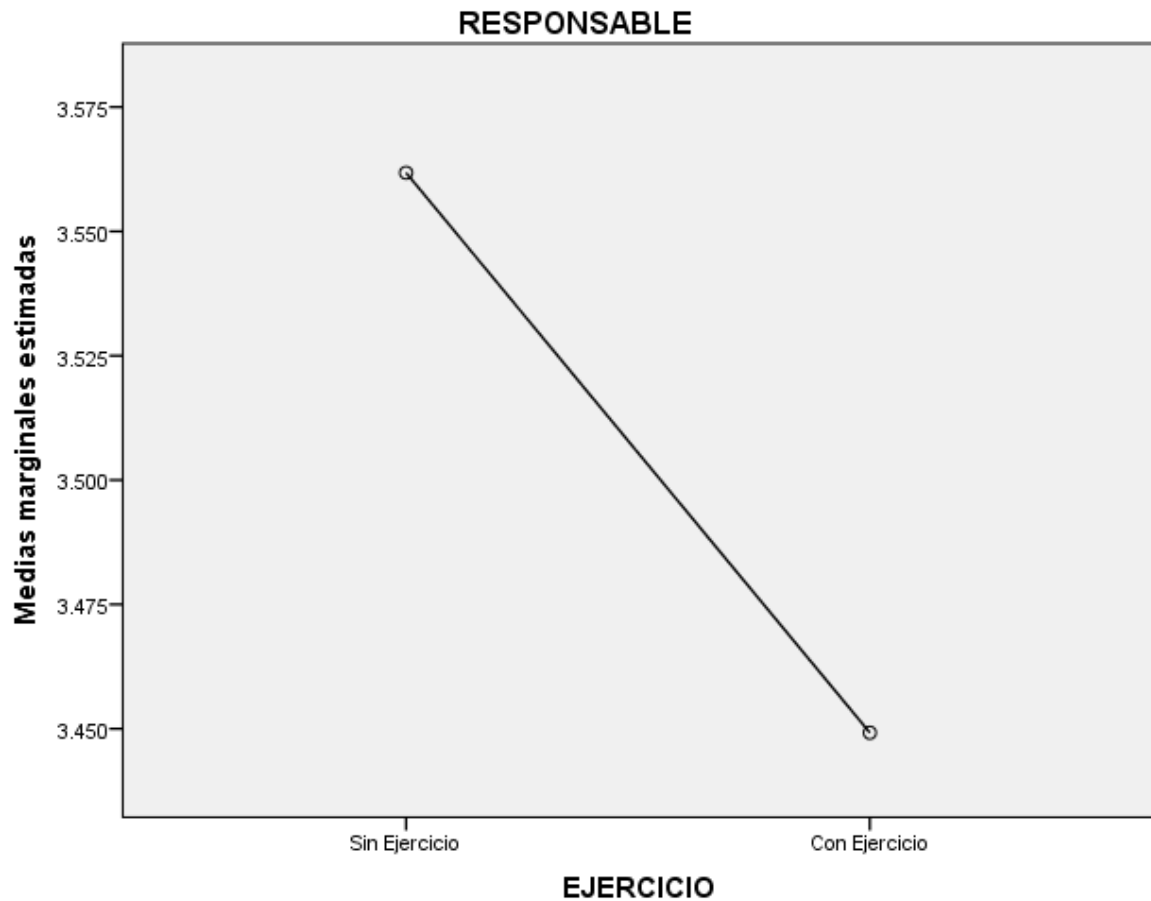


Figura 14. Interacción de las variables Ejercicio por la dimensión Responsable [$F(1, 299) = 5.162, p = .024$].

En la interacción de las variables Ejercicio * IMC y la dimensión Responsable se encontraron diferencias estadísticamente significativas (figura 15).

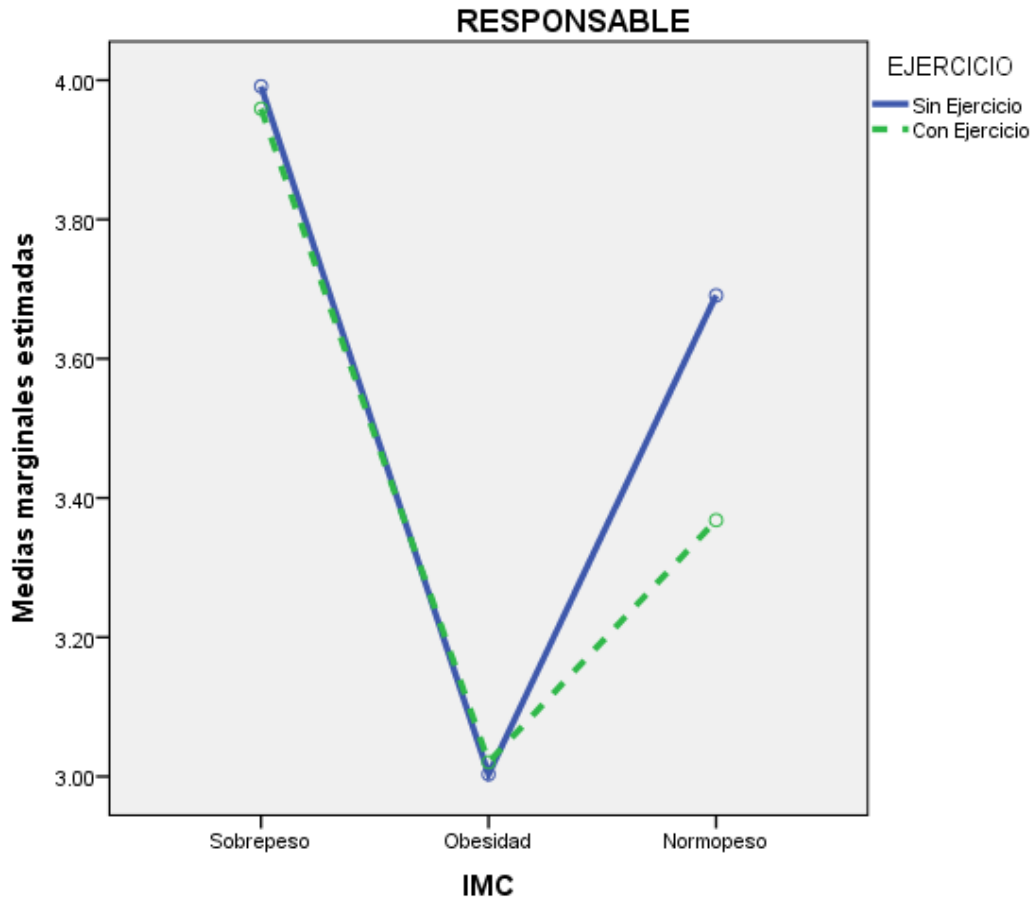


Figura 15. Interacción de las variables Ejercicio * IMC y la dimensión Responsable [$F(2, 298) = 4.247, p = .015$].

En la interacción de las variables Ejercicio * Edad * IMC y la dimensión Responsable se encontraron diferencias estadísticamente significativas, $F(2, 298) = 4.856, p = .008$. (Sin Ejercicio, figura 16a y Con Ejercicio, figura 16b).

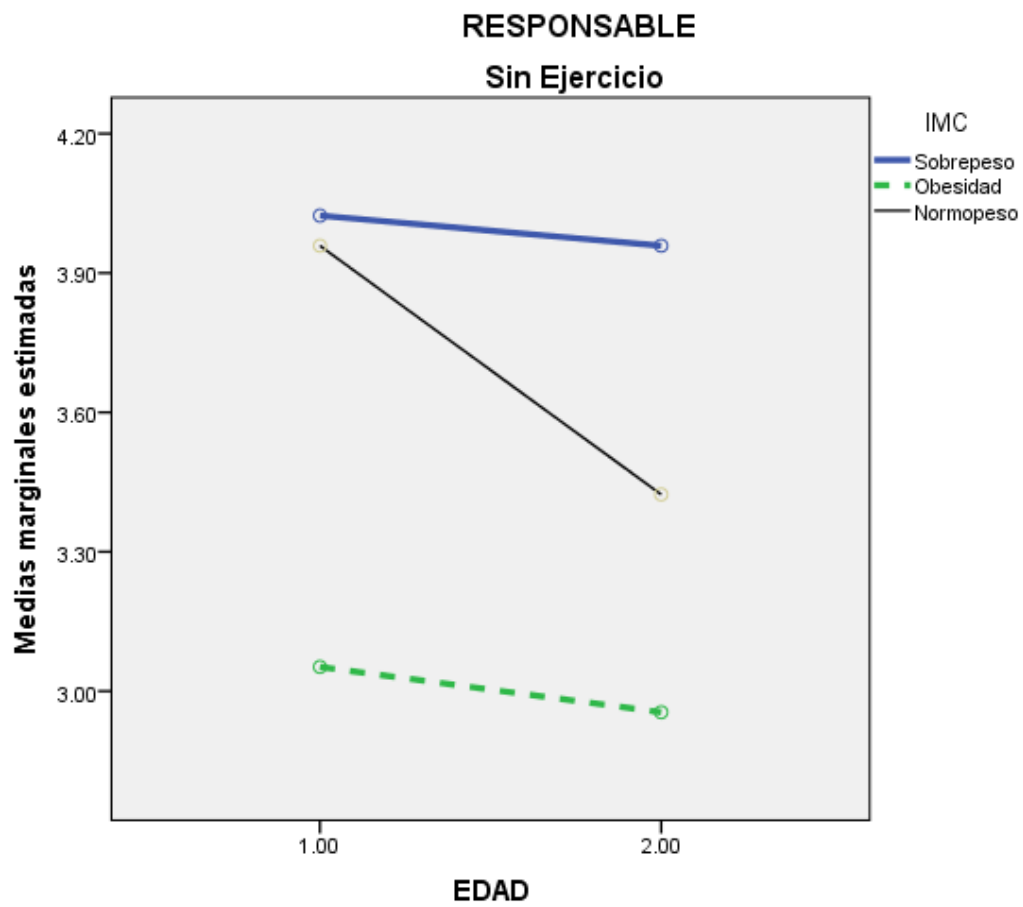


Figura 16a. Interacción de las variables Sin-Ejercicio * IMC * Edad y la dimensión Responsable.

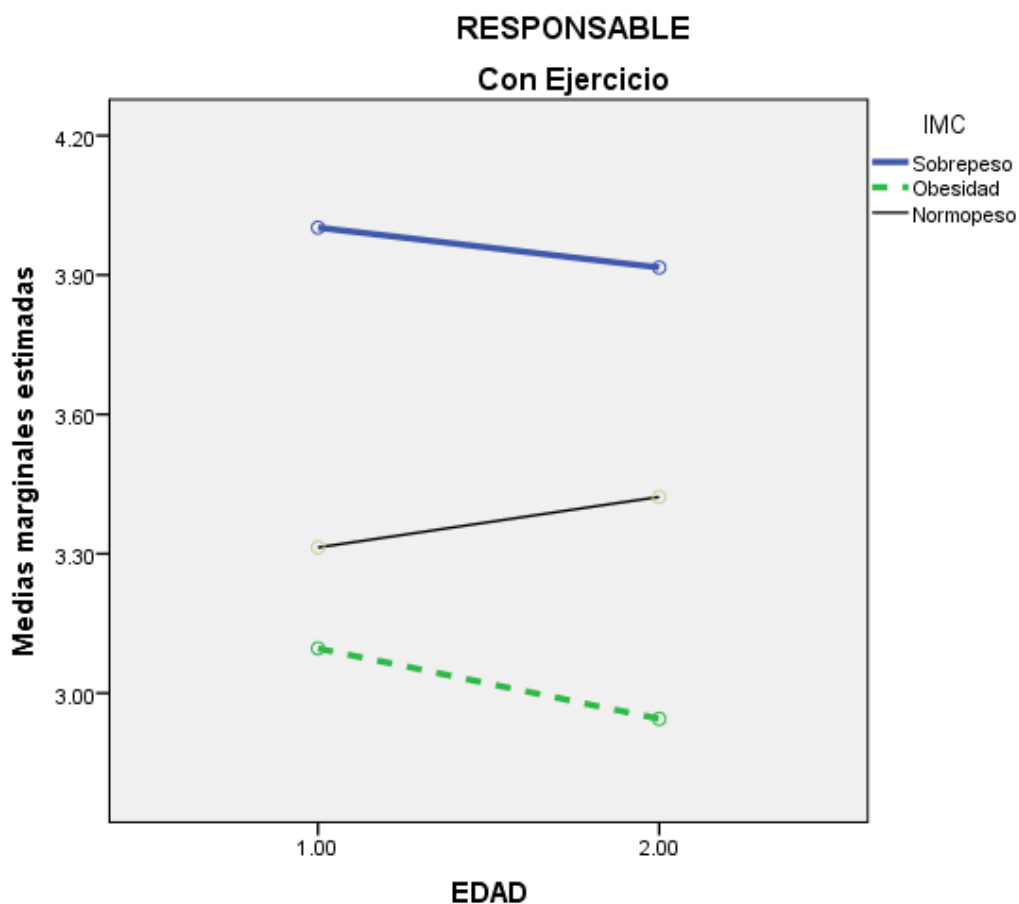


Figura 16b. Interacción de las variables Con-Ejercicio * IMC * Edad y la dimensión Responsable.

En la interacción de las variables Alimentación * Ejercicio * IMC y la dimensión Responsable se encontraron diferencias estadísticamente significativas, $F(2, 298) = 4.551, p = .011$. (Poco Saludable, figura 17a y Muy Saludable, figura 17b).

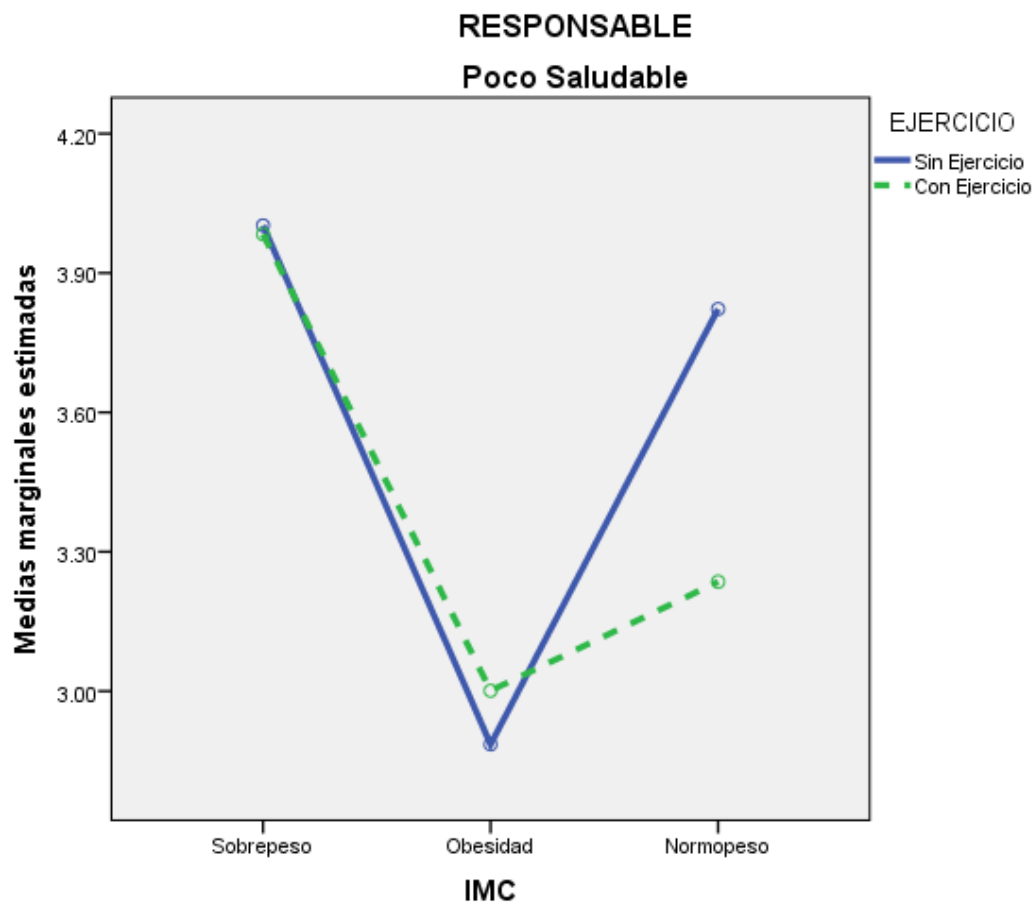


Figura 17a. Interacción de las variables Ejercicio * IMC * Alimentación (Poco Saludable) y la dimensión Responsable.

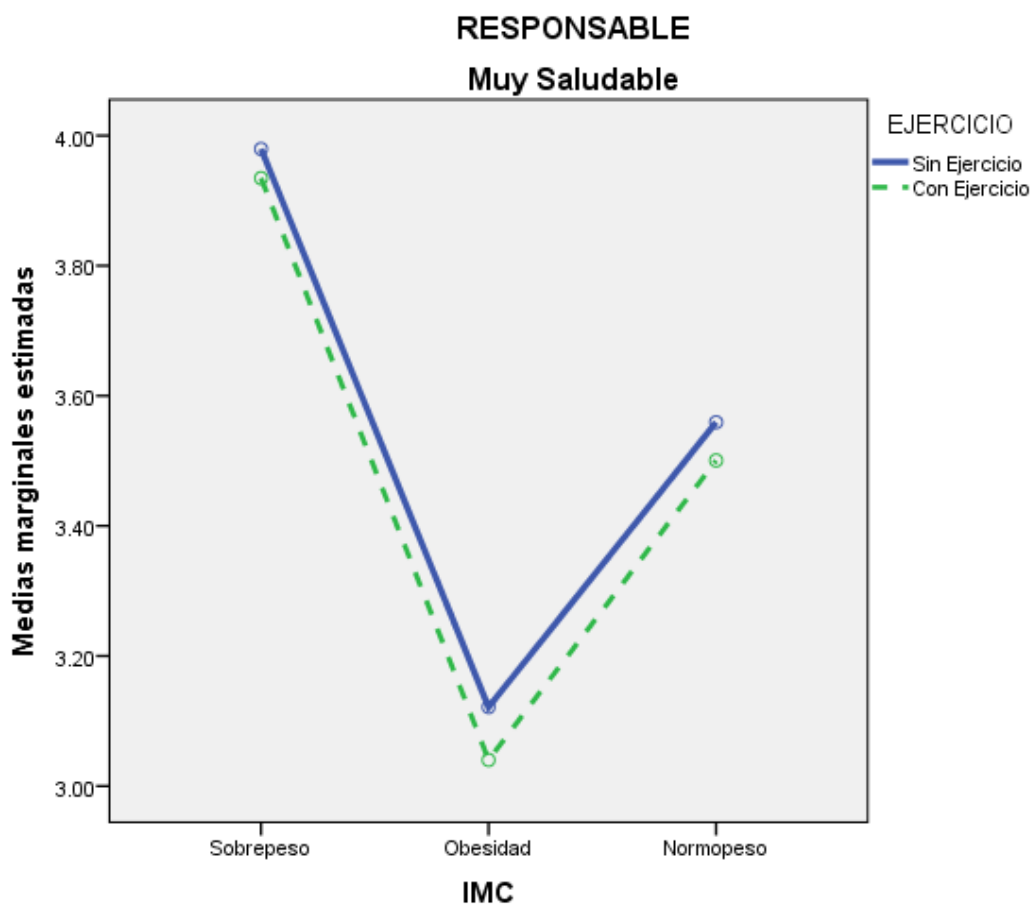


Figura 17b. Interacción de las variables Ejercicio * IMC * Alimentación (Muy Saludable) y la dimensión Responsable.

CAPÍTULO III

Discusión y Conclusiones

3.1. *Discusión*

De los 300 sujetos estudiados, el 58% indicó realizar actividad física en promedio 3 días a la semana, el mismo porcentaje de la población indicó llevar a cabo una alimentación saludable o muy saludable y el 80% reportó no tener antecedentes familiares de sobrepeso u obesidad. Aunque estos datos pueden hacernos pensar que un poco más de la mitad de la población estudiada no debería tener problemas de sobrepeso u obesidad, el grupo de normopeso es sólo de 33.3%.

De acuerdo a esta información se puede interpretar que los sujetos de estudio están

sobreestimando la dieta que consideran saludable y que quizá desconozcan los parámetros para evaluar a una persona con sobrepeso u obesidad. Lo anterior se acompaña con las expresiones de algunos entrevistados, quienes al enterarse que tenían obesidad solían comentar estar conscientes de tener sólo algunos “kilitos” de más, o bien, saber que estaban pasados de peso, pero que nunca se habían considerado obesos.

En el caso de las personas con sobrepeso era común escuchar que se ven “flacos” o “normales” a sí mismos, y que el sobrepeso puede corregirse en un par de semanas de dieta, o bien, que al menos ellos no son obesos. Esto en concordancia con los estudios realizados por Vizoso y Cols. (2017) que muestran que los hombres manifiestan más antipatía y dan mayor importancia a la falta de voluntad como causa principal de la obesidad, mientras que las mujeres presentan más miedo a engordar.

León y Cols. (2015) encontraron que sin importar el sexo o el grado de estudios, las personas tienden a considerar que las causas más relevantes del sobrepeso y la obesidad están relacionadas con aspectos que son inherentes a los individuos.

Los ítems del cuestionario fueron agrupados en factores, de los cuales Hábitos (HAB) y Personalidad y Voluntad (PYV) representan responsabilidad, mientras que Medio Obesogénico (MOB), Genética (GEN) y Educación (ED) se agrupan como no responsabilidad.

Al realizar las comparaciones múltiples de Bonferroni entre los diferentes factores, muestran diferencias estadísticamente significativas en casi todos los pares examinados, llamando la atención que existe en MOB con GEN (.450) y ED (.571), así como HAB con ED (.496).

Al realizar una prueba ANOVA multivariante de los grupos de edad (18 a 31 y 32 a 65 años), el IMC y la realización de ejercicio con los cinco factores como variables dependientes, se encontraron diferencias en el factor HAB y en el factor PyV. Esto indica que existe una diferencia en cómo las personas atribuyen el peso de los hábitos y la personalidad cuando son jóvenes y cuando son mayores.

En la variable de IMC se observan diferencias entre los tres grupos examinados en los

cinco factores causales. Aquí la población con normopeso y sobrepeso se comporta de manera similar entre sí, y diferente con respecto a la población con obesidad, aunque de manera acorde a los grupos de responsabilidad y no responsabilidad, es decir, mientras que en los factores HAB y PYV las atribuciones de las personas con obesidad son más bajas que en normopeso y sobrepeso respectivamente, en los factores GEN y EDU, las personas con sobrepeso dan una atribución mayor que los sujetos con normopeso y sobrepeso respectivamente.

Respecto de la variable Ejercicio solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el factor PyV, G1Ejercicio ($M = 3.39$, $DE = .690$) y G2Ejercicio ($M = 3.47$, $DE = .645$), $F(1, 299) = 3.906$, $p = .049$. Esto implica que las personas que realizan ejercicio consideran tener mayor control de la voluntad al mantenerse activos

En la variable Alimentación no se encontró ninguna diferencia en ninguno de los cinco factores examinados. A saber, que lleven una dieta sana o poco saludable no afecta en las respuestas de los sujetos.

En la interacción IMC * Edad se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los factores MOB y GEN, en las cuales se observa la misma tendencia explicada, obesidad puntúa por arriba, seguido por sobrepeso y normopeso en caso de MOB y normopeso y sobrepeso en GEN.

En la interacción de las variables IMC * Ejercicio se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los factores MOB y PYV, en el caso de MOB el grupo con obesidad sigue haciendo atribuciones altas, mientras que en el caso de PYV lo hacen muy bajo, por lo cual siguen cargando la responsabilidad a factores de los cuales no son responsables, mientras que consideran que cuestiones como la personalidad y voluntad no son tan importantes.

En la interacción de las variables IMC * Edad * Ejercicio sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el factor MOB y PYV, independientemente de la edad, se sigue observando que las personas con obesidad dan mayor peso al medio obesogénico que a su personalidad y voluntad, siguiendo la misma tendencia con las personas con sobrepeso y normopeso respectivamente.

Una prueba ANOVA Multivariante de 2 (edad) x 3 (IMC) x 2 (ejercicio) x 2 (alimentación) con las dos dimensiones Responsable y No-Responsable como variables dependientes, encontró diferencias estadísticamente significativas en la variable IMC, en la dimensión Responsable entre Sobrepeso (M = 3.98, DE = .136), obesidad (M = 3.03, DE = .308) y normopeso (M = 3.42, DE = .582), $F(2, 298) = 138.091$, $p = .000$. Como No-Responsable: Sobrepeso (M = 2.84, DE = .182), obesidad (M = 3.85, DE = .152) y normopeso (M = 3.08, DE = .393), $F(2, 298) = 307.427$, $p = .000$. Con lo cual se confirman los resultados mostrados hasta el momento.

3.2. Conclusiones

Los resultados obtenidos indican claramente que las personas con obesidad atribuyen su condición a causas que no pueden controlar, como la genética.

Las personas con obesidad no consideran los factores como personalidad, voluntad y hábitos como parte de su causa.

Las personas con normo peso y sobrepeso consideran ligeramente más importantes los hábitos y la voluntad como parte del origen del sobrepeso y la obesidad.

Las personas con normopeso atribuyen mayor responsabilidad a cuestiones que consideran que dependen de ellos.

Las respuestas de personas con sobrepeso y obesidad indican que a mayor peso, menor responsabilidad personal tienen los sujetos acerca de su condición.

El presente estudio abre la puerta a futuras investigaciones que permitan manejar el sobrepeso y la obesidad bajo la consideración y visión de quienes padecen el problema.

Uno de los principales obstáculos al momento de llevar a cabo un régimen para mejorar el peso corporal son la serie de creencias o atribuciones que tienen las personas.

Algunas personas pueden considerar que la genética por si sola determina la obesidad y

que factores de autoregulación no tienen un papel importante en las decisiones de los sujetos.

El rol del psicólogo como profesional de la salud puede ser más activo frente al problema del sobrepeso y la obesidad.

3.3. Limitaciones del estudio

Un factor importante en las limitaciones del estudio es el tamaño de la muestra, si bien es cierto que los resultados parecen marcar una clara tendencia, sería interesante obtener una evaluación a una mayor escala.

De igual forma, es indispensable investigar de forma conjunta las atribuciones así como factores fisiológicos (adicción al azúcar, resistencia a la insulina, etc..) que pudieran explicar en conjunto la dificultad para bajar de peso. Así, se podrían investigar dichas interacciones, quizá conociendo ambas sería factible establecer programas para disminuir el sobrepeso que fuera efectivo.

REFERENCIAS

- Ackard, D. & Peterson, C. (2001). Association between puberty and disordered eating, body image, and other psychological variables. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 187–194.
- Bermúdez-Bautista S., Franco-Paredes K, Álvarez-Rayón G, Vázquez-Arévalo R, López-Aguilar X, Ocampo Téllez-Girón MT, Amaya-Hernández A, Mancilla-Díaz JM. (2009). El rol de la insatisfacción corporal e influencia de grupo de pares sobre la influencia de la publicidad, los modelos estéticos y dieta. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*. 1(1),9-18.
- Campos, A. (1993). Aspectos psicológicos da obesidade. *Pediatría Moderna*, 29,129-133.
- Chaput, J., Despres, J., Bouchard, C., Tremblay, A.(2007)Short sleep duration is associated with reduced leptin levelsand increased adiposity: Results from the Quebec family study. *Obesity*, 15, 253-61.
- Donnelly, J., Blair, S., Jakicic, J., Manore, M., Rankin, J., Smith, B. (2009). Appropriate intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 41(2), 459-71.
- Español-Armengo, N.& Miján-De la Torre, A.(2006). Trastornos de la conducta alimentaria en la obesidad. *Revista Española de Obesidad*, 4(6), 317-327.
- Hebebrand. J. & Reinberger. S.(2012) Genes de peso. *Mente y cerebro*, 57, 34-38.
- Heider, F.(1958) *The psychology of interpersonal relations*. Nueva York: Wiley.
- Knutson, K. & Van Cauter, E.(2008) Associations between sleep loss and increased risk of obesity and diabetes. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1129, 287-304.
- León, R., Jiménez, B.E., y Gonzalo, J.A.(2015). Creencias de Estudiantes de Secundaria Españoles y Mexicanos sobre las Causas de la Obesidad. *Acta de Investigación Psicológica*,5 (2), 2062-2075.
- León Sánchez, R., Jiménez Cruz, B. E., López Manjón, A. & Barrera García, K. (2013). Ideas sobre las causas de la obesidad en estudiantes universitarios mexicanos y españoles. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 18(1) 95-110. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29228948007>

- Martínez, B & Rangel, G. (2008). Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta médica grupo ángeles*, 6 (4), 147-153.
- Mohammad, S. & Linström, M.(2005) Socioeconomic, psychosocial, behavioural, and psychological determinants of BMI among young women: differing patterns for underweight and overweight/obesity. *European Journal Public Health*, 16, 324-330.
- Nielsen, L. & Danielsen, K.(2011) Short sleep duration as a possible cause of obesity: critical analysis of the epidemiological evidence. *Obesity Reviews*, 12, 78-92
- Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad. *Diario Oficial de la Federación*. 7 de diciembre 1998.
- OECD.(2016) *Reviews of Health Care Systems*. Mexico: https://www.oecd.org/health/health-systems/Obesity-Update-2014-MEXICO_ES.pdf
- Raich, R.M. (2000). *Imagen corporal*. Madrid, España: Pirámide.
- Rajaratnam, S. & Arendt, J.(2001) Health in a 24-h society. *Lancet*; 358, 999-1005.
- Ríos MBP, Rangel RGA, Álvarez CR, Castillo GFA, Ramírez WG, Pantoja MJP, Yáñez Macías-Valadez B, Arrieta MEM, Ruiz OK.(2008) Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta Médica*, 6 (4), 147-153.
- Rodriguez.T.(2012) Las raíces cognitivas de la ingesta compulsiva. *Mente y cerebro*, 57, 6-7.
- Rosen, J.C. (1995). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 143-166.
- Ross, R., Freeman, JA., Janssen, I. (2000). Exercise alone is an effective strategy for reducing obesity and related comorbidities. *Exercise Sport Science Reviews*, 28, 165–170.
- Schmid SM, Hallschmid M, Jauch-Chara K, Born J, Schultes B.(2008) A single night of sleep deprivation increases ghrelin levels and feelings of hunger in normal-weight healthy men. *J Sleep Medicine Reviews*, 17(3),331-334.
- Spiegel, K., Tasali, E., Penev, P., Van Cauter, E.(2004) Brief communication: Sleep curtailment in healthy young men is associated with decreased leptin levels, elevated ghrelin levels, and increased hunger and appetite. *Annals of Internal Medicine*, 141, 846-50.

- Toro, J. (2004). Riesgo y causas de la anorexia nerviosa. Barcelona, España: Ariel.
- Totnian, R. (1982). «Philosophical foundations of attribution therapie». En C. Antaki y C. Brewin (eds.) *Attributions and psychological change*. Londres: Academic Press.
- Van Cauter, E.& Kristen, L. (2008) Sleep and the epidemic of obesity in children and adults. *European Journal of Endocrinology*, 159,59–66.
- Vizoso, Carmen., Vega, Silvia., y Fernández Esther.(2017). Actitudes negativas hacia la obesidad en jóvenes españoles: diferencias por sexo, edad y nivel educativo. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*.30.(30),17-24.
- Wärnberg, J., Ruiz, JR., Ortega, FB., Romeo, J., Gónzalez-Gross, M., Moreno LA., García-Fuentes, M., Gómez, S., Nova, E., Díaz, LE., Marcos, A. (2006). Estudio AVENA: Alimentación y valoración del estado nutricional en adolescentes. Resultados obtenidos 2003-2006. *Pediatría Integral*, 1, 50-55
- Weiner, B. y Graham, S. (1989). Understanding the motivational role of affect: Life-span research from an attributional perspective. *Cognition and Emotion*, 3(4), 401-419.
- Wilmore J. & Costill D.(2000) Fisiología del esfuerzo y del deporte. Barcelona, España: Paidotribo.
- Xavier, F. and Sunyer P. (1992) Obesity. En Cecil & Loeb (Ed.), *Textbook of Medicine* (pp.1162-1171). Philadelphia, Estados Unidos: WB Saunders Co.