



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

“OBESIDAD Y PRÁCTICA DEPORTIVA EN ADOLESCENTES
ESTUDIANTES DE ESCUELA SECUNDARIA”

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
MIRIAM YAYOY CARBÓ HERNÁNDEZ

JURADO DE EXAMEN:

Asesora: Dra. Raquel del Socorro Guillén Riebeling
Lic. Miriam Silva Roa
Lic. Félix Ramos Salamanca
Mtra. Alba García López
Lic. Eduardo Contreras Ramírez



MÉXICO, D.F.

SEPTIEMBRE 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Para mis papás Francisco Carbó y Flor Hernández que han estado siempre al pie del cañón conmigo, no me dejaron derrotar por el tiempo que me tarde en terminar, por el apoyo y porras que me animaron, a su dedicación y paciencia cuidándome a mi hija Ingrid Abigail cuando necesite de ellos en esas noches que me ponía a trabajar y mi pequeña no se podía dormir.

Para mis hermanas Sofía Ivina, Eunice Louyi y mi cuñado Roberto por no vacilarme al no haber terminado a tiempo y también por su comprensión cuando mas metida estuve en realizar la tesis y todo lo que traía en la cabeza.

También a las personas que me preguntaban como iba avanzando: Alejandra, Juan, Flow, Sandra y Carlos que además siempre me animaron, jalaban o empujaban cuando me estancaba o aturdía no terminar, haciéndome sentir mejor con esas grandes charlas para continuar y no abandonarlo.

Y un especial agradecimiento a mi asesora Raquel del S. Guillén Riebeling por su interés y paciencia en todo este tiempo, por su orientación en el área laboral y personal, así como su amistad, ya que es de lo mejor que me trajo la Universidad.

Gracias a todas las personas que tuvieron paciencia en todo este tiempo y por

Reiterarme que terminar la tesis s un logro màs en mi vida

A mis papas Francisco y Flor que no perdieron la confianza en mi les dedico

Con todo mi corazón este trabajo que también es fruto de ellos al apoyarme y comprenderme

Incluyo a mis hermanas Eunice y Sofia que me ayudaron y cuidaron

A mi asesora Raquel por los años trabajados dirigiéndome y orientándome

Sinceramente es este trabajo por ellos para ellos una meta lograda de muchas mas.

Índice

Agradecimientos.....	2
Resumen.....	6
Introducción.....	7
Capítulo 1 La Adolescencia.....	10
1.1 Desarrollo Físico, Crecimiento y Madurez.....	11
1.2 Desarrollo Cognitivo.....	13
1.3 Desarrollo Social.....	15
1.4 Desarrollo Escolar.....	16
Capítulo 2 La Práctica Deportiva.....	18
2.1 Deporte.....	19
2.2 Actividades.....	21
2.3 Educación Física.....	23
2.4 Psicología del Deporte.....	26
Capítulo 3 La Obesidad.....	28
3.1 Principales Modelos Psicológicos Relacionan la Obesidad con:.....	33
3.2 Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	40
3.3 Requerimientos de Consumo Durante el Desarrollo.....	44
3.4 Hábitos.....	45
Capítulo 4 Método.....	48
4.1 Planteamiento del problema.....	48
4.2 Objetivos.....	48
4.3 Hipótesis.....	48

4.4 Tipo de Estudio.....	49
4.5 Diseño.....	49
4.6 Muestra.....	49
4.7 Selección de los sujetos.....	49
4.8 Procedimiento.....	50
4.9 Aplicación del estudio.....	51
4.10 Variables.....	52
4.11 Instrumento.....	58
4.12 Análisis de resultados.....	58
Capítulo 5 Resultados.....	60
5.1 Descripción de Resultados.....	60
5.1.1 Primera parte: Sujeto	60
5.1.2 Segunda parte: Práctica Deportiva.....	63
5.1.2.1 Fuera de la Escuela.....	63
5.1.2.2 Dentro de la Escuela.....	68
5.1.3 Tercera parte: Conducta Alimentaria.....	71
Capítulo 6 Discusión.....	79
Referencias.....	93
Anexos.....	98

Resumen

El crecimiento del adolescente, durante el periodo de maduración emocional, social y físico, se relaciona la ocurrencia de la obesidad a las circunstancias sociales, que frecuentemente son adversas, esto acompañado de un aumento del apetito, ingiriendo calorías superiores al necesario, y si no se realiza el gasto energético con la actividad y ejercicio, afecta la salud física y mental. Un estilo de vida sedentario conservado ocasionará la obesidad y sobrepeso. Por lo que el objetivo de la presente fue identificar cómo influye la conducta alimentaria y la condición de peso en la práctica deportiva de los adolescentes estudiantes de la Escuela Secundaria Técnica No. 70. Este estudio es de tipo descriptivo, con un diseño cuasi-experimental, en el que participaron 290 adolescentes, 132 muchachos y 158 muchachas, del municipio de Temamatla. Aquí se encontró una asociación significativa, entre la prevalencia de sobrepeso y obesidad con la falta de actividades de movimiento físico.

Introducción

Actualmente, las formas de alimentación se basan más en la accesibilidad de los alimentos, que llevar en la elaboración de los alimentos ricos en nutrientes. Esta circunstancia parte de la necesidad que se tiene de realizar las actividades en el menor tiempo posible, y no queda tiempo para disfrutar de una buena comida porque provoca la acumulación del trabajo. Siendo una desventaja, la cual afecta a nivel social, económico, y aún más a la salud.

Esta accesibilidad alimentaria ha provocado que dentro de la población adolescente, haya un descuido en su consumo, y sus hábitos alimentarios son distorsionados no sólo por la falta de tiempo en sus obligaciones, sino por la preocupación excesiva por mantener o cuidar el peso corporal, considerado como el ideal a través del ejercicio. Este tipo de problemática se presenta tanto en hombres como en mujeres.

La búsqueda de pertenecer al estereotipo de las mujeres y hombres populares ha sido impulsado a través de los diferentes medios de comunicación y trae la distorsión entre lo que se tiene y lo que se desea. Esto ocasiona que los adolescentes no se sientan a gusto con su propio cuerpo, provocando que realicen dietas que perjudican su salud, o ayunos prologados que finalmente tendrán una repercusión en todas sus etapas de desarrollo físico, psicológico y social, así como en la realización de la práctica deportiva sin asesoramiento.

Se observa que la problemática de sobrepeso y obesidad en adolescentes estudiantes así como la falta de actividad física en estos, es sumamente importante. Por tal razón, dentro del presente trabajo lo que se pretendió fue identificar la conducta alimentaria y la condición de peso, su influencia con la práctica deportiva de los adolescentes estudiantes de la Escuela Secundaria Técnica número 70 de acuerdo a su complejión actual, empezando por identificar a los adolescentes con sobrepeso y obesidad, y determinar si existe una relación entre el desarrollo de la práctica deportiva y la permanencia de su condición física, tomando en cuenta el empleo de la práctica deportiva, como clase y/o hobby, el cómo llevan sus hábitos alimentarios; identificando qué práctica deportiva ocupan de acuerdo al plan de estudio de la escuela y también la que realizan fuera de ella, identificando el referente a las actividades desempeñadas por el adolescente y la condición de sus hábitos alimentarios; Ya que éstas en conjunto promoverán un buen desarrollo en su futura vida laboral (para los que incluso ya estén trabajando) y social, que son base fundamental para un futuro sano, por eso mi interés de trabajar en esta escuela, con estos adolescentes.

Para ello, se presentan los capítulos teóricos. El primer capítulo abarca lo que es la adolescencia, considerando la inquietud narcisista de la perspectiva de su cuerpo, su desarrollo físico, crecimiento y madurez desde el ámbito biológico; su desarrollo cognitivo en relación a su identidad; su desarrollo social en referencia a sus amigos, familia y sociedad, por último el desarrollo escolar encaminado principalmente a la participación en actividades deportivas, dando como resultado un conocimiento más amplio de la población de este estudio.

En el segundo capítulo se hace referencia a la práctica deportiva, donde se define al deporte, las actividades que mantienen a una persona en movimiento, la educación física para el desarrollo escolar y por último el punto de vista de la psicología del deporte.

En el capítulo tres, se define como trastorno de la conducta alimentaria la obesidad y el sobrepeso, los cambios corporales, la valoración del índice de masa corporal (IMC) y tipos de obesidad, el uso de los modelos psicológicos para el estudio del desarrollo o presencia y eliminación de la obesidad, la definición de lo que son los trastornos alimentarios y su presencia, los requerimientos de consumo para el desarrollo óptimo del adolescente, y por último los hábitos alimentarios.

En el capítulo cuarto se presenta el marco metodológico por medio del cual se trabajó la presente investigación, que es de tipo descriptivo, con un diseño cuasi-experimental, en el que participaron 290 adolescentes inscritos en la Escuela Secundaria Técnica núm. 70, entre los 13 y 16 años de edad, del Municipio de Temamatla; el resto de los puntos metodológicos se detallan en este capítulo.

Finalmente, es importante considerar que el aumento y prevalencia de la obesidad y sobrepeso en adolescentes, además de otras patologías relacionadas, necesita de esfuerzos para prevenirla en esta etapa de crecimiento, por lo que la intervención de psicólogos en la búsqueda de estrategias que permitan una mejor calidad de vida es de suma importancia, pues con la incorporación de nuevos hábitos de comer, acciones encaminadas a la actividad física y práctica deportiva orientada por expertos, se obtendrá una mejor calidad de vida.

Capítulo 1

La Adolescencia

Para empezar este capítulo haré mención de la terminología de la palabra “adolescencia” la cual se deriva de la palabra latina *adolecere* que significa “madurar”, “crecer”, “desarrollarse hacia la madurez”, y se refiere a la etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y preanuncia a la adultez.

Este término se centra en referirse a un individuo que se encuentra entre los 11 y los 15 años. (No se cuenta con manifestaciones concretas que anuncien con precisión su principio y final) El desarrollo propio de la pubertad se encuentra esencialmente regulado por factores hormonales; es un proceso que ocurre en lapsos de tiempo y que se caracteriza por cambios en la forma, tamaño, las proporciones, funcionamiento del organismo, así como por factores cognitivos, sociales y de escolaridad del individuo, y éste difiere según género y grupos humanos.

A la adolescencia se le ha considerado como un periodo crítico de desarrollo ya que desde el ámbito biológico, se hace hincapié en los ajustes que exigen los cambios fisiológicos enfocados a la pubertad. Gaonach y Golder, (2005) mencionan que no hay que exceptuar los aumentos de las hormonas sexuales así como los problemas de los adolescentes: la independencia, los ajustes heterosexuales y con sus semejantes, la preparación vocacional y el desarrollo de una filosofía de vida y normativa.

También en la etapa de la adolescencia hago hincapié en cómo la imagen y las sensaciones corporales, así como el sentido de identidad, y en este periodo los adolescentes

quizá tengan que hacerle frente a un sentimiento de rareza o de extrañeza respecto de su cuerpo.

Con la transformación de su cuerpo, el adolescente actual suscita una inquietud narcisista donde su cuerpo es su principal perspectiva: en otras palabras la imagen de su cuerpo es su propia imagen (generando una *yoicidad*), y esta relación junto con la metamorfosis conceptual, de la que el adolescente nunca sabe realmente del todo dónde se detendrá, a lo que Gaonach y Golder, (2005, p. 301) lo explican como la forma en que “permanece el adolescente por largos ratos ante el espejo acechando al más insignificante barro, o bien intentando sorprenderse en tal o cual gesto o expresión facial”. Su pensar está en un intenso presente (*presentismo*), tratando de igualar lo que se revela en el póster triunfante de un joven cantante, deportista o aventurero, el cual ha llegado a conquistarlo todo (salud, dinero y amor) en plena juventud. Siendo así que para los adolescentes una imagen vale más que mil palabras, además de ser la única palabra. (Aguirre, 1998)

Paradójicamente, en el mundo de las imágenes no hay un mundo de imaginación y de creatividad, sino de inmadurez y de oralidad consumista, que lleva a la destrucción y a la insaciable insatisfacción, donde el mundo del “look” es un mundo de formas estáticas que teme a la diacronía del tiempo (envejecimiento), y al juicio histórico sobre la fragilidad de la moda. (op. cit., 1998)

1.1 Desarrollo Físico, Crecimiento y Madurez

La adolescencia es el periodo de crecimiento máximo, ocurre alrededor de los 12 años en mujeres y en torno a los 15 en los varones. Los cambios biológicos en la pubertad, que señalan el fin de la niñez, originan el aumento rápido de la estatura y el peso, la

modificación de las proporciones, las formas del cuerpo y la llegada a la madurez sexual. Van, (2001, p. 5) “Cuando alcanza esta última, la rapidez de crecimiento disminuye gradualmente, hasta finales del segundo decenio de la vida en mujeres y principios del tercer decenio en varones”. Estos cambios drásticos forman parte de un largo y complejo proceso de maduración, que comienza aún antes de nacer, y cuyas ramificaciones psicológicas continúan en la edad adulta. (Papalia, Wendkos & Duskin, 2001)

La maduración implica la adquisición de la plena funcionalidad biológica. Hay cuatro tipos básicos de crecimiento y maduración según Aguirre (1998) en los que puede comprobarse la asincronía de estos procesos: *linfoide*, *neural*, *general* y *genital*. Estos cambios biológicos parecen confluir en su finalización en una etapa de “metamorfosis” morfofisiológica; resultando *la pubertad*, periodo en el que se producen cambios en la morfología, relacionados con la función sexual y la maduración del aparato reproductor.

El sistema de maduración es muy complejo y se encuentra esencialmente regulado por factores biológicos, que son hereditarios. Citando a Gaonach y Golder (2005) mencionan que existen ciertos factores exteriores que actúan sobre el desencadenamiento de la pubertad, pero se trata principalmente de factores ambientales, como son la nutrición o las condiciones generales de vida de una población.

No obstante, otros factores como el género, la edad, el temperamento y una entrada oportuna en la pubertad, pueden moderar dichos cambios o incluso anularlos. Las hormonas parecen más fuertemente relacionadas con los estados de ánimo en los jóvenes que en las muchachas, en especial en la adolescencia temprana cuando todavía están ajustándose a los cambios de la pubertad. Además, los factores ambientales también pueden influir en la diferencia de crecimiento de las diversas partes del cuerpo. (op. cit., 2001)

1.2 Desarrollo Cognitivo

Los distintos cambios ocurridos durante la evolución física de niño a púber y adolescente, se resalta como el más impresionante el brusco crecimiento de sus estructuras corporales. Pero ello lleva unido otro significativo cambio: Aguirre (1998, p. 273) menciona que “el cambio de sus profundas y desconocidas *arquitecturas* psíquicas que sin orden ni directriz durante estos años, buscarán y tratarán de ordenarse, estructurarse, adaptarse y formar nuevamente un todo psicossomático nacido de aquel caos indiferenciado”. Será difícil encontrar a los adolescentes estructurados plenamente y con un todo coherente de valores, por lo que actuar.

Como la adolescencia puede ser comprendida e interpretada en función de una serie de factores que pertenecen tanto al mundo propiamente biológico como al psicosocial, se puede hablar de la adolescencia como una totalidad psicofísica en cambio, porque se le ofrecen oportunidades de crecimiento tanto físico, como en las relaciones sociales, cognitivas, de autonomía, autoestima e intimidad.

Algo característico de esta etapa de la adolescencia es que se está en la búsqueda de la identidad, definida por Erikson como la confianza en la continuidad interior de uno mismo en medio del cambio: es la principal tarea durante los años adolescentes. En esta etapa, el desarrollo cognitivo les permite construir una “*teoría del yo*”. Esto parte de un proceso vital y saludable construido sobre los logros de las primeras etapas: confianza, autonomía, iniciativa e ingenio, el cual sienta las bases para enfrentar las crisis de la edad adulta. (op. cit., 2001) Donde el concepto de identidad se refiere al conjunto de percepciones, convicciones y sentimientos que se relacionan con uno mismo. Responder a

la pregunta ¿Quién soy yo?, la identidad es la noción que se refiere a la conciencia de ser alguien que posee una historia personal y un futuro que le son propios, garantizando que haya coherencia entre la experiencia, las ideas, los valores y las creencias. Esta permite ubicarse en relación con los demás, reconocer a quienes se parecen y diferenciarse de los demás. (op. cit., 2005)

Es así como la visión que tiene la persona de sí misma, viene determinada por la valoración que han hecho las personas más importantes de su vida (padres y educadores). (Carreras, Eijo, Estany, Gómez, Guich, Mir, et al., 2003)

Explicando el sentido del *yo* fragmentado (sentido de identidad construido al sustituir las propias actitudes y compromisos por las de otras personas), Papalia, et al., (2001), mencionan que:

Los jóvenes cuyos *yo* están fragmentados tienden a tener baja autoestima, pues encuentran difícil manejar la libertad, la pérdida o el fracaso; pueden estar ansiosas, ser conformistas, estar enojadas, asustadas o pueden castigarse a sí mismos. Son bastante susceptibles a influencias externas y muy vulnerables al estrés porque no tienen sentido distintivo que los guíe. (p. 453)

Aguirre (1998) concluye que puede tenerse, que hacia los 11-15 años ocurre un profundo cambio en el conocimiento del medio y en la forma de resolver los problemas:

1. No lo presentan todos los adolescentes
2. Existen grandes diferencias individuales
3. No todas las etapas típicamente formales se adquieren a la vez
4. El nivel social y cultural, parece tener una relación directa muy fuerte con la adquisición de las operaciones formales

5. Las diferencias individuales parecen alcanzar las operaciones formales en un ámbito diferente

Como las capacidades cognitivas se alcanzan bastante tarde, la utilización de las reglas más elaboradas sólo aparece tardíamente en el adolescente, (no con todos los individuos sucede así).

“La mayoría de los adolescentes están más preocupados por su apariencia que por cualquier otro aspecto, y muchos no están conformes con lo que ven en el espejo. Las mujeres tienden a estar más descontentas por su apariencia que los hombres, lo cual refleja los grandes énfasis culturales en los atributos físicos de las mujeres”. (op. cit., 2001, p. 413)

1.3 Desarrollo Social

Los aspectos afectivos y sociales, vienen a ser el centro de los intereses individuales más que los cognitivos, sin embargo el adolescente va teniendo una paulatina inserción en el medio laboral, social y cultural, fuera del núcleo de sus progenitores. (op. cit., 1998)

La edad se convierte también en un extraordinario agente de vínculo donde los adolescentes pasan más tiempo con sus pares y menos con la familia. Sin embargo, la mayor parte de los valores fundamentales de los adolescentes permanecen cercanos a los de sus padres, más de lo que los adolescentes creen. Aún cuando los adolescentes buscan compañía de intimidad con los pares, también buscan a los padres para tener una “base segura” desde la cual expresarse. (op. cit., 2001)

Papalia, et al., (2001) manifiestan que los jóvenes México-americanos tienden a estar mucho más cerca de sus padres durante la pubertad, lo cual puede reflejar la naturaleza estrecha de estas familias y su mayor adaptabilidad al cambio.

Ahora bien citando a Aguirre (1998):

En lo relacionado con el aspecto físico, los adolescentes son sensibles a los elogios o críticas que expresan los demás sobre su cuerpo, siendo éste tal, que la actitud que muestran las personas significativas del entorno determinarán directamente la imagen corporal de los adolescentes, es decir, la valoración o no de su persona. (p. 71)

Los procesos de socialización y enculturación determinan el aprendizaje de estereotipos, roles, valores, etcétera, que conforman la identidad de cada persona basándose en su sexo, elementos transmitidos socialmente de una generación a otra, reproduciendo las estructuras sociales existentes. Esto conlleva expectativas a nivel social diferenciadas para hombres y mujeres.

1.4 Desarrollo Escolar

La adolescencia constituye una etapa de notables cambios en el desarrollo psicológico de las personas, que afectan a los distintos ámbitos del comportamiento de las mismas y que marcan de manera decisiva su incorporación a la vida y al mundo de los adultos. Por eso la escuela constituye uno de los escenarios en que los adolescentes de nuestra sociedad ocupan buena parte de su tiempo, sea directamente (estando en ella), sea indirectamente (a través de la realización de tareas más o menos relacionadas con la actividad escolar). Es así como la escuela, como uno de los contextos en que los adolescentes participan de manera habitual y por sus especiales características, juega un papel relevante en esa actualización de capacidades y, en general, en el conjunto de la transición adolescente. (Onrubia, 1997)

Para los adolescentes la escuela es una experiencia importante que organiza la vida de la mayoría de ellos, puesto que les ofrece oportunidades para obtener información, dominar nuevas habilidades y perfeccionar las que ya se tienen, participar en actividades deportivas, artísticas y otras, explorar la orientación profesional y establecer nuevas amistades. Así mismo amplía los horizontes sociales e intelectuales. (op. cit., 2001)

Al ser la escuela una de las etapas más importantes y significativas para su desarrollo, implica que todos los rasgos, experiencias, preferencias y demás actitudes de los jóvenes se fortalezcan en un ámbito en el cual interactúan con más individuos de su misma edad, y hasta en la forma de pensar o actuar. Es por esto que el desarrollo escolar es un escalón firme para su identidad, preferencia y estilo de vida, donde lo refuerza esta convivencia.

Sin duda alguna las escuelas secundarias impulsan cierto desarrollo y aprendizaje cognoscitivo; el resultado principal del sistema de educación secundaria es crear un entorno que brinde apoyos económicos, políticos y sociales que se relacionen con todas las etapas del desarrollo: *la física*, por medio de programas, entre ellos el atlético; *la social*, mediante actividades de grupos de compañeros y organizadas; y *la personal*, emocional, moral, pre-vocacional y política, recurriendo a una variedad de medios. (Entwisle, 1997)

Capítulo 2

La Práctica Deportiva

La práctica deportiva es lo que se lleva a cabo como actividad físico-deportiva, la cual se realiza con el movimiento constante del cuerpo humano que determina el gasto energético. En los adolescentes, esto puede ser “apropiado”, ya que el papel de la práctica deportiva, es ser promovido como un comportamiento que desarrolla positivamente el estado de salud de niños y adolescentes, y previene la obesidad si es llevado a cabo correctamente. Sin embargo, en la actualidad los patrones de ejercicio se han visto reemplazados por mayor tiempo frente al televisor, la computadora (internet y juegos) y los videojuegos, lo cual se agudiza aún más en el adolescente, quien da prioridad a estas actividades pese a que se le intente estimular a practicar un deporte. (González, 2004)

Los escolares llevan a cabo una práctica de actividad físico-deportiva con un carácter variado, siendo practicados, de mayor a menor frecuencia el fútbol, los juegos motores y la bicicleta por los adolescentes, mientras en el caso de las adolescentes los más practicados son los juegos motores, seguidos por fútbol, la bicicleta y el básquetbol.

Chinchilla y Zagalaz afirman que “es necesario que los jóvenes de uno y otro sexo se sientan satisfechos con su propia identidad corporal, la cual le servirá como medio de expresión y comunicación con ellos mismos y con los demás, de manera que puedan disfrutar de forma adecuada su tiempo libre, mejorando su calidad de vida” (2002, p. 103); es por eso que la gente identifica la educación física como juego y deporte, por eso se debe tratar de potenciar valores y actitudes positivas hacia la práctica físico-deportiva educativa.

La práctica de actividad físico-deportiva varía en función del periodo de tiempo, siendo el fútbol y voleibol la actividad física más practicada en día lectivo; la caminata, el fútbol, correr y la bicicleta son las más practicadas durante el fin de semana, y el fútbol y correr las más practicadas durante el verano.

Algo interesante a considerar es que la actividad físico-deportiva en equipo, escuela o club deportivo, encuentra mayor porcentaje de practicantes. (Tercedor, 2000)

La variable sexo presenta relación con las actividades físicas practicadas, así como su nivel de actividad física, debiéndose potenciar una mayor igualdad de oportunidades entre ambos sexos ante esta práctica de actividad física, para no hacer distinciones de ninguna índole, pero sí reconocimiento de los esfuerzos llevados, así como del disfrute de la práctica física educativa.

2.1 Deporte

La UNESCO (en Albor, 1989) ha declarado que el deporte es una actividad específica de competición o recreativa en la que se valora intensamente la práctica de ejercicios físicos con vistas a la obtención por el individuo del perfeccionamiento de las posibilidades morfofuncionales y psíquicas, conectadas a un récord, en la superación de sí mismo o de un adversario.

De acuerdo con lo anterior también se considera el Deporte como un sistema educativo para alcanzar una formación completa, física, moral y social, y a la vez extender el gusto por estas actividades más allá de la edad escolar. (Chinchilla & Zagalaz, 2002)

Los siguientes conceptos son integradores de la ciencia que estudia la actividad física, enfocando su finalidad en la perfección de los seres en general, mencionados por Chinchilla y Zagalaz (2002):

La salud (por el desarrollo equilibrado del cuerpo), lo motriz (creando patrones de movimiento que enriquecen las posibilidades corporales), lo social (en cuanto crea un marco de relación interpersonal), lo afectivo (para la mejora personal y relacional), lo ambiental (promoviendo el medio natural), o simplemente en lo referente al conocimiento (del propio hecho físico) (p. 98).

Todos éstos en conjunto para contribuir al desarrollo y mejoramiento de la persona en cualquier aspecto, tanto físico como psíquico.

Hoy en día los chicos, a través del deporte, se esfuerzan por modelar sus cuerpos y ajustarse así a los cánones estético-corporales establecidos, pero la “lucha” por conseguir una apariencia física adecuada ha sido y sigue siendo prácticamente exclusiva de la mujer, rayando no en raras ocasiones en la obsesión. (Aguirre, 1998)

La ausencia del ejercicio, afectan la salud física y mental. Por eso la actividad física moderada, como pasear, montar en bicicleta, nadar o realizar trabajo en el hogar, beneficia la salud si se practica con regularidad durante treinta minutos por lo menos, o mejor aún todos los días de la semana. Un estilo de vida sedentario conservado desde la adolescencia (o antes), hasta en la edad adulta, quizá origine riesgos crecientes de obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer. (Papalia et al., 2001)

Es por eso que el deporte promueve -tal vez como ninguna otra actividad humana- todo tipo de excelencias, en sentido aristotélico. Fuerza y habilidades físicas, salud física y mental, excelencia de carácter (como disciplina, templanza, espíritu de sacrificio), incluso

equidad (un elemento central en la noción de "juego limpio"), y finalmente, la capacidad de planificar una estrategia para la victoria y de ponerla en práctica exitosamente, requiere las habilidades intelectuales (buen juicio, capacidad de deliberación, entendimiento, etc.) que caracterizan el estado de excelencia del alma, que Aristóteles llama sabiduría práctica (*frónesis*). (Tamburrini, 1997)

Así es como el deporte constituye un ámbito fructífero y propicio para el trabajo de la Psicología, en especial para la Psicología del Deporte, área que se dedica a la evaluación, diagnóstico, intervención, y estudio de aspectos como la motivación, eficacia, personalidad, agresión, ansiedad y estrés en el deportista según Bermúdez, (1983)

2.2 Actividades

Actividad (del latín, “activus”, derivado del verbo “agere”, con el significado de *hacer*) es “la facultad de obrar”, es decir, de “hacer algo”, y esto es lo que hace *el cuerpo humano en movimiento*, tanto cuando se desplaza en el espacio que le rodea, caminando, corriendo o saltando, como cuando sin desplazarse del mínimo espacio en el que se asientan sus pies, mueve acompasadamente otras partes de su anatomía.

El calificativo de *física* se aplica a toda la *actividad del cuerpo*, considerado como *materia*, como *espacio físico*, en la cual se “incorpora” y se integra tanto la *actividad mental* como la *social*, que es la que teje sus relaciones con los otros cuerpos. La *actividad física* es el resultado de los movimientos del cuerpo producidos por la contracción de los músculos, con el consiguiente incremento del gasto de energía, por encima de lo que se estima como nivel basal, que es el que corresponde al gasto energético del cuerpo en reposo (Pera, 2008)

Es cierto que hay actividades como las caseras o domésticas, que mantienen regularidad a lo largo del año y que son realmente importantes, la variabilidad de actividad así como su naturaleza depende de factores socioeconómicos, geográficos, sexo, edad, etcétera, y también de cómo aumentan los resultados del gasto energético en las actividades caseras, eso si comparamos a las mujeres con los hombres. Esto último podría justificar el alejamiento de la mujer de las actividades físico-deportivas, y un progresivo acercamiento a un determinado grupo de actividades, que se ha denominado “gimnasias de la forma” (gimnasia de mantenimiento, aeróbic, fitness...) tan habituales entre la población femenina tanto adulta como adolescente.

En los escolares adolescentes se empieza a orientar su práctica influenciada por las presiones socioculturales, cuestión que muestra García (1999) al evidenciar que las muchachas se acercan a la práctica deportiva con una mayor preocupación por la salud y por mejorar el aspecto físico. En cambio, en los muchachos predominan los motivos lúdicos, de recreación y de relación social, así como de impresionar a los demás.

La actividad lúdica va evolucionando en función de los intereses de los alumnos, adecuando el desarrollo psíquico, físico y de adaptación social, además de ser una forma de conocer hechos y situaciones del entorno social y cultural. Y estas actividades no necesariamente tienen que estar encaminadas al aprendizaje deportivo, sino que intentan favorecer tanto la exploración de uno mismo, como las relaciones con los demás y el disfrute creativo del ocio. (op. cit., 2002)

Papalia, et al, (2001) mencionan que muchos hombres y mujeres jóvenes son menos activos durante la adolescencia. Sólo 50% de varones que estudian en la escuela secundaria

y 25% de las mujeres informan que participan en actividad física vigorosa y por lo menos tres días a la semana.

Una de las actividades que llevan los adolescentes en la escuela, es la materia de educación física, la cual se encuentra situada dentro del contexto del desarrollo general de la persona, porque intenta educar a través de lo físico, sirviéndose del cuerpo y de sus posibilidades de acción y movimiento, para lograr objetivos de carácter lo más amplio posible. (op. cit., 2002)

Es muy importante que se llegue a establecer en la etapa de crecimiento de los adolescentes, hábitos higiénicos duraderos, de forma paralela a la realización del ejercicio, que incidan de forma positiva en su salud como por ejemplo: una correcta alimentación, descansos apropiados, hábitos de higiene corporal etcétera, para tener una imagen apropiada de sí mismos, todas éstas se están enseñando en la clase de educación física en las instituciones según su plan de estudios.

2.3 Educación Física

Se define la Educación Física como:

“Una pedagogía de las conductas motrices, remitiendo al Manifiesto Mundial de la Educación Física (1971), donde la Federación Internacional de Educación Física (F. I. E. P.) define a ésta como: „el elemento de la educación que utiliza sistemáticamente, las actividades físicas y la influencia de los agentes naturales: aire, sol, agua, etc., como medios específicos’. Se deduce de esta definición que la finalidad de la Educación Física es la educación y el medio empleado, el

movimiento, tratándose de una acción que se ejerce sobre los sujetos y no sobre los contenidos”. (Chinchilla & Zagalaz, 2002, p. 90)

Para la Educación Física, los términos utilizados como conceptos generales, que resumieran todos sus contenidos están aislados e independientes; algunos como educación corporal, deporte, ejercicio físico, etcétera, tratan de esta forma de afrontar la totalidad del ser humano, acogiendo aspectos tales como las del juego, afectividad, motivación, conducta, rendimiento, entre otros, que son reflejos de aspectos humanos fundamentales. Sin embargo con esto se puede afirmar una teoría de la educación física según Chinchilla y Zagalaz (2002, p. 91) “estudia el movimiento y sus claras implicaciones didácticas y pedagógicas, encaminadas a la educación del sujeto a través de un mejor y más equilibrado conocimiento, y dominio propio de las relaciones con los demás y del entorno que los rodea”, es el campo que incumbe e interesa tanto a educadores y pedagogos, como a psicólogos.

Por esto es que la educación física puede modificar la conducta del individuo en sus actividades físico-deportivas en su personalidad, creándose mejores hábitos de vida y completando su proceso de relación. En definitiva, su marco de actuación es muy amplio en el ámbito escolar y extraescolar, en el niño y el adolescente (op. cit., 2002)

La educación física se realiza de manera proyectada, estructurada y repetitiva, con el propósito de mantener o mejorar la *forma física* y el *bienestar del cuerpo*, tanto física como mental y socialmente. *Mientras que todo ejercicio es actividad física, no toda actividad física es ejercicio.* (op. cit., 2008)

En el plan de estudios de la materia de Educación Física de 2005 de la Escuela Secundaria Técnica No. 70 se fundamenta que es indispensable considerar, por grado de

estudio, lo siguiente en relación a la disciplina y su estado de crecimiento (siendo estos criterios, no los únicos, pero sí los de mayor relevancia, desde mi punto de vista):

1° de secundaria.- Reafirmar el conocimiento de su cuerpo... reafirmar sus hábitos positivos de alimentación, higiene, descanso y conservación del medio y fortalecer sus valores culturales.

2° de secundaria.- Incrementar sus capacidades físicas... reconoce los efectos benéficos de sus hábitos correctos para la práctica de la actividad física y los daños que ocasionan su ausencia o exceso.

3° de secundaria.- Se integran las capacidades físicas coordinativas... se reafirman y practican los hábitos que complementan la actividad física para la salud.

Con esto se tiene que en esta escuela, se llevan a cabo unos de los objetivos principales para el buen desempeño de los alumnos, así como para adaptarlos al medio en el que se van desarrollando, sin embargo, tomando en cuenta a Chinchilla y Zagalaz (2002), mencionan que debe haber dentro de los objetivos generales de la Educación Física lo siguiente:

1) Participación en varias actividades, 2) Valorar diferentes comportamientos, 3) Resolver problemas, 4) Conocer y valorar su cuerpo, 5) la Educación Física como medio de exploración y disfrute de sus posibilidades motrices, 6) Dosificar el esfuerzo, 7) Conocer diferentes formas de actividad física, 8) Utilizar los recursos expresivos 9) Adoptar hábitos de higiene, de alimentación, posturales y de ejercicios físicos; para que incidan positivamente sobre la salud y la calidad de vida.

B.O.C. (Núm. 44/1993b. en Gómez, 2001) cita que se podría indicar que el valor educativo del deporte y la actividad física radica, principalmente, en que a través de éstos el

adolescente llega a construirse las nociones topológicas, espaciales, temporales y corporales por la interacción de él con los demás, a través de las relaciones lógicas que establece por el uso de estrategias cognitivas y utilizándolas a su vez, como medio de analogía para establecer su nivel de desarrollo, destreza, etcétera, con los que le rodean y así definir sus propias posibilidades y tomar las consecuentes decisiones para el futuro.

2.4 Psicología del Deporte

Para este trabajo he considerado el deporte, por lo que la definición que se le da a esta actividad, y como actúa en formación con los adolescentes desde el punto de vista de la psicología retome lo siguiente...

El definir qué es la psicología de la actividad física y el deporte (dado que su definición ha variado en las distintas épocas). La más reciente definición que se maneja es la siguiente: la **Psicología del Deporte y de la Actividad Física** es el estudio científico de los factores psicológicos que están asociados con la participación y el rendimiento en el deporte, el ejercicio y otros tipos de actividad física (Pulgarín, 1998)

Para los años 90 se representaría como un avance totalmente decisivo de la Psicología del Deporte, la cual crece en:

- La actividad física como un medio para mejorar la calidad de la vida.
- El desarrollo de estudios interdisciplinarios.
- La introducción de la psicología del deporte en todas las manifestaciones de éste, con énfasis en el deporte escolar, recreacional y popular.
- La aparición de enfoques teóricos y metodológicos, que facilitarán las tareas de campo existiendo una mayor relación entre la teoría y la práctica.

- La aplicación de los resultados obtenidos en el deporte a otras áreas de la actividad humana.

Hoy en día se le define al deporte como *juego y competición*, cuya práctica supone entrenamiento específico y sujeción a unas p recisas normas. Dentro de los diversos deportes la intensidad del esfuerzo, como es lógico, presenta muy amplias variaciones, la *actividad física* de un *deporte* practicado en *tiempo de ocio* (el fútbol y básquet, por ejemplo) aporta beneficios adicionales que atañen no sólo al *bienestar físico*, sino al *mental* y al *social*. (op. cit., 2008)

Tomando en cuenta todo lo anterior, y marcando que en la adolescencia, siendo un período visto por muchos cambios físicos, y que crea la necesidad de integrar una nueva imagen corporal (Llanos, 1989), es por lo que, esta rama de la psicología está enfocada al estudio de estas necesidades.

El disfrutar de una buena aceptación social por parte de los compañeros, facilita una mayor expansión de sus facultades físicas, y por el contrario, al no verse aceptado puede ser un factor inhibitor de sus posibilidades físicas. (Beltrán, 1992)

Por lo que corresponde a la práctica deportiva, la cual se tomará como una variable, su calificación la llevaré a cabo por la frecuencia de aparición de cada una de las preguntas de la segunda parte del cuestionario Brincos y Saltos, en la práctica deportiva fuera y dentro de la escuela.

Capítulo 3

Obesidad

Empiezo definiendo lo que es *Obesidad*. “Es la forma nominal de *viso* la cual proviene del latín *obēsus*, lo que significa ‘corpulento, gordo o regordete’. *Ēsus* el participio pasado de *edere* (comer), con *ob* agregado a este. El latín clásico, este verbo se encuentra solamente en la forma de pasado participio. (Oxford English Dictionary, 2008) De acuerdo con La Organización Mundial de la Salud (*OMS*) (1998) se describe la obesidad como: Un estado complejo, un problema social serio con dimensiones psicológicas, que afecta virtualmente a todas las edades y grupos socioeconómicos, y que amenaza con abrumar a países desarrollados y en vías de desarrollo. Como la obesidad es el trastorno metabólico más frecuente en nuestro medio, es un problema de salud pública importante. Con una incidencia que varía significativamente respecto a factores como el nivel socio-económico y medio ambiente, con dietas ricas en hidratos de carbono, (Gutiérrez, 2001), no obstante, parece que los factores genéticos y otros distintos a la fuerza de voluntad y la elección de estilos de vida, pueden influir en que muchas personas sean más susceptibles a la obesidad. Papalia, et al., (2001, p. 419) mencionan que entre estos factores están “la regulación defectuosa del metabolismo, la incapacidad para reconocer señales corporales sobre hambre y saciedad, y el desarrollo de una cantidad anormal de células grasas”, además de que la actividad física se hace moderada o no se practique, contribuyendo todo ello al sedentarismo.

El peso corporal es una función de la energía consumida *versus* la energía gastada, midiéndose por la actividad física. (Vera & Fernández, 1989) Cuando la ingestión de energía excede al gasto, el organismo aumenta sus reservas de energía, ya que en el organismo hay una limitada capacidad para almacenar proteínas, y el metabolismo proteínico está muy regulado. Por tales razones se está con exceso de peso, con una serie de factores cómodos o flojos y por lo tanto sedentarios, con mala capacidad física, cuesta arrastrar el propio peso. (Del Castillo, 1998) En las sociedades que hoy están ingiriendo menos cantidad de alimentos que hace tres décadas, los índices de sobrepeso y obesidad siguen aumentando. Esto indica claramente que los niveles de gasto calórico o de requerimiento energético son cada día menores. *Entonces se puede concluir que las personas se están moviendo menos y que dicho gasto no iguala ni supera a la ingesta diaria.* La obesidad en la adolescencia es un ejemplo de nutrición deficiente por exceso en el consumo de comida chatarra y/o rápida, el cual constituye uno de los problemas más comunes en los países desarrollados, en los cuales la mejora del nivel de vida, ha condicionado mayor disponibilidad a algunos nutrientes, acompañada también de cambios en los hábitos de conducta física diaria. (González, 2004)

Los cambios corporales que se producen en la pubertad y la adolescencia dependen de la buena alimentación durante ese periodo. Entre los 10 y los 20 años aproximadamente, en lo que sería la pubertad, la adolescencia y la postadolescencia, se produce un importante aumento de la masa corporal. Este crecimiento depende de un potencial genético heredado, pero también de la nutrición y de factores hormonales. Para medirlo se utilizan diversas variables como la talla, el peso, y algunos diámetros. (Crispo & Guelar, 2002) Hoy en día, la valoración práctica más popular de la adiposidad es por el uso del Índice de Masa

Corporal (IMC) derivado de peso/talla², McLaren, (1993, p. 149) dice que el IMC “es independiente en gran parte de la talla, y este método pasa por alto las diferencias en la composición corporal y en el tamaño de la estructura”. Y Gonzáles, (2004) argumenta que el IMC cambia constantemente con la edad, y tiene la limitación de que sólo informa de cambios globales de la masa corporal. En el adolescente puede usarse el peso corporal, ya que es la medida más frecuente para obtener el índice de obesidad más adecuado según las tablas, que cuando se correlaciona con la talla o la edad; es por eso que es utilizada la tabla 1, donde se maneja de acuerdo al IMC (en adolescentes puede sobreestimarse el peso ideal en relación con el peso para la edad, aun así se presenta en las tablas 2a y 2b de acuerdo con la edad promedio)

Tabla 1. Clasificación del peso corporal de acuerdo al IMC para adolescentes

IMC	PESO
15	Peso muy por abajo del normal
15.1 – 18.9	Peso por abajo del normal
19.0 – 22.9	Peso normal
23.0 – 27.0	Sobre peso
27.1 – 30.9	Obesidad
31.0 - >	Obesidad Mórbida

Tabla 2a. Índice de masa corporal (peso/talla²) en varones por edad (CDC/NCHS/USA) (Barreda 2008)

Edad	Déficit	Normal	Sobrepeso	Riesgo	Obesidad
12	<16.5	16.5 - 19.7	>19.7	>21.0	>24.2
13	<17.0	17.0 - 20.4	>20.4	>21.8	>25.1
14	<17.6	17.6 - 21.2	>21.2	>22.6	>26.0
15	<18.2	18.2 - 21.9	>21.9	>23.4	>26.8
16	<18.9	18.9 - 22.7	>22.7	>24.2	>27.5

Tabla 2b. Índice de masa corporal (peso/talla²) en mujeres por edad (CDC/NCHS/USA) (op. cit. 2008)

Edad	Déficit	Normal	Sobrepeso	Riesgo	Obesidad
12	<16.5	16.5 – 20.2	>20.2	>21.8	>25.2
13	<17.1	17.1 - 21.0	>21.0	>22.5	>26.3
14	<17.6	17.6 - 21.7	>21.7	>23.3	>27.3
15	<18.2	18.2 – 22.3	>22.3	>24.0	>28.1
16	<18.7	18.7 - 22.9	>22.9	>24.7	>28.9

Tabla 3. Clasificación del peso corporal común de acuerdo al IMC (Pera, 2008)

IMC-Hombres	IMC-Mujeres	DIAGNOSTICO
<17	15	Desnutrición
18 – 20	15.1 – 18.9	Peso por abajo del normal
21 – 24	19.0 – 22.9	Peso normal
25 – 28.9	23.0 – 27.0	Sobre peso
29 – 32.9	27.1 – 30.9	Obesidad I
33 – 35.9	31 – 35	Obesidad II
36 – 40	36 – 39.9.	Obesidad III o Acentuada
>41	> 40	Obesidad Mórbida

Se ha clasificado a la obesidad en diferentes grados de acuerdo con la tabla 3:

- ❖ Tipo I: se estima entre un 5 y un 20% de sobrepeso de acuerdo con el peso teórico considerado normal. Es el exceso en la cantidad de grasa corporal total
- ❖ Tipo II. Implica un sobrepeso de 21 a 40% por encima del peso considerado normal, es el exceso en la cantidad de grasa subcutánea en el tronco y el abdomen
- ❖ Tipo III: implica un sobrepeso del 41 al 100% del peso ideal, es la grasa visceral abdominal en cantidad excesiva.
- ❖ Tipo IV: superior al 100% es la cantidad de grasa glúteo-femoral en exceso.

Se tienen además dos categorías para la obesidad en los adolescentes:

- Obesidad Exógena: Es de origen nutricional y representa 95% de la obesidad de la adolescencia.
- Obesidad Endógena: Es de causa orgánica y se asocia a diversos síndromes somáticos dismórficos, a lesiones del sistema nervioso central, representando el 5% de la obesidad del adolescente.

También Saldaña y Rosell (1988), manifiestan que dentro de la obesidad existen categorías en función de cuatro fases:

- ❖ De acuerdo a los rasgos morfológicos del tejido adiposo.
- ❖ Distribución anatómica del tejido adiposo.
- ❖ En función de su etiología.
- ❖ En función del nivel de sobrepeso.

En este trabajo se considera la obesidad de Tipo I: entre un 5 y un 20% de sobrepeso y el de Tipo II. (Sobrepeso de 21 a 40%), éstos enfocados a la Obesidad Exógena: por su origen nutricional, más representado en la adolescencia y lo cual se toma en cuenta en los datos.

Ahora bien tomando en cuenta que la tendencia familiar a la obesidad se ha reconocido, ésta puede deberse a que miembros de una familia tienen costumbres y preferencias similares; además, una persona con una tendencia heredada a ganar peso, puede ser obesa o no, dependiendo de la dieta, programa de ejercicio y su estado de salud en general. Existen mecanismos adaptativos que pueden ser genéticos y ambientales los cuales, al alterarse, producen como ya se ha dicho la obesidad por desequilibrio entre la entrada y el gasto de energía. Gonzáles (2004) considera que los factores ambientales

pueden ser mediadores, a través de mecanismos adaptativos, que contribuyen a incrementar el riesgo de obesidad en las generaciones actuales y futuras.

No hay duda de que la obesidad no es solamente un problema médico, sino también tiene implicaciones sociales y psicológicas importantes. El obeso no sufre únicamente por su condición de obeso, sino que también sufre por la culpabilidad que la sociedad le asigna y la discriminación que padece. Con frecuencia los obesos son etiquetados con términos que implican irresponsabilidad personal (perezosos, débiles, autodestructivos, etc.) y no es sorprendente que detesten su cuerpo y que estén preocupados por él (op. cit., 1988)

Actualmente la mayoría de científicos del desarrollo reconocen que las experiencias particulares, ligadas al tiempo y al espacio, afectan el curso de la vida de las personas y es continuo durante toda su vida. Papalia, et al, (2001) dicen que el desarrollo se complica por el hecho de que el cambio y la estabilidad ocurren en diversos aspectos de sí. Para simplificar el análisis, los científicos del desarrollo hablan separadamente de *desarrollo físico, desarrollo cognitivo, y desarrollo psicosocial*

Para comprender el desarrollo es necesario tener en cuenta la información de la conducta física, biológica, intelectual, social, emocional y de otros tipos, desde el nacimiento hasta la adolescencia. Cada tipo de conducta cambia al desarrollarse el niño y estos cambios son el producto de factores genéticos, condiciones biológicas y experiencias pasadas y presentes, y la cultura de las distintas épocas. (Biehler, 1980) es así que para entender cómo es que se llega a dar la obesidad en las personas, desde los distintos modelos psicológicos se explica de la siguiente manera.

3.1 Los Principales Modelos Psicológicos Relacionan la Obesidad con:

De acuerdo al *Modelo Conductual* se toma en cuenta la forma de cómo la conducta del organismo se relaciona con su ambiente y el reflejo (que es un fenómeno utilizable para explicarlas) se da en esas relaciones ambiente-conducta, resultando que los patrones de conducta compleja están compuestos de reflejos o pueden ser sintetizados a partir de ellos.

El ambiente entra a formar parte de una descripción de la conducta, al mostrarse que una parte de ésta puede inducirse a voluntad por una modificación parcial de las fuerzas que afectan al organismo. Esta parte, o modificación de una parte del ambiente, se llama “estímulo” (se representa como la variable independiente) y la parte correlacionada de la conducta “respuesta”. Ninguno de los dos términos puede definirse en cuanto a sus propiedades esenciales sin el otro. Para la relación observada entre ellos es el “reflejo” (Skinner, 1979)

“La terapia conductual o terapia del comportamiento es la utilización de los principios del aprendizaje definidos experimentalmente con miras a cambiar las conductas inadaptativas” (Bouchard, 1981 p. 26) Es por eso que para describir las influencias recíprocas entre un organismo y su medio es necesario, 1) definir la *respuesta* objeto de la observación; 2) definir el *estímulo* que determina el momento de aparición de la respuesta.

Con esto el Modelo Conductual del aprendizaje permite explicar los aspectos motivacionales que justifican el porqué el obeso mantiene las conductas tales como sobre ingesta y sedentarismo por mencionar algunas.

Es importante recordar que cuando se habla de un cuerpo ideal o espectacular, se refiere no a un ideal de salud o bienestar, sino a una categoría de “moda” imperante en determinado momento. El ideal de belleza ha ido cambiando, según las épocas, y es diferente en las distintas sociedades. Esta sociedad enajenante, comunica constantemente

que el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente, sin darle características de inteligencia; los medios de comunicación perpetúan y refuerzan este concepto, sugiriendo que la totalidad de la mujer se manifiesta a través de la imagen corporal, desintegrando su propia personalidad. (Aguirre, 1998)

Es así como las conductas alimentarias y las actitudes que se tienen en relación con la imagen corporal y los alimentos, son tantos o más importantes que la sola ingesta de alimentos. (Guillen, 2001).

Ahora bien para el *Modelo Cognitivo* en cuestión del desarrollo cognitivo, se implica la construcción del conocimiento. Caracterizado como un sistema de tratamiento de la información, el conocimiento es antes que nada una actividad, siendo la manera como la gente adquiere, almacena y emplea la información (Kingler, 1999)

Davison y Neale, (2002) dicen que el investigador cognoscitivo se ocupa de la manera como la gente interpreta activamente los estímulos ambientales y cómo estos, transformados, afectan la conducta. El reforzamiento desempeña una función secundaria en las teorías en psicólogos cognoscitivos. Desde la perspectiva en que las variables organismicas van cobrando una mayor sustantividad por sí mismas, a la vez que las variables de ambiente o situaciones se extienden tanto a las situaciones reales como a las percibidas, se va aceptando que la relación funcional entre estímulo-organismo-respuesta no es lineal, y que el diseño debe admitir forzosamente la existencia de variables de interacción recíproca entre estos tres parámetros. Ya que el sujeto es agente de su realidad y tiene poder para actuar sobre sí mismo, y sobre la situación o contexto que le envuelve. (Buela-Casal, 1996)

Beck es autor de la terapia cognitiva cuyo objetivo se centra en analizar los patrones de pensamiento erróneos que pueden dar lugar a conductas poco integradas. La terapia cognitiva se focaliza en el “aquí y ahora”, centrándose en las experiencias internas (mentales) del sujeto, tales como pensamientos, deseos, aspiraciones, etcétera, formulando las ideas y creencias desviadas del sujeto acerca de sí mismo, de sus experiencias y de su futuro en términos de hipótesis cuya validez se intenta comprobar de modo sistemático. Así casi todas las experiencias pueden dar la oportunidad de realizar un experimento relevante a los puntos de vista o creencias negativas del sujeto (op. cit., 1996) En la terapia se trata de convencer a los pacientes de que cambien sus opiniones sobre ellos mismos y la forma en que interpretan los sucesos de vida (Davison & Neale, 2002) *Controlando el pensamiento se controla la conducta.*

El **Modelo Psicosocial**, donde todos los psicólogos que trabajan sobre la adolescencia afirman que el origen de los cambios en adolescentes es, fundamentalmente, imputable a determinaciones externas, es decir, a las interacciones sociales y a la necesidad de adaptarse a los nuevos roles.

La socialización adolescente (relaciones interindividuales, normas, valores, actividades sociales) se realiza en determinados “espacios” (familia, escuela, grupo de pares, etc.) y a través de unos “medios” (comunicación, relaciones, etc.) por los cuales se realizan tales procesos.

Se contempla como unidades de análisis de la evaluación, tanto las variables de respuesta (las conductas motoras, fisiológicas, cognitivas, pensamiento, motivaciones expectativas...) como las de ambiente (tanto el real como el percibido), y las relativas al

organismo (aspectos biológicos, historia de aprendizajes del sujeto, las competencias, el sistema de autorregulación, las ideas irracionales etc.).

En cuestión del hambre Battagay (1986) propuso que la diferencia fundamental entre los humanos obesos y los no obesos, es el tipo de señales de hambre a las que atienden. Los humanos de peso normal comen cuando su cuerpo indica que necesitan alimentarse, en cambio las personas obesas prestan atención a los indicadores externos como el gusto, el olor o el aspecto de la comida. Las personas obesas no comen solamente cuando su cuerpo indica que tiene hambre, sino también en respuesta a una serie de indicaciones del ambiente. Así, tomando la valoración cultural que se hace del sujeto obeso, se marcará la diferencia entre “aceptado” o “estigmatizado”. Ello provoca que los obesos tengan una baja autoestima. (García, 2001)

Sin embargo, para centrar la problemática adolescente en el tema de la *identidad del yo*, (corporalidad, mismidad, intimidad, vocación, identificación, identidad grupal, marcas, diferenciabilidad, consignas totalitarias, radicalismo, idealismo amoroso, etc.), en el **Modelo del Psicoanálisis** E. Erikson, describe el desarrollo del hombre a través de ocho grandes etapas, cada una de las cuales hace referencia a una organización relativamente completa de la personalidad, asentando los logros de la anterior y las integra, ya que consisten en la vivencia y solución de un estado de crisis que provoca una situación negativa, que es sobrepasada por una situación positiva. Solo mencionaré las de la adolescencia: a) Identidad contra difusión de la identidad corporal (fase genital freudiana) b) Intimidad contra aislamiento (adolescencia). Afirmando que la madurez empieza cuando la identidad ha sido ya de algún modo consolidada (integridad) (Aguirre, 1998), por lo que se centra la problemática del adolescente en los estados de la identidad.

Papalia, et al, (2001) clasifican la identidad como estados de desarrollo del *yo* que dependen de la presencia o ausencia de crisis (periodo de toma de decisiones conscientes relacionadas con la formación de identidad) y compromisos (inversión personal en una ocupación o un sistema de creencias)

La interpretación que se hace de los acontecimientos reales, lleva a un desajuste personal. *No son los traumas infantiles, sino el sistema de creencias actuales, los que trastornan a la persona.* Tales creencias pueden ser: Las racionales que se traducen en consecuencias emocionales y/o conductuales adecuadas; las irracionales, por el contrario, producen sentimientos o conductas inadecuados. (op. cit., 1996) De hecho, mencionan Gaonach y Golder (2005, p. 221), a esto último, que “se traduce la satisfacción o insatisfacción que cada cual experimenta, en relación con su apariencia física o con la seducción física que cree ejercer en el entorno”.

Aguirre (1998) indica que la actitud ante el propio cuerpo del adolescentes, que es a la vez *ética* (lo corporal es una racionalización de valores sobre su identidad corporal, en la que lo obeso es sentido como impuro) y *estética*. (Lo corporal crea “*modelos*” publicitarios, basados en la fuerza para el chico y en la delgadez para la chica) Para las chicas la delgadez y para los chicos el desarrollo muscular. (EL CHICO QUIERE SER COMO UN TORO Y LA CHICA NO QUIERE SER COMO UNA VACA)

Por último, el ***Modelo Cognitivo-Conductual*** tiene sus orígenes en los presupuestos esenciales del conductismo. Si bien los enfoques mediacionales supusieron una cierta apertura del conductismo radical a procesos intermediarios entre E-R, en una teoría reduccionista, a la importancia que se otorgaba a los procesos de pensamiento como determinantes de la conducta. Esto dio que se fuera gestando este nuevo movimiento

denominado *Cognitivo-Conductual*, el cual es interpretado por algunos (como Mahoney) como el estudio de los procesos encubiertos de orden cognitivo a partir del paradigma experimental. (op. cit., 1996)

Este modelo combina los aspectos de la psicoterapia tradicional y la modificación de conducta. Se requieren conocimientos, conductas y tipos de pensamiento (cogniciones) autodestructivos, seguidos de apropiados cambios en la conducta.

Es por esto que el trastorno en la ingesta de comida es una relación impropia con la comida o una grave desviación de los hábitos alimentarios, los cuales tienen repercusiones que van más allá de la conducta de ingesta, afectando su salud física y el bienestar emocional de la persona y perjudicando su desempeño social y profesional. Se encuentran algunos rasgos asociados a trastorno de la ingesta de comida como:

1. Preocupación extrema por el aspecto, la imagen y el tamaño corporal
2. Exagerado temor a engordar
3. Rigidez de pensamiento y abandono de las actividades normales

Las personas que padecen estos trastornos presentan las siguientes características: autoestima pobre, dan excesiva importancia al aspecto físico, se preocupan por agradar a los otros y sienten un temor exagerado a engordar. (García, 2001)

Con esto para los adolescentes, durante el periodo de maduración emocional y social así como físico, se relaciona la ocurrencia de la obesidad a las circunstancias sociales, que con frecuencia son adversas, por lo que las mujeres, en especial aquellas que están en el desarrollo avanzado de la pubertad, tienden a pensar que son demasiado obesas. Es esta imagen corporal negativa la que puede producir un trastorno alimentario. (Papalia, et al., 2001)

Actualmente, nos encontramos con una sociedad en la que le surgen, cada vez más, los desórdenes nutricionales; es decir, existe una preocupación exacerbada por *El peso y la figura corporal* y las prácticas reiterativas para controlarlo. En todo este fenómeno el papel de la sociedad es primordial ya que afecta a las diferentes clases sociales.

Para comprender el desarrollo de la *obesidad*, se debe tener en cuenta que la endoculturación alimentaria del mexicano está cambiando constantemente, pues en la medida que la cultura norteamericana día a día hace presencia, el mexicano se ve obligado a modificar sus hábitos alimentarios produciendo así obesidad, que se convierte en un problema psicológico cuando las presiones socioculturales llevan al mexicano a rechazar su propia imagen corporal y su apariencia física, porque no se ajusta a los cánones éticos que van dominando. (Gutiérrez, 2001)

Así es como el obeso manifiesta un tipo de pensamiento mágico sobre su problema, pues intenta bajar de peso con dietas, ejercicios, masajes, thes, etcétera. Al no lograr su objetivo vuelve a comer compulsivamente, reiniciando su problema con resultados aún más negativos.

Por eso el modelo utilizado en el presente estudio es el Cognitivo-Conductual, en el cual se considera que el ejercicio físico y su motivación a la práctica deportiva se relacionan directamente con el gasto de energía y el desarrollo del adolescente.

3.2 Trastornos de la Conducta Alimentaria

Bajo la categoría de trastornos del comportamiento alimentario, se agrupa una serie de alteraciones conductuales que varían en las manifestaciones y gravedad de su sintomatología. Los tipos de trastornos más comunes que afectan tanto a niños,

adolescentes y adultos, por mencionar los principales, son la obesidad, la sobre ingesta compulsiva, la anorexia y la bulimia, de los cuales se toma el sobrepeso y la obesidad.

Según el Manual de Diagnóstico y Estadística de desórdenes mentales (DSM-IV-TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría, las patologías alimentarias incluyen anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, desórdenes alimentarios no especificados de otra manera (NOS), acción rumiante (regurgitación de comidas) en la infancia, deseos de comer tipos no naturales de alimentos y últimamente se ha incorporado la patología de ingesta profusa en corto lapso. (Flores, et al., 2002)

El *sobrepeso* implica exclusivamente un aumento del peso corporal sobre su valor estándar, que generalmente se correlaciona con la talla. (Se tiene más grasa en el cuerpo que lo que sería saludable tener) La *obesidad* se caracteriza por la acumulación y almacenamiento excesivo de grasa, principalmente en el tejido adiposo, manifestándose por un incremento de peso mayor al 20% del peso ideal esperado por la edad, la talla y el sexo.

De acuerdo con Papalia, et al, (2001, p. 420) “la obesidad es un trastorno de la conducta alimentaria que, sin embargo, se presenta en todos los grupos étnicos y clases sociales, y tiende a desarrollarse en las familias, indicando posibles orígenes socioculturales y de desarrollo.” Si los hábitos de alimentación consistentemente son mayores que los que el sujeto necesita, y si los hábitos de actividad física son menores, el individuo gradualmente subirá de peso. (González, 2004)

Hablando del *sobrepeso*, Zierol M E. y Zierol M G (2001, p. 117) mencionan, que es “el resultado de una variedad de factores, desde una gran ingestión calórica y una reducción de la actividad física, a alteraciones del metabolismo basal. Sin embargo, una vez que se ha iniciado la baja en el nivel de actividad física, ayudan a mantenerla”.

Los trastornos del comer se desarrollan por lo general en el periodo que se extiende desde la pubertad, pasando por la adolescencia, hasta la juventud, debido a que es un periodo de numerosos cambios, corporales, sexuales y psíquicos. (Crispo & Guelar, 2002)

Junto con esto, hoy en día los colegios poseen patios minúsculos, la jornada escolar se ocupa en computación u otras actividades técnico-intelectuales, a veces comparten una mesa con los padres. Las escuelas les venden y las mamás les mandan unas bombas calóricas de grasas saturadas. Esto se vincula íntimamente con la gran promoción de “comida rápida” cerca de centros escolares, y con la obtención de mayor cantidad de alimentos por menor cantidad de dinero. Ven televisión, comen y duermen.

Como se puede ver el panorama es difícil. Se come fácilmente y abundantemente. McLaren (1993, p. 151) menciona que se da “en pequeños paquetes muchas calorías, se sube de peso, se limita la movilidad y todo esto, estimulado por el marketing y la tecnología en el sentido de que es sinónimo de status ser transportado y servido lo más posible”. Pero la *nutrición* es muy importante en los adolescentes, (como todas las personas) deben evitar los alimentos “chatarra”, como papas fritas, gaseosas y helados altos en colesterol, grasas y calorías, y bajos en nutrientes. (Papalia, et al., 2001)

Gutiérrez (2001, p. 36) dice: “el mexicano participa en una cultura que no es la suya y consume tecnología alimentaria que está de moda, lo que se denomina la *sabritomanía*, la *Mcdonalización* de la sociedad. De este modo alimentos chatarra como las sabritas, coca cola, pepsi, hamburguesas, entre muchos otros, van sustituyendo lenta, pero paulatinamente los nopales, pozole, los platillos típicos como los taquitos, etc.... incorporan nuevos condimentos a nuevas formas de elaboración de los propios alimentos, y lleva a conocer distintos tipos de cocina”. Actualmente se considera a la obesidad como un grupo de

entidades heterogéneas o de origen multifactorial que se caracteriza por presentar excesos. Por lo que es tomada la obesidad como un problema de salud pública con tendencia al incremento. (Portillo, 2001)

Ahora bien, tomando en cuenta lo que se ha dicho anteriormente, en el factor *biológico*, la obesidad se va generando, cuando se distorsionan “los mecanismos fisiológicos implicados en la ingestión, digestión, absorción, almacenamiento y utilización de los nutrimentos, con la finalidad de permitir un crecimiento óptimo y equilibrado en la altura y peso durante la infancia y la pubertad”, (Calzada, 2003, p. 8) que tienden a perpetuarla.

Los trastornos alimentarios se desarrollan por lo general en el periodo que se extiende desde la pubertad hasta la juventud, debido a que tiene numerosos cambios tanto corporales como sexuales y psíquicos. La situación personal de inestabilidad y cambio se ve agravada por estar inmersos en una sociedad que comunica claramente que el papel más importante de la juventud es ser atractivo (a) físicamente. (Crispo & Guelar, 2002)

En las *características cognitivas*, retomando al verbo *cognoscere*, “conocer” que se emplea en la psicología, y el cual designa a los conocimientos y las capacidades de un individuo. Se ha señalado que (en la mayoría de las ocasiones), los obesos son más vergonzosos, pasivos, tímidos, temerosos, con baja autoestima y un concepto distorsionado de su imagen corporal e incluso que tienen un desarrollo de personalidad inadecuado, o manifestaciones de enfermedades psíquicas. (Gutiérrez, 2001)

Se puede concluir que los trastornos de la conducta alimentaria “se origina en otros conflictos propios de la adolescencia. Habitualmente, centrar el problema en las conductas que llevan a la restricción o al desborde alimentario extremo impide que se aborde la razón

que en verdad genera los trastornos” (op. cit., 2002 p. 39) de la obesidad como: trastornos por atracón (binge eating), bulimia, fobia social, y trastornos de la personalidad por dependencia limítrofe y esquizoafectiva.

3.3 Requerimientos de Consumo Durante el Desarrollo

Lo que necesita el organismo para favorecer el desarrollo del cuerpo está en todos los alimentos, pero cada uno de ellos tiene una finalidad determinada, unos se encargarán de la función y regeneración de los tejidos corporales (proteínas y sales minerales), otros aportarán la suficiente energía (hidratos de carbono y grasas) y por último los hay que actuarán de complemento en todas estas funciones (vitaminas). Durante la adolescencia también resulta sustancial el consumo de minerales como el calcio, zinc y hierro. Estos son los principios inmediatos fundamentales en la nutrición.

Aguirre (1998, p. 59) dice: “La nutrición constituye un aspecto crítico para un normal crecimiento y desarrollo en una etapa de crisis somática y de incremento en las necesidades energéticas del organismo” y alimentarse bien no quiere decir necesariamente comer mucho, sino comer lo suficiente y alimentos de calidad.

Las tablas pueden servir de “*orientación básica*”, ya que cada individuo es un caso particular con unas características morfofisiológicas y actividades propias. Saber qué tanto deben comer los adolescentes es una buena base de acuerdo a la demanda de energía que necesiten, la mujer alcanza niveles de 2200 kcal./día entre los 11 y 12 años de edad, y se mantiene así por toda la adolescencia; los varones, cuyo periodo de crecimiento es posterior, dicha demanda se inicia a un nivel de 2500 kcal./día y aumenta a 3000 kcal./día,

durante el periodo de máximo de crecimiento, para luego disminuir a los niveles de adulto durante el final del segundo decenio de su vida y el principio del tercero. (Van, 2001)

Al aumentar el total de calorías, es importante distribuirlas entre los diferentes tipos de alimentos: consumir preferentemente hidratos de carbono complejos, incrementar especialmente el consumo de proteínas; y disminuir la ingesta de grasa.

Se sabe que una persona come, crece y se desarrolla, por lo que muchos adolescentes consumen más calorías superiores al necesario para el crecimiento y maduración que las que gastan, y así acumulan exceso de grasa en el cuerpo. Esto se da porque el rápido crecimiento del adolescente va acompañado muchas veces de un aumento del apetito. Sin embargo los adolescentes pueden controlar muchas de las causas de obesidad, como la poca actividad física y hábitos alimentarios pobres, así como el saltar las comidas; éstas son: desayuno, almuerzo, merienda y cena. El organismo, de esta forma, está provisto de la energía y nutrientes que necesita para un buen funcionamiento. Crispo y Guelar, (2002, p. 36) afirman: “Si los períodos sin comer se prolongan en más de tres horas y media a cuatro, el cuerpo comienza a entrar en ayuno, alterando funciones químicas y metabólicas. El metabolismo y el gasto energético tienden a disminuir, lo que favorece la aparición de atracones”. Si existen restricciones calóricas, sobre todo si son constantes, pueden producirse retrasos, detenciones o alteraciones en el crecimiento y desarrollo. Los cambios de horario, comidas en institutos y salidas, junto con una permanente tendencia a ratificar *el yo* hace difícil controlar la ingesta nutricional.

3.4 Hábitos

El término “hábitos alimentarios” puede tener diversos significados. Ya que las costumbres y los estilos alimentarios difieren de un humano a otro. “En una nación tan bien nutrida como la nuestra, la comida no suele ingerirse nada más para calmar el hambre, sino por el hecho de que despierta el apetito”. (Lowenberg, Todhunter, Wilson, Feeney & Savage, 1970 p. 79) Las costumbres y hábitos alimentarios dependen de una combinación de factores psicológicos y bioquímicos. Dentro de ciertos límites, es evidente que la gente come y prefiere lo que le gusta y considera que le hace provecho. Y los patrones alimentarios se basan en los conocimientos sobre la materia.

Los hábitos en función de la cantidad y frecuencia con que se consumen los alimentos, han demostrado ser importantes en relación con la obesidad. Es muy posible que el consumo de gran cantidad de alimentos, en pocas ocasiones más que de bocadillos frecuentes, contribuya con el desarrollo de la obesidad (McLaren, 1993). Puede ser que los sujetos obesos tengan hábitos diferentes de los sujetos con peso normal, y que estos hábitos estén incidiendo directamente en el mantenimiento de este problema.

Todo esto debido a las influencias publicitarias, y el bombardeo de consumo que se da a través de la radio, la televisión, los medios gráficos e impresos, deformando los hábitos alimentarios de una forma negativa, con importantes repercusiones, especialmente para la población infantil y adolescente. Estos productos además de tener un bajo contenido alimenticio, son dañinos para la salud por su alto contenido de sustancias químicas, como colorantes, saborizantes, estabilizantes, etc. Cabe decir que la TV, además de fomentar los malos hábitos alimentarios, propicia hábitos de sedentarismo importantes.

Los hábitos alimentarios en los países desarrollados son una de las causas principales del alto índice de Obesidad que se registra en ellos. Comer de prisa produce más

estrés que estar sin comer durante dos días seguidos. Al sentarse a la mesa con preocupación, es muy posible que el cuerpo no segregue las enzimas necesarias para una buena digestión de los alimentos. Es necesario establecer periodos de preparación, a fin de que los jugos gástricos fluyan para cuando empecemos a comer; de igual forma hay que dar tiempo al organismo para que funcione adecuadamente durante el proceso digestivo. *Comer debe ser un placer, no una obligación.* (Contreras, 2001)

Para concluir, retomo lo que manifiestan Zierold M. E. y Zierold M. G., (2001, p. 117) “se ha encontrado también que en la medida que el peso aumenta, la actividad física disminuye”. Es por eso que se necesita de la actividad, con medida, para no salir de los parámetros normales en cuanto a la salud.

Realizando actividades físicas se obtiene lo siguiente: músculos y huesos más fuertes y resistentes, autoestima mejorado y seguridad en las capacidades, buena salud, rendimiento en estudios y mejora en las capacidades de aprendizaje, gasto de energía para el control del peso corporal, mejor imagen corporal, se aumenta la resistencia, fuerza, flexibilidad y velocidad. Y realizándolas habitualmente las capacidades de coordinación, agilidad y equilibrio mejoran. (Barreda, 2008)

Retomando todo lo escrito, reconozco a la práctica deportiva como un elemento favorecedor de la salud y de la calidad de vida. Junto con la creación de hábitos higiénicos y de salud, una buena alimentación, dará un desarrollo óptimo de los adolescentes y no se caerá en el sobrepeso y/o la obesidad.

Capítulo 4

Método

4.1 Planteamiento del Problema:

¿Cómo influyen la conducta alimentaria y la condición de peso en la práctica deportiva en adolescentes estudiantes de secundaria?

4.2 Objetivos

Objetivo General:

Identificar la conducta alimentaria de los adolescentes estudiantes de secundaria y su relación con la práctica deportiva.

Objetivos Particulares:

Identificar la condición de peso de los adolescentes estudiantes de secundaria a partir de su IMC de niños y adolescentes.

Identificar la conducta alimentaria de adolescentes estudiantes y su relación con la práctica deportiva a través de sus gustos y actividades deportivas escolares.

Identificar qué práctica deportiva realizan, dentro y fuera de la institución.

Identificación del registro socioeconómico.

4.3 Hipótesis:

H (1): La conducta alimentaria influye en el desarrollo de la práctica deportiva de los adolescentes estudiantes de secundaria

H (2): La condición de peso influye en el desarrollo de la práctica deportiva de los adolescentes estudiantes de secundaria

4.4 Tipo de Estudio:

Se realizó una investigación ex post facto

4.5 Diseño:

Se utilizó un diseño cuasi-experimental, de tipo descriptivo.

4.6 Muestra:

Los estudiantes que participaron de forma voluntaria en el estudio, fue integrado por 290 adolescentes de ambos sexos (132 muchachos y 158 muchachas) de un rango de edades entre los 12 y 16 años, que se encuentran inscritos en la Escuela Secundaria Técnica No. 70 “José Maria Pino Suárez”, cursando 1°, 2° y 3° de secundaria.

4.7 Selección de los sujetos:

En la Escuela Secundaria Técnica No. 70 “José Maria Pino Suárez”, se pidió permiso a las autoridades del plantel para llevar a cabo el estudio sobre la influencia de la conducta alimentaria y la condición de peso en la práctica deportiva en adolescentes estudiantes de ésta secundaria técnica, ubicada en el municipio de Temamatla del Estado de México.

4.8 Procedimiento:

Se realizó una investigación bibliográfica sobre los temas: adolescencia, práctica deportiva trastornos alimentarios, enfocados principalmente en la obesidad.

Se elaboró un cuestionario de preguntas con opción múltiple, y libres, que abarcó los tres aspectos anteriores. Titulado Brincos y Saltos (Anexo 1) dividido en 3 secciones, la primera para datos personales, la segunda con dos apartados sobre la práctica deportiva una dentro de la escuela y otra fuera de ella, por último una relacionada a los hábitos alimentarios.

Se solicitó de forma escrita a la jefa de la carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM, el apoyo de un oficio para el permiso de la aplicación del instrumento de estudio en la Escuela Secundaria Técnica No. 70. Dirigido a las autoridades del mismo.

Se llevó el oficio hasta el plantel y cuando dieron su consentimiento las autoridades del plantel, se organizó llevar a cabo una visita previa a la aplicación para la presentación del proyecto, material y su revisión por parte de los directivos de la Escuela

Para la aplicación del instrumento, se seleccionó el orden de aplicación de acuerdo con las actividades de los alumnos, en el horario disponible por la institución.

Los días siguientes se trabajó llevando a los alumnos a los salones seleccionados para la aplicación.

Ya en el salón se distribuyó los cuestionarios uno por uno.

Se les dio explicación del contenido del cuestionario y la intención de la investigación.

Mientras contestaban el cuestionario se paso uno por uno a los alumnos para tomarles medida de la estatura (con una cinta métrica que se coloco en la pared del salón) y peso (con una báscula casera graduada).

Al momento de la aplicación del cuestionario Brincos y Saltos y a lo largo de éste, se aclararon las preguntas y dudas relacionadas con el cuestionario.

Se recogieron los cuestionarios conforme terminaron los alumnos observando su aspecto físico y anotando con una clave (I-O) su complexión (si es delgado o robusto, respectivamente) a consideración propia.

Se realizó un muestreo de tipo no probabilístico. Dicha muestra estaba dividida por sus grados y grupos conformados por la escuela, por esta razón se fue trabajando por grupo de acuerdo al horario que me asignó la escuela, para no interferir con las actividades normales de la misma.

Para juntar y analizar los datos, fueron vaciados al programa SPSS en su versión 12.

Se llevó a cabo el análisis estadístico básico, una correlación por χ^2 , por último un estudio de relaciones significativas entre los datos de las variables utilizadas, (los sujetos obesos con la realización de una práctica deportiva).

4.9 Aplicación del estudio:

La investigación se llevó a cabo en la secundaria donde asisten a clases los adolescentes, específicamente en los salones de clases, los cuales tienen una dimensión aproximada de 5 m. de ancho por 5 m de largo.

4.10 Variables:

Independiente Directa: Conducta Alimentaria

Definición Conceptual. Conducta es la manera o forma de comportarse una persona. En el caso de la conducta alimentaria, el comportamiento guarda estrecha relación con el alimento. El desarrollo de la conducta alimentaria es un proceso complejo en el que participan componentes fisiológicos de regulación de la ingesta alimentaria, del crecimiento y peso corporal; componentes psicológicos de la persona, la familia y además de los culturales y sociales. (Osorio, Weisstaub & Castillo, 2002) Comer está vinculado por un lado a saciar el hambre (para vivir) y por otro al buen gusto, y la combinación de ambos factores puede llevar a generar placer. En el acto de comer entran en juego los sentidos (unos de forma evidente, vista, olfato, gusto y tacto, y por último, el oído puede intervenir al recibir mensajes publicitarios sobre alimentos). La conducta alimentaria no es tan sólo un acto reflejo que evita la aparición de las sensaciones de hambre, sino que intervienen experiencias previas, recuerdos, sentimientos, emociones y necesidades. (Dieguez, 2002) Además de satisfacer las necesidades biológicas, de crecimiento y desarrollo, permite la relación y comunicación con su medio social. La mayoría de los hábitos alimentarios se adquieren a lo largo de la vida, contemplando los gustos y respetando los procesos de adaptación a la hora de comer, logrando una relación sana con los alimentos, para ello se debe de fijar lugar y hora determinada para el consumo de los alimentos. Crear un ambiente agradable, la tradición, los mitos y los símbolos son determinantes de la comida de cada día, intervienen en las preferencias y aversiones que manifiestan los individuos y

juegan un importante papel en las formas de preparación, distribución y servicio de alimentos.

Los trastornos de la conducta alimentaria son condiciones complejas que emergen de la combinación de conductas presentes por largo tiempo, factores biológicos, emocionales, psicológicos, interpersonales y sociales (Trujillo, 2006)

Entre un estímulo y la respuesta que genera, en este caso la conducta alimentaria, existen vínculos fisiológicos, psicológicos, socioculturales y morales. A nivel fisiológico se encuentran los nutrientes, a nivel psicológico, los alimentos con sus propiedades organolépticas de color, sabor y textura, a nivel sociocultural, la comida, constituida por diferentes tipos de alimentos. En la vertiente sociocultural, se contemplan, los ambientales, que determinan el tipo de dieta a nivel local, por su relación con la temperatura, la altitud y la humedad de una zona geográfica determinada, que marcan a su vez la disponibilidad de alimentos. La vertiente moral delimita la aceptación o el rechazo de algunos alimentos o la forma como deben prepararse y consumirse. (op. cit. 2002)

Con la conducta se encuentran también relacionados los hábitos alimentarios, considerados como una disposición adquirida por actos repetidos que terminan constituyendo una manera de ser y de vivir del individuo. Para que esto suceda, se requiere que sean placenteros, que estén de acuerdo con las normas socioculturales establecidas por un grupo y que sean coherentes con el estilo de vida del individuo o del grupo. También las costumbres son expresión de la cultura. De esta manera la conducta alimentaria está más influenciada por los hábitos y las costumbres que por un razonamiento lógico. Con los hábitos alimentarios está relacionado, también, su valor simbólico. Se suele atribuir al alimento, beneficios o prejuicios ante las enfermedades. (op. cit., 2002)

La obesidad es el trastorno metabólico más frecuente en nuestro medio, siendo un problema de salud pública importante. Con una incidencia que varía significativamente respecto de dos factores: nivel socio-económico y medio ambiente, con dietas ricas en hidratos de carbono, se presenta con mayor predominio en las zonas urbanas que en las rurales, debido al sedentarismo y al ambiente de ingesta calórica considerable. (Gutiérrez, 2001)

Las personas se están moviendo menos y el gasto no iguala ni supera a la ingesta diaria. La obesidad en la adolescencia es consecuencia de una nutrición deficiente por exceso y constituye uno de los problemas más comunes en los países desarrollados, en los cuales la mejora en el nivel de vida ha condicionado mayor disponibilidad a algunos nutrimentos, acompañada también de cambios en los hábitos de conducta física diaria. (González, 2004)

Crispo y Guelar (2002, pp. 39) mencionan que:

“Cuando los cambios corporales no son aceptados, o no se tolera estar en un tiempo de transición con la inestabilidad propia del proceso adolescente, la persona se vuelve muy vulnerable a desarrollar un trastorno de la alimentación. Lo que en el fondo se quiere resolver es la dificultad para adaptarse al nuevo estatus social y la disconformidad con la propia identidad. Y lo que parece ser una salida en realidad es una trampa que le dificultará más aún hallar la verdadera salida”

Segunda Independiente: Condición de peso

Definición Conceptual: La condición de peso es el resultado de un desequilibrio entre el aporte de energía, su consumo en las actividades físicas y los depósitos de la misma

con alteraciones metabólicas. Sin embargo, una vez que su condición se ha iniciado, la baja o alta en el nivel de actividad física, ayudan a mantenerla. Una rápida ganancia de peso puede ser a consecuencia de cambios en la ingesta, como cuando no se hace nada de ejercicio o por estar constantemente comiendo antojitos. Una ganancia lenta de peso puede darse a consecuencia de pequeños cambios tanto de actividad física como de alimentación. (Zierold M. E. & Zierold M. G., 2001), donde es un factor influyente la gran promoción de “comida rápida” cerca de centros escolares y con la obtención de mayor cantidad de alimentos por menor cantidad de dinero. (op. cit., 2004)

Aparentemente, no hay ningún argumento sólido que sugiera la existencia de un peso ideal específico para un individuo determinado. Sin embargo se ha investigado mucho para encontrar un peso ideal para una buena salud, la denominación de peso ideal ha cambiado con el paso de los años y actualmente lo llamamos peso ideal saludable.

Las tablas de peso-altura y el índice de masa corporal no miden la composición corporal, pero pueden resultar útiles para determinar si un individuo tiene sobrepeso o es obeso (Williams, 2002). Hoy en día, el Índice de Masa Corporal (IMC) derivado de la fórmula:

$$\text{IMC} = p/e^2$$

Donde “**p**” significa peso en kilogramos y “**e**” significa estatura en metros

Sin embargo este método pasa por alto las diferencias en la composición corporal y en el tamaño de la estructura (McLaren, 1993) ya que la composición corporal puede reducirse a dos componentes: peso libre de grasa, con un 70% de agua aproximadamente y grasa corporal. También cambia constantemente con la edad, y tiene la limitación de que no informa sobre cambios en las proporciones de masa magra y grasa, sino cambios globales

de la masa corporal (op. cit., 2004) La mayor parte del peso corporal es agua, mientras que los tejidos sólidos se componen de cantidades variables de grasa, proteínas, minerales e hidratos de carbono. Tanto la pérdida como el aumento de peso pueden producir cambios en cualquiera de estos componentes. (op. cit., 2002)

Dependiente: Práctica deportiva

Definición conceptual. Una práctica deportiva realizada bajo unos determinados parámetros de frecuencia, intensidad y duración está encuadrada dentro de los modelos o estilos de vida saludables, tales como las mejoras en la condición física, hábitos de higiene corporal, alimentación equilibrada y descensos en el consumo de tabaco y alcohol. Así mismo, desde una consideración holística de la salud, son de destacar los beneficios psicológicos y sociales de la misma que convierten a la actividad físico-deportiva en un factor primordial para la contribución al desarrollo personal y social armónico en escolares y adolescentes, teniendo una marcada influencia en los hábitos de práctica durante la edad adulta. (Muñoz, 2008) “La actividad física se refiere desde la Psicología (incidencias en las relaciones humanas, aprendizaje, control y desarrollo motor) desde la Didáctica (desarrollo curricular, técnicas metodológicas y procesos evaluativos), desde la Humanidades (evaluación e historia de los distintos sistemas que han configurado la educación física actual) y/o desde la Fisiología, Anatomía y Biomecánica”. (Chinchilla & Zagalaz, 2002, p. 90).

Se puede indicar que el valor educativo de la práctica deportiva radica en que a través de ella el adolescente llega a construirse una relación social, como “una acción que lleva a cabo el ser humano y que surge de modo que se conoce, en un contexto socio-

histórico determinado, apareciendo como juego, competición, ejercicio físico...” (Castarlenas, 1993, p.90), también en el cuidado de la salud, bajo condiciones nutricionales, higiénicas, de reposo y ecológicas, mejorando el funcionamiento de órganos y sistemas que en suma, facilitan el desarrollo y crecimiento, como parte de si mismo en el futuro. (B.O.C., 1993)

Es claro que los adolescentes realizan prácticas y conductas que generan estilos de vida los cuales van a ser determinados por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Estas pautas se aprenden en la relación con los padres, compañeros, amigos y hermanos, o por la influencia de la escuela, medios de comunicación, etc. Dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijos, sino que están sujetos a modificaciones lo que genera el conjunto de patrones de conducta que caracteriza la manera general de vivir de un individuo o grupo, contribuir a la formación integral de los alumnos y satisfacer las necesidades respecto a la práctica del deporte, la educación física y la recreación como elementos integradores y facilitadores de prevención en salud, desarrollo comunitario y educativo creando una cultura de vida mediante el desarrollo y control de diferentes actividades. (Muñoz, 2008)

Por lo que esta variable se toma, ya que para su calificación utiliza la frecuencia con que practican algún deporte y cuáles son los que les gusta practicar, para medir en frecuencias el exceso, disminución o anulación en su práctica deportiva fuera y dentro de la institución. En el cuestionario de “Brincos y Saltos” los adolescentes manifiestan sus hábitos alimentarios así como la forma de comer, y los alimentos que más frecuentan así como su frecuencia, los cuales serán representados a base de escalas de frecuencia.

4.11 Instrumento:

La elaboración del instrumento se llevó a cabo por: Guillén-Riebeling y Carbó-Hernández, en el año 2005 donde se construyeron 3 categorías (OMS, 2002; Consenso de Obesidad. 1998) tomando como los factores asociados a la obesidad: hábitos alimentarios, actividad física y bienestar general. Donde los hábitos alimentarios y el bienestar general en la conducta alimentaria son a partir de las condiciones alimentarias; y el ejercicio como práctica deportiva.

Se tomaron los datos en esta sección de su persona, estatura, peso, complejión y lugar que ocupan entre la familia, también lo relacionado a datos socioeconómicos donde se consideró la posición socioeconómica en la que se encuentran, quién mantiene al hogar y cuantos miembros son, el tipo de vivienda y si esta es rentada o propia.

En la conducta alimentaria se tomó en cuenta el tiempo dedicado al consumo de los alimentos, el estado de ánimo en que se encuentran cuando lo consumen, en cuestión de hábitos, si conservan algo en la boca por lapsos prolongados, con qué consumen sus alimentos o si los suspenden.

Y en la actividad física se consideraron dos rasgos, la llevada a cabo en la escuela y otra fuera de ella, en ambas se pregunta el tipo de práctica deportiva que realizan, cuál les gusta y la realización regular.

4.12 Análisis de Resultados:

Se llevó a cabo un análisis de distribución de frecuencias, de esta manera se analizó y conoció la incidencia y características, presentándose también de forma gráfica. Estos se

presentan de forma descriptiva de comparación, por medio del Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 12, con un análisis por χ^2 por tener datos independientes ya que los sujetos aparecen una sola vez, por eso no se van a repetir y no están mezclados, se escogió una sola respuesta. Además, para la identificación de los sujetos con sobrepeso y obesidad que practican algún deporte se realizaron tablas de relaciones significativas en el mismo programa. Se tuvo con esto una identificación general de cada uno de los ítems significativos, cuestionario “Brincos y Saltos” (Anexo 1) y gráficamente de forma general, para su discusión.

Capítulo 5

Resultados

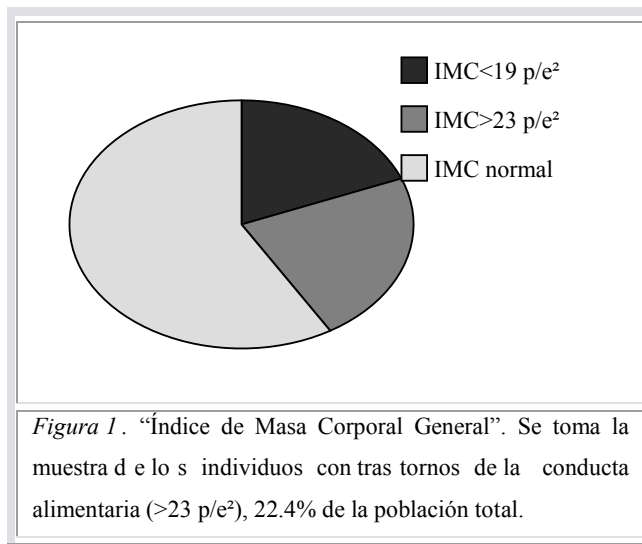
En el trabajo se tuvo como propósito identificar cómo influye la conducta alimentaria y la condición de peso en la práctica deportiva de los adolescentes estudiantes de la Escuela Secundaria Técnica núm. 70 de acuerdo con su complejión actual y de este modo clasificarlos.

5.1 Descripción de Resultados:

5.1.1 PRIMERA PARTE: *Sujeto*

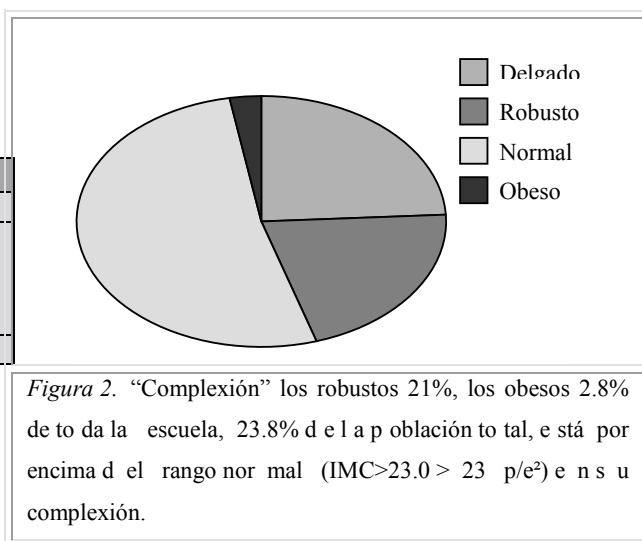
El primer objetivo particular es el de identificar *la condición de peso* de los estudiantes de ésta institución, por lo que se encontró que, de acuerdo con el Índice de Masa Corporal (IMC) para adolescentes de Barreda (2008) se tienen 120 casos que presentan un IMC fuera de lo normal (rango entre los 19.0 p/e² y 22.9 p/e²) Como puede verse en la Tabla 1, hay una mayor cantidad de personas (65 casos) que están por arriba del rango normal que de personas que están por debajo de este rango (55 casos), sin embargo esta diferencia no es significativa ($\chi^2=0.833$; gl=1; p> 0.05). En adelante se considerará solamente a los individuos con trastornos de la conducta alimentaria que tienen sobrepeso (IMC > 23 p/e²) y que constituyen el 22.4% de la muestra total.

Tabla 1: Frecuencia, Porcentaje “Índice de Masa Corporal General”			
Concepto: IMC		Frecuencia	Porcentaje
Valido	IMC<19 p/e ²	55	19.0
	IMC>23 p/e ²	65	22.4
	Total	120	41.4
Total		290	100.0



En la Tabla 2 se muestra *la complexión* tomada con la marca de un círculo y el IMC que al momento del vaciado de los datos se confirmaba. Se encontró que sí hay diferencia significativa ya que se encuentra una mayor cantidad de alumnos (52.1%) con una complexión normal, siguiéndole los robustos con un porcentaje de 21%, los obesos sólo ocupan el 2.8% de toda la escuela, en suma, el 23.8% de la población total, está por encima del rango normal (IMC >23.0 p/e²) en su complexión ($\chi^2 = 144.29$; gl = 3; p < 0.001).

Tabla 2: Frecuencia y Porcentaje “Complexión”		
Complexión	Frecuencia	Porcentaje
Delgado	70	24.1
Robusto	61	21.0
Normal	151	52.1
Obeso	8	2.8
Total	290	100.0



Con respecto al sexo y el IMC en el que se encuentra la escuela, en la Tabla 3 se obtiene lo siguiente: En las relaciones significativas se tomó sólo los casos con un trastorno alimentario (IMC >23 p/e²) hay 34 varones y 31 mujeres que están >23 p/e². ($\chi^2=0.002$; gl=1; p>0.05). No se encontró diferencias significativas.

Tabla 3: Frecuencia y Porcentaje "Alumnos con trastorno alimentario y sexo"			
SEXOS	IMC		Total
	IMC<19 p/e ²	IMC>23 p/e ²	
FEMENINO	26	31	57
MASCULINO	29	34	63
Total	55	65	120

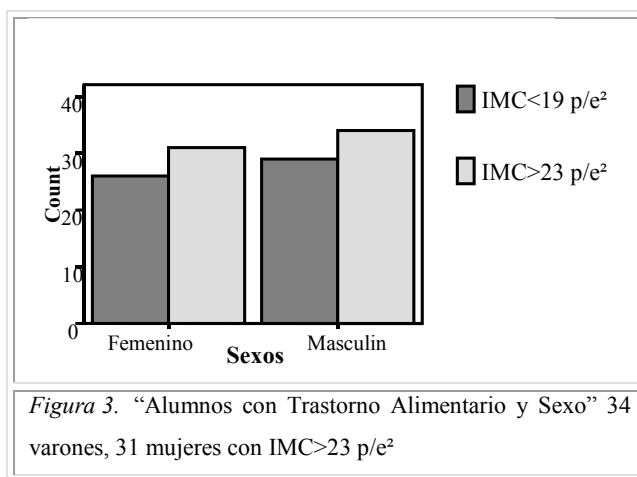


Figura 3. "Alumnos con Trastorno Alimentario y Sexo" 34 varones, 31 mujeres con IMC>23 p/e²

Las edades oscilan en un rango de entre los 12 y los 16 años, se encuentra mayor concentración en las edades de 13 años con una frecuencia de 95 (32.8%) y los 14 años con una frecuencia de 100 (34.5%) independientemente del grado que cursen. ($\chi^2=106.172$; gl=4; p<0.001). Sí hay diferencias estadísticamente significativas por ser 6 categorías, predominando de 14 años para abajo.

Tabla 4 Frecuencia y Porcentaje "Edades"		
Edades	Frecuencia	Porcentaje
12 años	55	19.0
13 años	95	32.8
14 años	100	34.5
15 años	28	9.7
16 años	12	4.1
Total	290	100.0

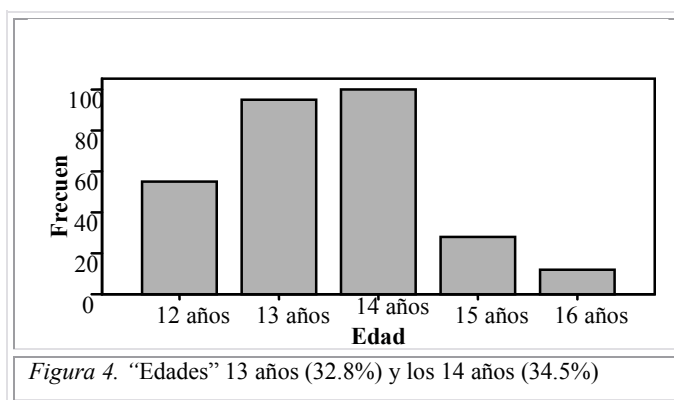
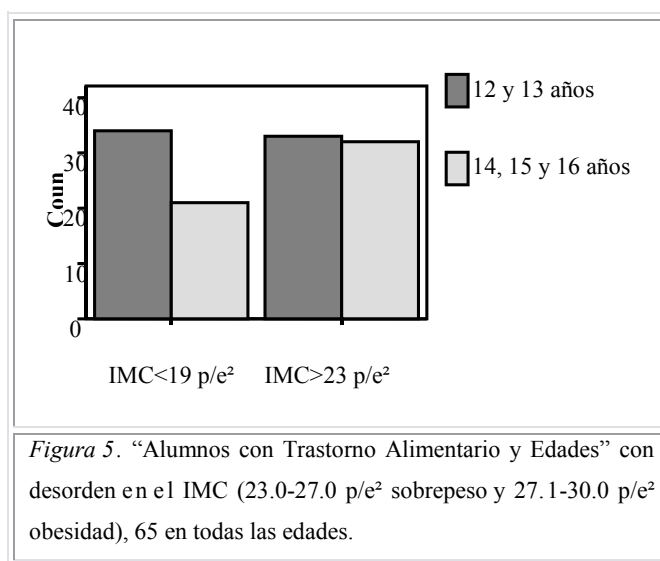


Figura 4. "Edades" 13 años (32.8%) y los 14 años (34.5%)

Para el análisis relacional con respecto a los individuos con desorden en el IMC (23.0-27.0 p/e² sobrepeso y 27.1-30.0 p/e² obesidad), y las edades en las que se encuentran en la Tabla 5, de estos individuos hay 65 casos en todas las edades, 33 del rango de los 12 y 13 años y 32 de 1 rango de 14 a 16 años. ($\chi^2=1.475$; gl=1; p> 0.05). No hay relación estadísticamente significativa.

Tabla 5: Frecuencia y Porcentaje "Alumnos con trastorno alimentario y Edades"			
IMC	EIDADES		Total
	12 Y 13 años	14, 15 y 16 años	
IMC<19 p/e ²	34	21	55
IMC>23 p/e ²	33	32	65
Total	67	53	120



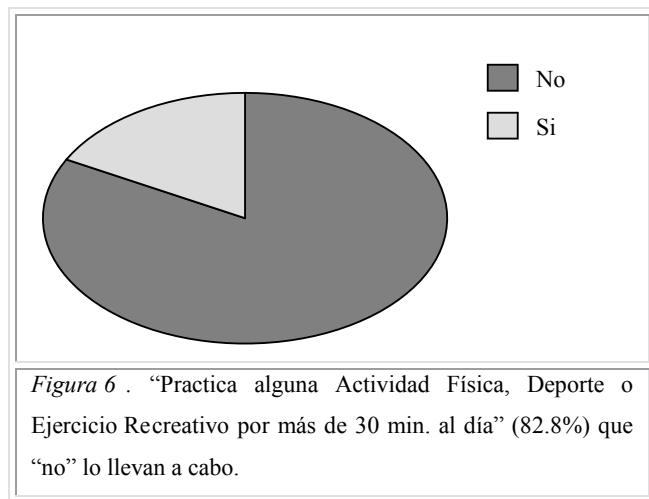
5.1.2 SEGUNDA PARTE: *Práctica Deportiva*

5.1.2.1 *Fuera de la Escuela*

En este apartado se abarcan los aspectos sobre las actividades que lleva a cabo la muestra "Fuera de la escuela" la cual contiene datos referentes a si practican deporte, solos o con la familia. Esta sección ayudó a saber si se lleva una vida sedentaria fuera de la escuela, se toma en cuenta cualquier actividad, sea deportiva, y/o sólo movimiento llevado a cabo por más de 30 minutos continuos.

Se aplicó a los datos la estadística descriptiva básica, la “Prueba χ^2 ” para analizar la población con sobre peso y obe sidad, se obtuvo lo siguiente: se obser vó e n la pregunta *¿Practica alguna actividad física, deporte o ejercicio recreativo por más de 30 min. al día?* en la Tabla 6 , quedando con una frecuencia de 240 (82.8%) que “no” lo llevan a cabo. ($\chi^2=124.483$; gl=1; $p<0.001$). Sí hay di ferencia sig nificativa ya que se a precia que l a población no es activa fuera de la escuela.

Tabla 6: Frecuencia y Porcentaje “ ¿Practica alguna actividad física, deporte o ejercicio recreativo por más de 30 min. al día?”		
Practicar	Frecuencia	Porcentaje
Si	50	17.2
No	240	82.8
Total	290	100.0



Con respecto a la tabla anterior y el IMC, en el que se ubica la muestra, se obtiene: que en la Tabla 7 lo s individuos con desórdenes nutric ionales en su IMC (23.0-27.0 p/e² sobrepeso y 27.1-30.0 p/e² obesidad), hay 55 alumnos que tienen sobrepeso u obesidad que “no” practican alguna actividad fuera de la escuela por más de 30 minutos al día. (Figura 7) ($\chi^2=3.041$; gl=1; $p>0.05$). Aquí no hay diferencias estadísticamente significativas, pero su condición física les impide realizar una actividad.

Tabla 7: Frecuencia y Porcentaje “Alumnos con trastorno alimentario y práctica de alguna actividad”			
IMC	Practicar		Total
	Si	No	
IMC<19 p/e ²	52	3	55
IMC>23 p/e ²	10	55	65
Total	62	58	120

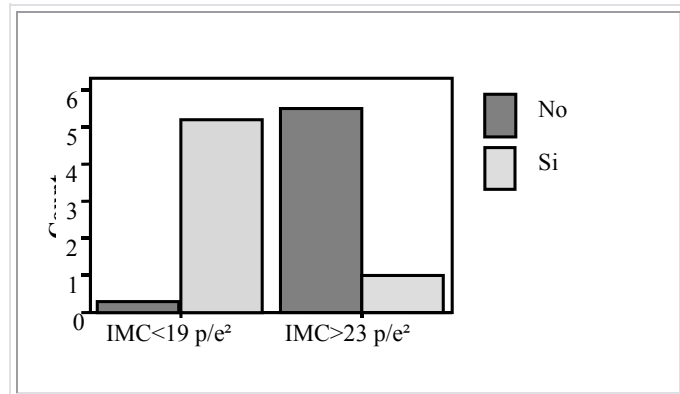


Figura 7. “Práctica de alguna Actividad” 55 con IMC>23 p/e²

Dentro del concepto de *¿Sales a jugar algún deporte después de clases?* y alumnos con trastorno alimentario en la Tabla 8, se representa que para la población con un IMC por encima del rango normal (IMC >23 p/e²), 36 no salen a jugar algún deporte después de clases. ($\chi^2=1.645$; gl=1; p>0.05). No hay diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 8: Frecuencia y Porcentaje “¿Sales a jugar algún deporte después de clases? y alumnos con trastorno alimentario”			
IMC	Sales		Total
	Si	No	
IMC<19 p/e ²	31	24	55
IMC>23 p/e ²	29	36	65
Total	60	60	120

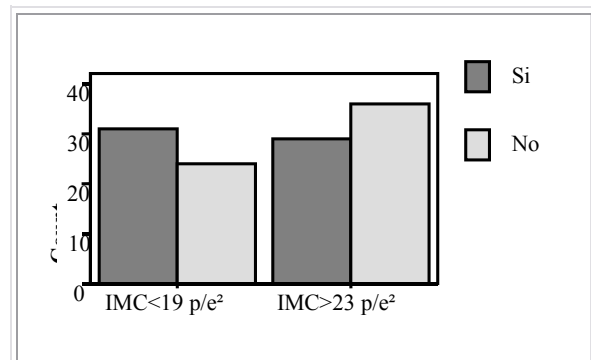
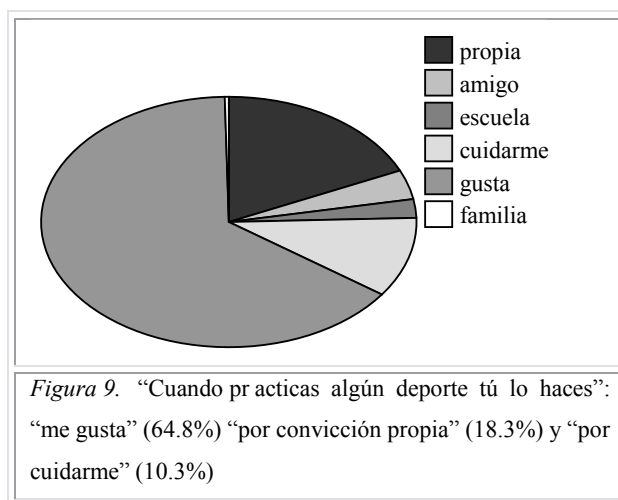


Figura 8. “Sales a jugar algún deporte después de clases y Alumnos con Trastorno alimentario” la población con un IMC por encima del percentil normal (IMC>23 p/e²) 36 no salen

De acuerdo a la Tabla 9, en *cuando practicas algún deporte tú lo haces con* 6 respuestas en donde: “me gusta” tiene mayoría con una frecuencia de 188 (64.8 %) siguiéndole por “convicción propia” con 53 (18.3%) y “por cuidarme” 30 (10.3%). Donde el 93.4% de la muestra le agrada la práctica del deporte, sea por gusto o solo para cuidarse.

($\chi^2=521.531$; $gl=5$; $p< 0.001$). Si hay diferencias significativas, por que se considera solamente el gusto, el cual no esta ligado a la realizaci3n o que lo lleven a cabo normalmente, en la hip3tesis alterna: “La condici3n de peso influye en el desarrollo de la pr3ctica deportiva de los adolescentes estudiantes de secundaria” se acepta porque llevan una vida sedentaria fuera de la escuela.

Tabla 9: Frecuencia y Porcentaje “Cuando practicas alg3n deporte t3 lo haces”		
Cuando	Frecuencia	Porcentaje
Propia	53	18.3
Amigos	11	3.8
Escuela	7	2.4
Cuidarme	30	10.3
Gusta	188	64.8
Familia	1	.3
Total	290	100.0



En la Tabla 10, se aprecian las frecuencias de ¿Salen t3 y tu familia a realizar alg3n deporte? resaltando: “no” con un porcentaje de 54.8% de la muestra. Lo que indica que 3sta muestra es inactiva, aun cuando se est3 involucrando a la familia al ser una impulsora de la actividad fuera de la escuela. ($\chi^2=2.703$; $gl=1$; $p>0.05$). No hay diferencia significativa.

Tabla 10: Frecuencia y Porcentaje “¿Salen tú y tu familia a realizar algún deporte?”		
Salen	Frecuencia	Porcentaje
Si	131	45.2
No	159	54.8
Total	290	100.0

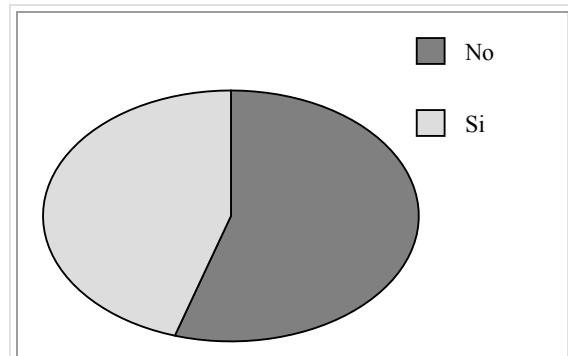


Figura 10. “Salen tú y tu familia a realizar algún deporte”, *no* con un porcentaje de 54.8% de la muestra

Para el análisis relacional de los individuos con sobrepeso u obesidad (IMC 23.0-27.0 p/e² sobrepeso y 27.1-30.0 p/e² obesidad) se observa en la tabla 11 lo siguiente: ($\chi^2=1.097$; gl=1; $p>0.05$). No hay diferencias estadísticamente significativas, ya que están distribuidos uniformemente. Sin embargo se encuentra que 34 individuos con su IMC por encima del rango normal (IMC >23 p/e²) no salen a realizar alguna práctica deportiva.

Tabla 11: Frecuencia y Porcentaje “¿Salen tú y tu familia a realizar algún deporte? y Alumnos con trastorno alimentario”			
IMC	Salen		Total
	Si	No	
IMC<19 p/e ²	34	21	55
IMC>23 p/e ²	31	34	65
Total	65	55	120

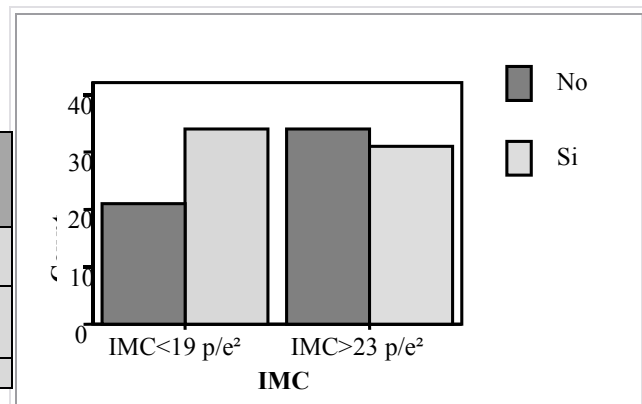


Figura 11. “Salen tú y tu familia a realizar algún deporte y Alumnos con Trastorno alimentario” 34 individuos con su IMC por encima del percentil normal (>23 p/e²) no salen

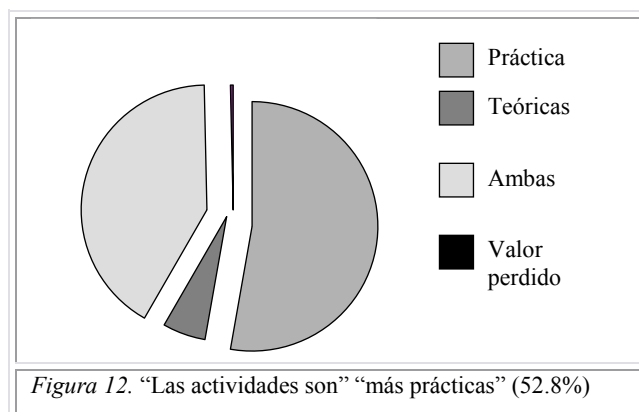
5.1.2.2 Dentro de la Escuela

En este apartado se abarcaron los aspectos sobre las prácticas deportivas llevadas a cabo dentro de la escuela, donde el plan de estudios de la materia de Educación Física de la institución es la instrumentación didáctica que realiza el Profesor con los alumnos en el curso, también se tomó en cuenta los gustos de acuerdo a la disciplina y/o práctica deportiva que llevan en la materia y su estado de ánimo al realizar la actividad deportiva, en conjunto dan una vista en relación a la población dentro de la institución.

Sin embargo, se tomó para este análisis las preguntas relacionadas a la realización de una práctica deportiva, aplicando a los datos la estadística descriptiva básica, la Prueba χ^2 para analizar la población con sobrepeso y obesidad además de que a la pregunta 8, 9 y 10, se le clasificó en 2 categorías, para hacer relaciones cruzadas, obteniendo lo siguiente:

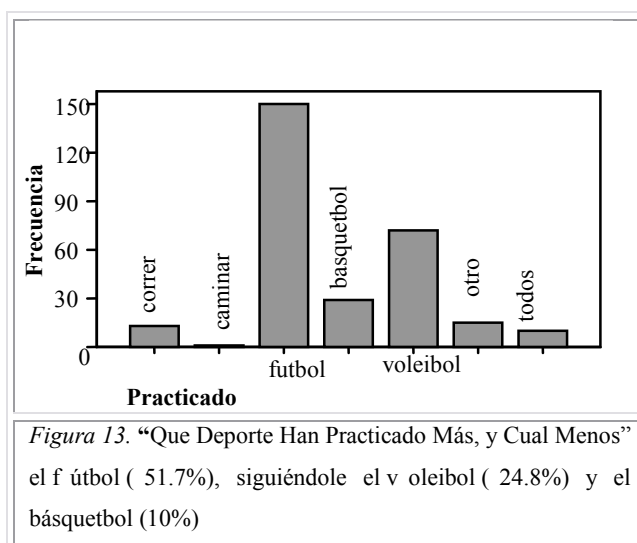
Para el caso de las actividades son, con 3 respuestas optativas, las principales fueron: “más prácticas” con una frecuencia de 153 (52.8%) de menciones, “teóricas” con 16 menciones (5.5%) y “ambas” con 120 menciones (41.4%), a lo cual, tomando en cuenta que también hay actividad en esta mención ($\chi^2=106.138$; $gl=2$; $p<0.001$). Sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas como lo muestra la Tabla 12.

Tabla 12: Frecuencia y Porcentaje “Las actividades son”		
Actividades	Frecuencia	Porcentaje
Prácticas	153	52.8
Teóricas	16	5.5
Ambas	120	41.4
Total	289	99.3



En *¿Qué deporte han practicado más, y cuál menos?*, Tabla 13, se presentan los deportes más mencionados junto con su frecuencia de aparición y su porcentaje correspondiente dentro de la muestra, obteniendo más frecuencia el fútbol con 150 (51.7%), siguiéndole el voleibol con 72 (24.8%) y el básquetbol con 29 (10%). ($\chi^2=410.438$; $gl=6$; $p<0.001$). Sí hay diferencias estadísticamente significativas, ya que están distribuidas en varias opciones, pero aún así, es población activa, sin embargo sale a relucir que es mayor la mención en deportes que se llevan a cabo en su mayoría en equipo.

Tabla 13: Frecuencia y Porcentaje “¿Qué deporte han practicado más y cuál menos?”		
Practicado	Frecuencia	Porcentaje
Correr	13	4.5
Caminar	1	.3
Fútbol	150	51.7
Básquetbol	29	10.0
Voleibol	72	24.8
Otro	15	5.2
Todos	10	3.4
Total	290	100.0



Para tener un concepto definido entre los deportes en equipo y los individuales que desempeñan los sujetos en la pregunta anterior se organizó de la siguiente manera en la tabla 14: Práctica en equipo (86.6%): fútbol, básquetbol, voleibol con una frecuencia de 251 menciones; Y Práctica individual (4.8%): correr, caminar, con una frecuencia de 25 menciones. Donde los que restan (otro y todos) serán valores perdidos (8.6%) con solo 14 menciones. (Figura 14) ($\chi^2=211.958$; $gl=1$; $p<0.001$). Sí hay diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 14: Frecuencia y Porcentaje “¿Qué deporte han practicado más y cuál menos?, simplificado.		
Practicado	Frecuencia	Porcentaje
Individual	14	4.8
En equipo	251	86.6
Total	265	91.4

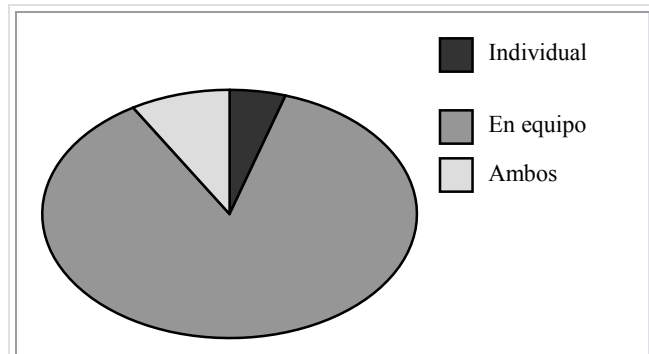


Figura 14. “Que Deporte Han Practicado Más, y Cual Menos” simplificado Práctica en equipo (86.6%): fútbol, básquetbol, voleibol; Y Práctica individual (4.8%): correr, caminar

Por otra parte en la Tabla 15, la población con trastornos de la conducta alimentaria relacionada con la obesidad o sobre peso (IMC 23.0-27.0 p/e² sobrepeso y 27.1 -30.0 p/e² obesidad), se tiene que en su mayoría 58 menciones practican en equipo las actividades. ($\chi^2=0.076$; gl=1; $p>0.05$). No hay diferencias estadísticamente significativas, ya que en su mayoría practican el deporte en equipo.

Tabla 15: Frecuencia y Porcentaje “¿Qué deporte han practicado más y cuál menos? simplificado y alumnos con trastorno alimentario”.			
IMC	PRACTICADO		Total
	Individual	En equipo	
IMC<19 p/e ²	3	46	49
IMC>23 p/e ²	3	58	61
Total	6	104	110

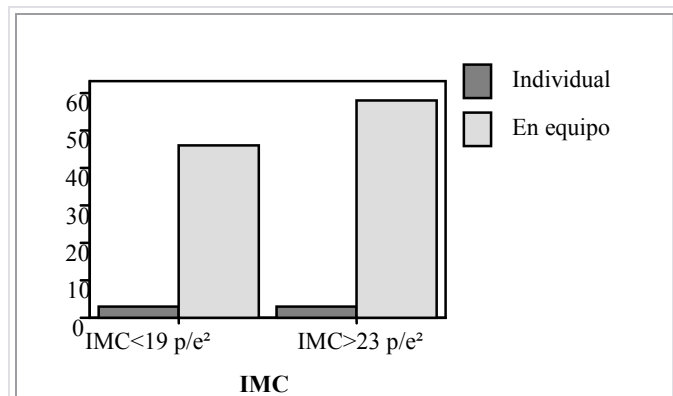
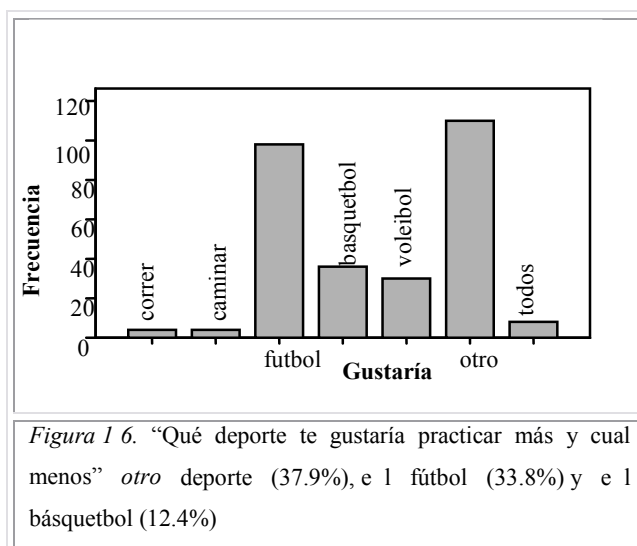


Figura 15. “Que Deporte Han Practicado Más, y Cual Menos simplificado y Alumnos con Trastorno alimentario” con la obesidad o sobrepeso (23.0-30.0 p/e²), 58 practican en equipo.

Por último para esta parte, en la pregunta *¿Qué deporte te gustaría practicar más y cuál me nos?* (Véase Ta bla 16), y uti lizando las mismas menc iones que e n la pregunta anterior se manifiesta que indepe ndientemente de lo que se lleve a cabo con el plan de estudios o lo que ll eve e l profesor de la mate ria, ha y gustos dist intos en la práctica deportiva, se tiene lo siguiente: Para “otro” deporte (que están los juegos de conjunto) hay 110 menciones (37.9%), le sigue el fútbol con 98 menciones (33.8%) y el básquetbol con 36 (12.4%). ($\chi^2=289.214$; gl=6; $p< 0.001$). Sí hay dife rencias e stadísticamente significativas, ya que e sta distribuida l a poblac ión e n va rias opciones en los juegos de conjunto.

Tabla 16: Frecuencia y Porcentaje “¿Qué deporte te gustaría practicar más y cuál menos?”		
Gustaría	Frecuencia	Porcentaje
Correr	4	1.4
Caminar	4	1.4
Fútbol	98	33.8
Básquetbol	36	12.4
Voleibol	30	10.3
Otro	110	37.9
Todos	8	2.8
Total	290	100.0



5.1.3 TERCERA PARTE: *Conducta Alimentaria*

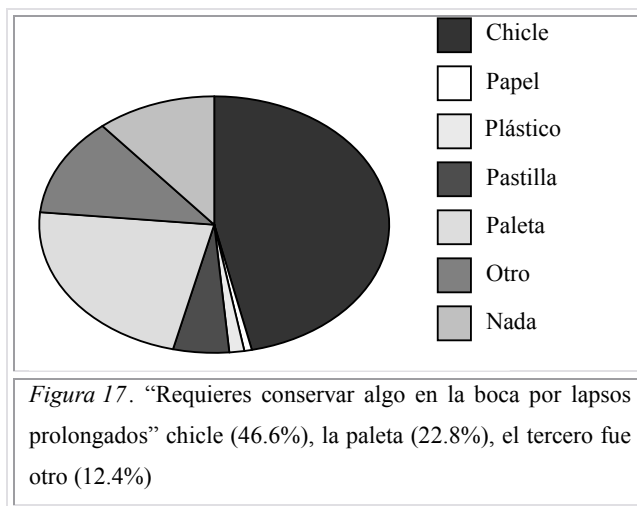
En esta área se incluyó las formas de comer, el tiempo dedicado a la alimentación así como su reposo, las cantidades a consumir, lo que se consume y con que se acompaña estos alimentos, las actividades llevadas a cabo durante y después de la alimentación, y por último su estado de ánimo.

Se pretendió identificar de forma indirecta, cómo se desenvuelve esta población, no sólo en lo que se dedica a la alimentación, sino también para conocer cómo es que se alimentan y consumen la comida. Dando solo una pequeña reseña de porque se tiene permanencia en la obesidad de acuerdo a los hábitos que tienen.

Se tomó para este análisis las preguntas relacionadas a la conducta alimentaria directamente con las actividades diarias durante los días laborables, aplicando a los datos la estadística de scriptiva básica, la Prueba χ^2 para analizar la población con sobre peso y obesidad además de que a la pregunta 11, se le clasificó en 2 categorías ya que se obtuvieron múltiples respuestas, y para el estudio de correlación se necesitan estas dos categorías. Se obtuvo lo siguiente:

Referente a *¿Requieres conservar algo en la boca por lapsos prolongados?*, Tabla 17. Esta dividido en 6 opciones donde el más mencionado es el chicle con 135 menciones (46.6%), la paleta con 66 menciones (22.8%), el tercero fue otro con 36 (12.4 %). ($\chi^2=316.972$; gl=6; $p<0.001$). Sí hay diferencias estadísticamente significativas, ya que al ser varias opciones están distribuidas, sin embargo para las respuestas hay gran acumulación de menciones con los dulces, acumulando un 74.6% de la población, pero en casi su totalidad la población considera que sí deben tener algo en la boca por lapsos prolongados así sea dulce o no, acumulando 89% de la población. (Figura 17)

Tabla 17: Frecuencia y Porcentaje “¿Requieres conservar algo en la boca por lapsos prolongados?”		
Conservar	Frecuencia	Porcentaje
Chicle	135	46.6
Papel	2	.7
Plástico	4	1.4
Pastilla	15	5.2
Paleta	66	22.8
Otro	36	12.4
Nada	32	11.0
Total	290	100.0



En los resultados se muestra que *el tiempo que dedican para el consumo de los alimentos* esta población come rápido (un promedio de 20 min.) con una frecuencia mayoritaria de 84.5% . ($\chi^2=137.931$; $gl=1$; $p< 0.001$). Aquí sí hay diferencias estadísticamente significativas, porque no le dedica su lugar y tiempo al consumo de la comida, para en la muestra de alumnos con sobrepeso y obesidad ($IMC >23 \text{ kg/m}^2$), se encontró que 56 individuos comen rápido, ($\chi^2=0.148$; $gl=1$; $p>0.05$). No hay diferencias estadísticamente significativas, sin embargo en su mayoría de los individuos con un problema alimentario comen rápido.

En la siguiente pregunta *¿Has suspendido alimentos?* (Véase Tabla 18), se limitó a un sí o no, en el cual se manifiesta que: “sí” con 188 menciones (64.8%) y “no” con 102 menciones (35.2 %). ($\chi^2=25.503$; $gl=1$; $p< 0.001$). Sí hay diferencias estadísticamente significativas, ya que en su mayoría suspenden alimentos.

Tabla 18: Frecuencia Porcentaje “¿Has suspendido alimentos?”		
Suspendido	Frecuencia	Porcentaje
Si	188	64.8
No	102	35.2
Total	290	100.0

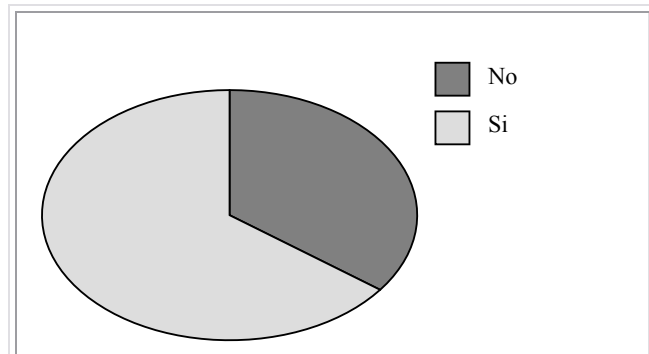


Figura: 18. “Has suspendido alimentos” “si” con 64.8% y “no” 35.2%

Ahora bien de acuerdo con la tabla anterior se realizó el estudio de relaciones significativas (Tabla 19) donde no hay diferencias estadísticamente significativas ya que la ($\chi^2=0.604$; $gl=1$; $p>0.05$), ya que están distribuidas, pero para el caso de los sujetos con sobrepeso u obesidad (IMC 23.0-27.0 p/e² sobrepeso y 27.1-30.0 p/e² obesidad) se tiene que 43 individuos, suspenden sus alimentos. (Figura 19)

Tabla 19: Frecuencia y Porcentaje “Has suspendido alimentos y alumnos con trastorno alimentario”			
IMC	Suspendido		Total
	Si	No	
IMC<19 p/e ²	40	15	55
IMC>23 p/e ²	43	22	65
Total	83	37	120

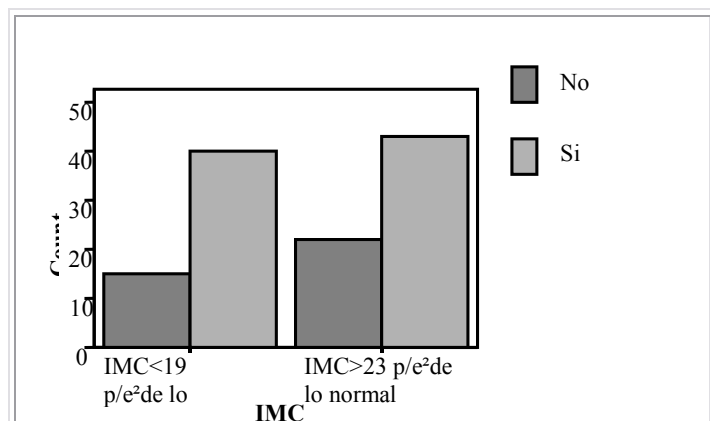
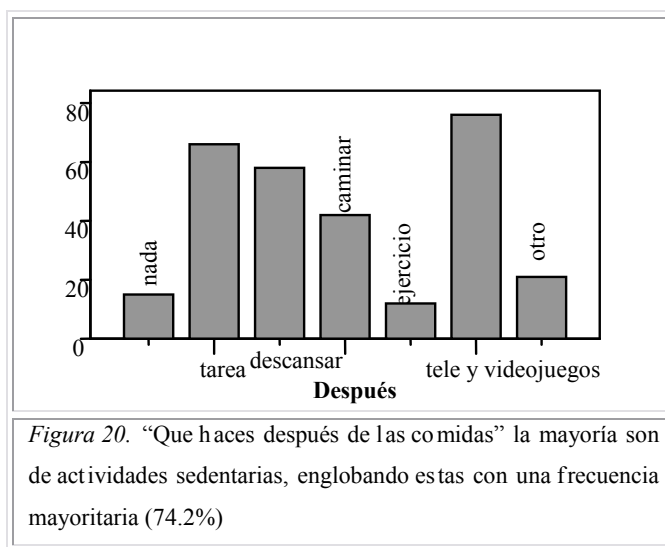


Figura 19. “Has suspendido alimentos y Alumnos con Trastorno alimentario” 43 sujetos con sobrepeso u obesidad (23.0-27.0 p/e² sobrepeso y 27.1-30.0 p/e² obesidad), suspenden sus alimentos

En la Tabla 20 se representa: ¿Qué hacen después de las comidas?, donde los jóvenes de esta secundaria, son inactivos ya que de las respuestas dadas, la mayoría son de

actividades sedentarias, englobando éstas con una frecuencia mayoritaria es de 215 (74.2%). ($\chi^2=97.897$ gl=6; $p<0.001$). Si hay diferencias estadísticamente significativas. Por lo que la hipótesis *Ha*: La conducta alimentaria influye en el desarrollo de la práctica deportiva de los adolescentes estudiantes de secundaria es aceptada.

Tabla 20: Frecuencia y Porcentaje “¿Qué haces después de las comidas?”		
Después	Frecuencia	Porcentaje
Nada	15	5.2
Tarea	66	22.8
Descansar	58	20.0
Caminar	42	14.5
Ejercicio	12	4.1
Tele y videojuegos	76	26.2
Otro	21	7.2
Total	290	100.0



En lo que respecta a ¿Qué haces después de las comidas? (Véase Tabla 21), fue simplificada de la siguiente manera: Distintas actividades (caminar, ejercicio, otro) con una frecuencia de 75 menciones (25.9%); y nada (tarea, nada, descansar, tele y videojuegos) con 215 menciones (74.1%) (Figura 21). Es así como se ve que para después de los alimentos hay poca actividad, esta población resulto sedentaria al término de las comidas. ($\chi^2=67.587$; gl=1; $p<0.001$). Si hay diferencias significativas, por lo tanto la hipótesis *Ha*: La conducta alimentaria influye en el desarrollo de la práctica deportiva de los adolescentes estudiantes de secundaria es aceptada.

Tabla 21: Frecuencia y Porcentaje “¿Qué haces después de las comidas? simplificado”.		
Hacer	Frecuencia	Porcentaje
Nada	215	74.1
Distintas Actividades	75	25.9
Total	290	100.0

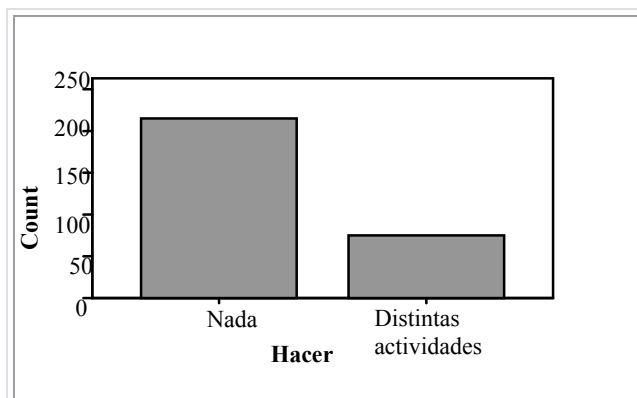


Figura 21 . “Que haces después de las comidas” Distintas actividades (caminar, ejercicio, o tro) 25.9%; y nada (tarea, nada, descansar, tele y videojuegos) 74.1%

Con respecto a la anterior tabla el análisis de las relaciones significativas en la población con la obesidad y sobrepeso (IMC 23.0-27.0 p/e² sobrepeso y 27.1-30.0 p/e² obesidad) se encontró que 50 individuos están inactivos después de las comidas, (Tabla 22). Ya que están generando sedentarismo es probable que con esto desarrollen parte de la permanencia de su estado físico. ($\chi^2=1.400$; gl=1; $p> 0.05$). No hay diferencias estadísticamente significativas, sin embargo para la población con sobrepeso y obesidad se tiene que es una población sedentaria.

Tabla 22: Frecuencia y Porcentaje “¿Qué haces después de las comidas? y alumnos con trastornos alimentarios”			
IMC	HACER		Total
	Nada	Distintas Actividades	
IMC<19 p/e ²	8	47	55
IMC>23 p/e ²	50	15	65
Total	58	62	120

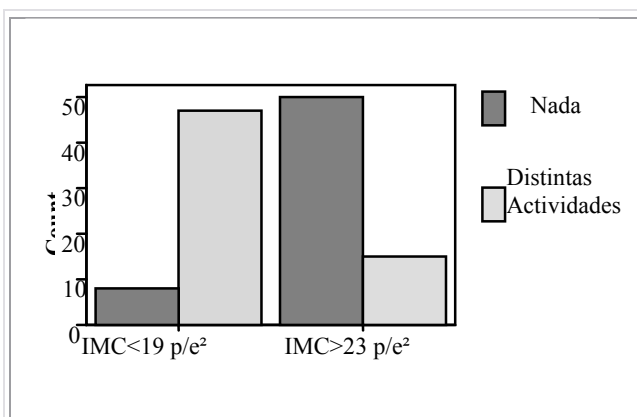
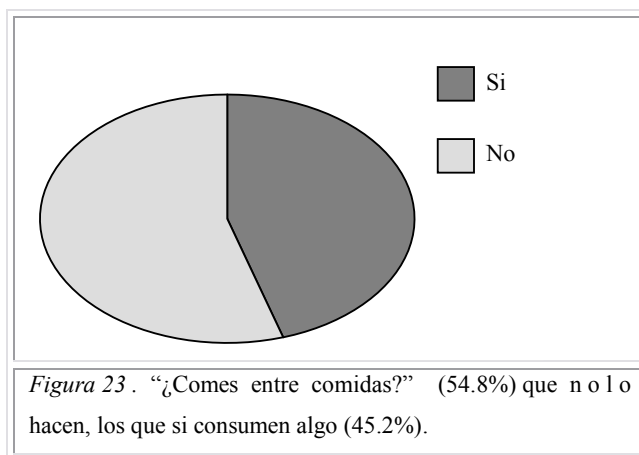


Figura 22. “Que haces después de las comidas y Alumnos con Trastorno alimentario” 50 individuos están inactivos

Para el estado de ánimo del adolescente en el consumo de algún alimento, sirve este dato para saber si come por impulsos, estrés, descontento, preocupación u otras razones por las cuales toma en los alimentos y si sólo come en sus horas, (se necesita de mayor profundidad para esta clase de pregunta). Aún así se tiene que el 50.7% de la muestra “sí” depende del estado de ánimo para consumir algún alimento. ($\chi^2=0.055$; $g l=1$; $p>0.05$). No hay diferencias estadísticamente significativas. Y para la muestra de los alumnos con trastorno alimentario (23.0-27.0 p/e² sobrepeso y 27.1 -30.0 p/e² obesidad), se tiene lo siguiente: de los individuos que se encuentran por encima del rango normal (IMC >23 p/e²) hay una frecuencia de 33 que comen de acuerdo a su estado de ánimo. ($\chi^2=0.146$; $g l=1$; $p>0.05$). No hay diferencias estadísticamente significativas.

Para ¿Comes entre comidas?, se encontró que más de la mitad tienen un buen hábito alimentario, ya que, en la Tabla 23, (independientemente de la hora del día y lo que consumieran) hay una frecuencia de 159 individuos (54.8%) que no lo hacen, y para los que si consumen algo tienen una frecuencia de 131 (45.2%). (Figura 23) ($\chi^2=2.703$; $g l=1$; $p>0.05$). No hay diferencias estadísticamente significativas, ya que más del 50% de la población no come entre comidas.

Tabla 23: Frecuencia y Porcentaje “¿Comes entre comidas?”		
Entre	Frecuencia	Porcentaje
Si	131	45.2
No	159	54.8
Total	290	100.0



Finalmente, con la pregunta anterior en las relaciones significativas, se encuentra que dentro de la población con obesidad y sobrepeso hay 40 individuos que comen entre comidas, re presentado en la tabla 24. ($\chi^2=3.104$; $gl=1$; $p >0.05$). No ha y dife rencias estadísticamente significativas, ya que la muestra esta distribuida, pero, la mayoría de los individuos con el IMC por arriba del normal (IMC >23 p/e²), come entre comidas. (Figura 24)

Tabla 24: Frecuencia y Porcentaje “¿Comes entre comidas? Y alumnos con trastorno alimentario”			
IMC	Entre		Total
	Si	No	
IMC<19 p/e ²	25	30	55
IMC>23 p/e ²	40	25	65
Total	65	55	120

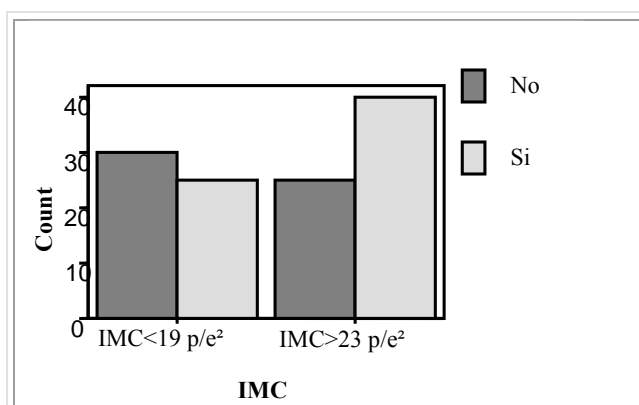


Figura 24. “¿Comes entre comidas? y Alumnos con Trastorno alimentario” la población con obesidad y s obrepeso hay 40 individuos que comen entre comidas

Capítulo 6

Discusión

El objetivo principal de este estudio fue, identificar cómo influye la conducta alimentaria y la condición de peso, en la práctica deportiva de los adolescentes estudiantes de la Escuela Secundaria Técnica No. 70 de acuerdo a su complejión actual, contemplando el empleo de la práctica deportiva como clase y/o hobby, y el cómo llevan sus hábitos alimentarios, identificando que práctica deportiva ocupan dentro y fuera de la escuela, sacando el referente a las actividades desempeñadas por medio de un cuestionario.

Para conocer cuál es la forma de cómo se desenvuelven los adolescentes se realizó un análisis en la identificación de la “conducta alimentaria”, del cuestionario de “Brincos y saltos” (ver anexo 1), se realizó el análisis de contenido, donde se incluyó las formas de comer, el tiempo dedicado a la alimentación así como su reposo, lo que se consume y con qué se acompaña estos alimentos, las actividades llevadas acabo durante y después de la alimentación, el porqué la población con trastorno alimentario (IMC 23.0-27.0 p/e² sobrepeso y 27.1-30.0 p/e² obesidad) se encuentra en un estado de permanencia, por último su estado de ánimo.

En lo que respecta a lo anterior estoy de acuerdo con Papalia et al., (2001, p.413) donde manifiestan que: “La mayoría de los adolescentes están más preocupados por su apariencia que por cualquier otro aspecto, y muchos no están conformes con lo que ven en el espejo.” Y también es verdad lo que menciona Aguirre (1998) los adolescentes son

sensibles a los elogios o críticas que expresan los demás sobre su cuerpo, siendo éste tal en la actitud, que determinará directamente la imagen corporal de los adolescentes.

Además de que Crispo y Guelar (2002) mencionan que cuando los cambios corporales no son aceptados, o no se tolera, la persona se vuelve muy vulnerable a desarrollar un trastorno de la alimentación, y Gonzáles (2004) dice que los factores ambientales pueden ser mediadores, a través de mecanismos adaptativos, que contribuyen a incrementar el riesgo de obesidad en las generaciones actuales y futuras. Es así como se observó que en cuanto a la sección de *la condición de peso* de la población, son los factores ambientales junto con los cambios corporales, los que se encuentran presentes en los adolescentes, ya que cuando se les pregunta sobre estos aspectos, en un alto porcentaje sus respuestas son muy similares, hay mayor énfasis en los aspectos físicos que en los psicológicos, los datos fueron simplificados a sólo dos respuestas globales para un análisis de relaciones significativas, y tomando sólo los casos que tienen un trastornos del comportamiento alimentario ($IMC >23 \text{ p/e}^2$), en relación a la condición de peso se identifica que se encuentra casi un cuarto de la población adolescente con obesidad y sobrepeso en su IMC fuera del normal ($23.0-27.0 \text{ p/e}^2$ sobrepeso y $27.1-30.0 \text{ p/e}^2$ obesidad), hay 34 hombres y 31 mujeres, da como resultado que tanto en varones como en mujeres, existe y están por igual, donde no es propio el problema para un sexo, aquí esta involucrado para los dos.

Para el referente a la *complexión*, recordando que los cambios biológicos de la pubertad originan el aumento rápido de la estatura y el peso, las proporciones, las formas del cuerpo, y como los cambios corporales que se producen dependen de la buena alimentación durante ese periodo, se encontró que los robustos ($IMC >23 \text{ p/e}^2$), ocupan

menos de la cuarta parte de la población. De acuerdo con Papalia, et al., (2001) la obesidad es una consecuencia del trastorno de la conducta alimentaria que, se presenta en todos los grupos étnicos y clases sociales, y tiende a desarrollarse en las familias, indicando orígenes socioculturales y de desarrollo, también sin importar la edad, la condición de trastornos del comportamiento alimentario en los adolescentes está presente, y no es propio de cierta edad.

En cuanto a la conducta alimentaria de los estudiantes adolescentes, se ha considerado que los hábitos alimentarios en los países desarrollados son una de las causas principales del alto índice de obesidad que se registra en ellos. Comer de prisa produce más estrés que estar sin comer durante dos días seguidos. De acuerdo con Contreras (2001) hay que dar tiempo al organismo para que funcione adecuadamente durante el proceso digestivo. A esto la población se mostró que come rápido siendo un total de 84.5%, siendo esto, que no le dedica su lugar y tiempo al consumo de la comida y se presiona sólo por terminar el alimento. Puede ser que los sujetos obesos tengan estos hábitos que estén incidiendo directamente en el mantenimiento de este problema.

Ahora bien, en lo relacionado a lo que hacen instantes después de comer, retomo a Papalia et al. (2001) ya que mencionan que el ejercicio o la ausencia de éste, afectan la salud física y mental, incluso la actividad física moderada, como pasear, montar en bicicleta, nadar o realizar trabajo en el hogar, beneficia la salud si se practica con regularidad durante treinta minutos por lo menos, se distribuyó las actividades más mencionadas en este estudio de la siguiente manera: *distintas actividades* (caminar, ejercicio, otro) ya que implican alguna clase de movimiento o actividad y *nada* (tarea, nada, descansar, tele y videojuegos) ya que con éstas no hay movimiento y por lo tanto no hay

actividad física. Sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas, es así como se ve que para después de los alimentos hay poca actividad, esta población resultó sedentaria, ya que no realizan ninguna clase de actividad física al término de las comidas.

Por lo que la hipótesis Ha: La conducta alimentaria influye en el desarrollo de la práctica deportiva de los adolescentes estudiantes de secundaria es aceptada. Tomando en cuenta que no hay ninguna clase de movimiento ni actividad, incluso las caseras o domésticas, que mantienen cierta regularidad a lo largo del año y que son realmente importantes, dependiendo de factores socioeconómicos, geográficos, sexo, edad, etcétera, basten de cómo se disparan los resultados del gasto energético para las actividades caseras. Ahora bien, para la muestra de los individuos con problemas en su IMC (23.0-27.0 p/e² sobrepeso y 27.1-30.0 p/e² obesidad), se encontró que cincuenta individuos están inactivos después de las comidas, para esta muestra con sobrepeso y obesidad ya que no están realizando actividades de movimiento físico es probable que con esto desarrollen parte de la permanencia en su estado físico. Lo que implica que la hipótesis *Ha: La conducta alimentaria influye en el desarrollo de la práctica deportiva de los adolescentes estudiantes de secundaria es aceptada.* Juntando estos resultados se muestra que la población estudiada con trastorno alimentario (IMC 23.0-27.0 p/e² sobrepeso y 27.1-30.0 p/e² obesidad) dedica una alta cantidad de su tiempo a no realizar actividades de movimiento físico después de los alimentos. Se afirma que cuando los hábitos de alimentación consistentemente al consumo abundante de productos de comida son mayores que los que el sujeto necesita, y si los hábitos de actividad física son menores, el individuo gradualmente subirá de peso. (op. cit., 2004)

Para lo relacionado con el consumo de los alimentos, fue indispensable preguntar con qué se acompaña los alimentos, ya que da una forma más clara en cuanto a la alimentación que se lleva diario. Esto impartido en el hogar y fuera de éste, por lo que se tiene que, entre las primeras opciones que mencionaron fueron que toman agua de fruta, refresco y agua natural, se hace evidente que se consume agua endulzada, aunque sea una acompañada de fruta. Ahora bien, si se toma en cuenta que los derivados naturales son más saludables para el organismo se tiene que en naturales (agua natural, agua de fruta y néctar) 59.3% y derivados (agua de polvo, refresco, otro) 40.3 se nota que se consume más el agua natural y sus preparados naturales que los derivados.

McLaren (1993) afirma que los hábitos alimentarios en función de la cantidad y frecuencia con que se consumen los alimentos, han demostrado ser importantes en relación con la obesidad. Tomando en cuenta que el consumo en exceso es una causa de la permanencia de la obesidad y sobrepeso, se preguntó si se come entre comidas, teniendo que 54.8% de la población no lo hacen, manifestando un buen hábito en la alimentación, ya que tienen sus tiempos para realizar el consumo. Sin embargo el consumo de gran cantidad de alimentos (atracones) llevados a cabo en ciertas ocasiones en días distintos de la semana contribuye aun más con el desarrollo de la obesidad que cuando se toman bocadillos frecuentes. Aún cuando no es mucha la diferencia, comer entre comidas implica una descompensación entre la entrada y el gasto de energía ocasionando un desequilibrio dando como resultado la obesidad y sobrepeso. Y para la muestra de la población con obesidad y sobrepeso ($IMC >23 \text{ p/e}^2$) hay 40 individuos que comen entre comidas. Se encuentra que para esta muestra es un factor relevante para la conservación de la obesidad.

Tal y como lo afirman Crispo y Guelar, (2002) si los períodos sin comer se prolongan en más de tres horas y media a cuatro, el cuerpo comienza a entrar en ayuno, alterando funciones químicas y metabólicas, lo que favorece la aparición de atracones. Para esto se preguntó también si se suspenden alimentos, dando que 64.8% “sí” lo hacen, por lo que se da a entender que esta población conserva este hábito alimentario deficiente al tomar sus alimentos, lo mismo que con la muestra de los sujetos con sobrepeso u obesidad (IMC >23 p/e²), se tiene que cuarenta y tres individuos suspenden sus alimentos, entonces éste es un factor que influye en su obesidad o sobrepeso.

Si bien es cierto que la necesidad de la alimentación provoca tener antojos de alguna índole, además del constante ataque publicitario y el bombardeo de consumo que se da a través de la radio, la televisión, los medios gráficos e impresos, deforman los hábitos alimentarios al consumir de las botanas, se hizo evidente preguntar si era necesario conservar algo en la boca por lapsos prolongados, esto ayuda a saber si es necesario que contengan algún alimento, dulce o un objeto, por antojo, ansiedad, o sólo por no consumir algo más pesado cuando se tiene la sensación de hambre. El más mencionado es el chicle con 46.6%, si solo tomamos en cuenta las respuestas enfocadas a los dulces, se acumula un 74.6%, pero la población en casi su totalidad consideran que sí deben tener algo en la boca por lapsos prolongados así sea dulce o no, con un total acumulado de 89%.

En cuanto al estado de ánimo del adolescente, las costumbres y los estilos alimenticios difieren de un humano a otro afirmando lo que dicen Lowenberg et al., (1979), que la comida no suele ingerirse nada más para calmar el hambre, sino por el hecho de que despierta el apetito, es evidente que la gente come y prefiere lo que le gusta y considera que le hace provecho. Este dato sirve para reafirmar si el adolescente come por impulsos, estrés,

descontento, preocupación u otras razones por las cuales tomen los alimentos y si sólo come en sus horas, se necesita de mayor profundidad para esta clase de pregunta. Aún así se tiene que el 50.7% de la muestra “sí” depende del estado de ánimo para consumir algún alimento. Para la muestra de los alumnos con trastorno alimentario también ese afirma que las personas obesas no comen solamente cuando su cuerpo indica que tiene hambre, sino también en respuesta a una serie de indicaciones del ambiente, se tiene lo siguiente: de los individuos que se encuentran por encima del parámetro normal ($IMC >23 \text{ p/e}^2$) hay una frecuencia de 33 que comen de acuerdo a su estado de ánimo. Aunque no se especifica en la pregunta si es en tiempos fuera de horarios de comida, indicando que comen de acuerdo a su estado de ánimo o si consumen los llamados alimentos chatarra para matar el hambre o antojo. Sin embargo si será necesario profundizar un poco más con respecto a esto.

Para conocer qué práctica deportiva ocupan dentro y fuera de la escuela, así como sus actividades desempeñadas comúnmente por más de 30 min. al día, en la segunda parte en la sección de *fuera de la escuela* se obtuvieron datos referentes a si practican deporte, solos o con la familia, si llevan a cabo otras actividades de movimiento como los deberes en la casa (mandados), y en la sección de *en la escuela* en relación al plan de estudios, también se tomó en cuenta los gustos de acuerdo a la disciplina, y/o práctica deportiva que realizan en la materia, y su estado de ánimo al realizar la actividad deportiva.

Tomando en cuenta a la práctica deportiva como actividad física, la cual es el movimiento del cuerpo humano que determina el gasto energético, en los adolescentes esto es promovido como un comportamiento que desarrolla positivamente el estado de salud, y previene la obesidad si es llevado a cabo correctamente. Pero González (2004) afirma que en la actualidad los patrones de ejercicio se han visto reemplazados, por mayor tiempo

frente al televisor, la computadora (Internet y juegos) y los videojuegos, lo cual se agudiza aún más en la etapa de la adolescencia, ya que da prioridad a estas actividades pese a que se le intente estimular a practicar un deporte.

Sobre la práctica deportiva que llevan a cabo solos o con la familia, se tomó en cuenta otras actividades de movimiento como los deberes en la casa (mandados), saber si se lleva una vida sin actividad física fuera de la escuela, y si ocupan algún medio de transporte para cualquier actividad incluso para ir a la escuela, se tomó en cuenta cualquier actividad sea deportiva y/o sólo movimiento llevado a cabo por más de 30 minutos continuos, ya que es considerada la *actividad física* de un *deporte* practicado en *tiempo de ocio* (el fútbol y básquet, por ejemplo) aporta beneficios adicionales que atañen no sólo al *bienestar físico*, sino al *mental* y al *social*. (Pera, 2008) Se tiene que esta población se manifiesta inactiva ya que en su mayoría 82.4% no realiza alguna actividad. Ahora bien en lo relacionado con la muestra que presenta un trastorno alimentario (IMC 23.0-27.0 p/e² sobrepeso y 27.1-30.0 p/e² obesidad), hay cincuenta y cinco alumnos que tienen sobrepeso u obesidad que no practican alguna actividad por más de 30 min. al día, ya que su condición física les impide realizar una actividad, la *hipótesis alterna se acepta* quedando que: *La condición de peso influye en el desarrollo de la práctica deportiva de los adolescentes estudiantes de secundaria.*

Cuando se indica si tienen una actividad específica referida a un deporte, llevada a cualquier hora, en la población global la mitad no la realiza, aunque sí hay actividad en la población, no es la suficiente afirmando lo que Papalia, et al., (2001) mencionan, muchos hombres y mujeres jóvenes son menos activos durante la adolescencia. Sólo 50% de varones que estudian en la escuela secundaria y 25% de las mujeres informan que

participan en actividad física. Para la población con un IMC en desorden ($>23 \text{ p/e}^2$), treinta y seis no salen a realizar alguna actividad específica como lo es realizar un deporte después de clases, siendo más de la mitad. De estos individuos que tienen sobrepeso u obesidad son más los que no salen a jugar, *por lo que en la hipótesis alterna: “La condición de peso influye en el desarrollo de la práctica deportiva de los adolescentes estudiantes de secundaria” se acepta porque llevan una vida sedentaria fuera de la escuela*

En lo referente con la familia, de acuerdo con Papalia, et al., (2001) la obesidad es un trastorno de la conducta alimentaria que, tiende a desarrollarse en las familias, indicando posibles orígenes socioculturales y de desarrollo ya que es el primer contacto directo para la realización de la práctica deportiva fuera de la escuela, es importante considerarla, de esta convivencia sale el interés propio por su realización independiente, dando que la muestra es inactiva ya que mas de la mitad de la población no realizan deporte juntos, ahora bien se encuentra que treinta y cuatro individuos con el IMC por encima del rango normal ($\text{IMC} >23 \text{ p/e}^2$) no salen a realizar alguna práctica deportiva. *Por lo que en la hipótesis de: Ha: La condición de peso influye en el desarrollo de la práctica deportiva de los adolescentes estudiantes de secundaria es aceptada, ya que es la mitad de esta muestra la que es inactiva.* Aún cuando salgan a pasear, por ser una actividad llevada a cabo en familia, esta población se manifiesta inactiva al permanecer estáticos en la casa todos los miembros de las familias ya que salir del hogar implica una actividad, están sin movimiento físico.

Los aspectos sobre las prácticas deportivas llevadas a cabo dentro de la escuela, referente al plan de estudios de la materia de Educación Física de la institución, donde los objetivos principales son: Incrementar las capacidades físicas, reconocer los efectos benéficos de sus hábitos correctos para la práctica de la actividad física y los daños que

ocasionan su ausencia o exceso, reafirmar y practicar los hábitos que complementan la actividad física para la salud, también se tomaron en cuenta los gustos de acuerdo a la disciplina y/o práctica deportiva que llevan a cabo en la materia. Se encuentra que 52.8% de la población reconocen a la materia como activa ya que ocupa la realización en práctica deportiva con movimientos, juegos, competencias etcétera, además de que sí se dejan llevar por las indicaciones del profesor, esto resalta, ya que el profesor los mantiene activos, incluso a la población con IMC en desorden ($IMC > 23 \text{ p/e}^2$), por lo tanto la *hipótesis de:*
Ha: La condición de peso influye en el desarrollo de la práctica deportiva de los adolescentes estudiantes de secundaria es rechazada, ya que da vista a que es una población activa, al menos en la materia.

Así mismo tomando en cuenta que la actividad que llevan a cabo durante la materia, se tiene que dentro de los deportes, que se realizan los más mencionados son el fútbol con la un poco más de la mitad de las menciones, siguiéndole el voleibol con 24.8% y el básquetbol. Sin embargo sale a relucir que es mayor la mención en deportes que se llevan a cabo en su mayoría en equipo. De acuerdo con Beltrán (1992) el disfrutar de una buena aceptación social por parte de los compañeros, facilita una mayor expansión de sus facultades físicas, y por el contrario, al no verse aceptado puede ser un factor inhibitorio de sus posibilidades físicas, por lo que para tener un concepto definido entre los deportes en equipo y los individuales se organizó de la siguiente manera: práctica en equipo (86.6%): fútbol, básquetbol, voleibol. Y práctica individual (4.8%): correr, caminar, esta población está enfocada a los trabajos en equipo.

Ahora bien en la población con trastornos de la conducta alimentaria (IMC 23.0-27.0 p/e^2 sobrepeso y 27.1-30.0 p/e^2 obesidad), se tiene que en su mayoría cincuenta y ocho

menciones practican en equipo las actividades en la escuela. Donde *la hipótesis de: Ha: La condición de peso influye en el desarrollo de la práctica deportiva de los adolescentes estudiantes de secundaria es rechazada.* (Hay que tomar en cuenta que al ser una pregunta global el resultado es dirigido, además de que realizan la práctica en equipo en la escuela como materia.) Confirmado por Chinchilla y Zagalaz, (2002) la gente identifica la educación física como juego y deporte, por eso se debe tratar de potenciar valores y actitudes positivas hacia la práctica físico-deportiva educativa. Por lo que Llanos (1989) menciona que la adolescencia, es un período visto por muchos cambios físicos, crea la necesidad de integrar una nueva imagen corporal, por esto, se tomó también en cuenta el gusto por la práctica de algún deporte, aquí se encontraron diferencias al respecto de lo anterior, ya que independientemente de lo que se lleve a cabo con el plan de estudios o lo que lleve el profesor de la materia, hay gustos de la disciplina, esto ayuda a ver si ésta práctica deportiva es por gusto o por obligación directa a conseguir una calificación, se tiene lo siguiente: Para *otro deporte* hay el 37.9%, le sigue el fútbol con 33.8% y el básquetbol. Esto significa que dentro del plan de estudios de la materia la práctica deportiva tiene muchas disciplinas que no pueden ser llevadas a cabo por distintas razones, (sean lugar, costumbres, espacios etc.)

Finalmente en *la hipótesis alterna: “La condición de peso influye en el desarrollo de la práctica deportiva de los adolescentes estudiantes de secundaria”* para la población con el trastorno de alimentación (IMC 23.0-27.0 p/e² sobrepeso y 27.1-30.0 p/e² obesidad) se acepta, ya que ésta muestra no lleva una vida con práctica deportiva fuera de la escuela, no sale a realizar alguna práctica deportiva en lo relacionado con la familia, no sale a jugar estando en casa o al término de las comidas. Tomando en cuenta que no hay ninguna clase

de movimiento ni actividad, es de esperarse que al estar en un estado sin movimiento o actividad física desarrollen parte de la permanencia en su estado físico.

La muestra de estudio tiene niveles altos de tiempo dedicado a actividades sin movimiento físico, como ver televisión, tareas y descansar, pocos niveles de actividad en la práctica deportiva, tanto fuera como dentro de la escuela. Es así como se encontró una asociación entre este tiempo con la prevalencia de sobrepeso y obesidad.

Se logró con base al estudio se afirmara que para el desarrollo de la obesidad o sobrepeso y su permanencia, si afecta el no tener ninguna clase de actividad, teniendo en cuenta que esta falta de movimiento se da desde el hogar, además que, de no ser por la materia de educación física y el programa del profesor de esta materia, en la escuela habría de igual manera inactividad. Por lo que se propone y con base a los nuevos lineamientos pedagógicos dándole mucha preferencia a las nuevas tecnologías, se continué la investigación, se haga un seguimiento y evaluación a mediano plazo tomando estas variables.

Tomando en cuenta de que se esta trabajando con adolescentes en general y en los casos que tienen obesidad y sobrepeso, dan poca acertividad a algunas preguntas del cuestionario por lo que no se incluyeron en el análisis, al no tener credibilidad en sus contestaciones, como reacción negativa al tema.

Debido al rápido incremento en la prevalencia de obesidad o sobrepeso en jóvenes y patologías relacionadas, además de los costos económicos y sociales es importante realizar esfuerzos para prevenirla en la niñez y adolescencia a nivel poblacional, principalmente con acciones encaminadas al aumento de la actividad física y práctica deportiva. Es aquí donde la intervención de expertos en la materia, como en este caso los psicólogos, educadores

físicos, así como médicos expertos en la salud física en conjunto se realicen planes óptimos para esta clase de población para su prevención y tratamiento, para su control y disminución. Así como es muy importante que se llegue a establecer en la etapa de crecimiento de los adolescentes, los hábitos higiénicos duraderos, de forma paralela a la realización del ejercicio, una correcta alimentación, descansos apropiados, hábitos de higiene corporal etcétera, para tener una imagen apropiada de sí mismos, todas éstas se están enseñando en la clase de educación física en las instituciones según su plan de estudios.

También es de considerarse que de manera preventiva, se debe buscar una forma de difundir entre los alumnos, maestros como entre los padres de familia formas de mejorar los hábitos desde las actividades hasta los alimentarios para que con el paso del desarrollo de la niñez hasta la adolescencia, tengan una visión diferente al respecto de la actividad y el sobrepeso u obesidad.

Por último, trabajar con los adolescentes, implica mejorar la calidad de vida de las personas, tanto en el presente como en el futuro se tendrá herramientas óptimas para el cuidado y permanencia de la salud, teniendo un perfecto equilibrio consigo mismo y su entorno. Por esto es que la educación física puede modificar la conducta motriz y la conducta del individuo, su personalidad, creándose mejores hábitos de vida y completando su proceso de relación social. En definitiva, el marco de actuación es muy amplio, en el ámbito escolar y extraescolar, en el niño y el adolescente, (Chinchilla & Zagalaz, 2002) Es por esto que hoy por hoy existe la necesidad de un mayor apoyo de psicólogos en la etapa de la adolescencia no sólo en lo relativo al autoestima, personalidad, problemas de disciplina entre otras, también en lo relacionado a la alimentación, todas en conjunto,

pienso son herramientas óptimas para que se encuentre el equilibrio para los adolescentes, en lo relacionado con su físico.

Los resultados encontrados en ésta investigación, me pusieron en una situación (en la cual gracias al apoyo llevado a cabo durante el transcurso de mis estudios) no complicada, ya que desde un principio me nació el realizar un trabajo relacionado con adolescentes y el deporte, sólo estuvo el impulso en lo que lleve a partir del sexto semestre, en las materias de seminario y también en las de práctica de servicio con la maestra Raquel del Socorro Guillén Riebeling, llevando el enfoque cognitivo conductual dirigido a los problemas alimentarios y durante el servicio social que realicé también en colaboración con ella. No puse a un lado el tema que me había llamado la atención desde un principio, solo le añadí los problemas alimentarios.

Considero que la forma como se lleva a cabo el plan de estudios en esta facultad es muy accesible, ya que el apoyo no sólo por parte de los profesores sino la accesibilidad en el trato a los pacientes desde el principio en la carrera, facilita (al menos en mi caso) la interacción e interés por desarrollar actividades, estudios, análisis, a las problemáticas de todos los niveles y situaciones a las cuales uno como psicólogo se puede enfrentar ya en la vida laboral.

REFERENCIAS

- Aguirre, B. A. (1998). *Psicología de la Adolescencia*. Ed. Alfaomega, Colombia.
- Albor, M. (1989). *Deporte y derecho*. Ed. Trillas, México.
- B.O.C. Núm. 44, (9 de Abril de 1993). En: Gómez R. A. *Deporte y moral: los valores educativos del deporte escolar*. Recuperado Febrero de 2001 de <http://www.efdeportes.com/> Revista Digital - Buenos Aires-Año 6-Nº 31.
- Barreda, P. (2008). *Guía de alimentación del adolescente 10 a 18 años*. www.pediatraldia.cl/guia10a18.htm Sección de Evaluación del estado nutricional en los adolescentes, Fuente INTA.
- Battegay, R. (1986). *El hambre como fenómeno patológico*. Ed. Herder, Barcelona.
- Beltrán, G. J. (1992). *Psicología de la Educación*. Ed. Eudema, Madrid.
- Bermúdez, J. (1983). *Modelo interactivo de ansiedad en el deporte: Implicaciones y contrastación empírica*. Revista de Psicología General y Aplicada.
- Biehler, R. (1980). *Introducción al desarrollo del niño*. Ed. Diana, México.
- Bouchard, Cote & Col. (1981). *Principios y aplicaciones de las terapias de la conducta*. Ed. Debate, Madrid.
- Buela-C, Caballo & Sierra. (1996). *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Ed. Siglo XXI, Madrid.
- Calzada, L. R. (2003). *Obesidad en niños y adolescentes*. Editores de Textos Mexicanos, México.

- Carreras, LL., Eijo, P., Estany, A., Gómez, M^a. Guich, R., Mir, V., et al. (2003). *Cómo Educar en Valores*, Materiales, Textos, Recursos, Técnicas. Edición 12, Ed. Nancea, Madrid.
- Castarlenas, J. H. et al. (1993). *Necesidad de una disciplina praxiológica para el conocimiento de las acciones deportivas expresivas y lúdicas*. Symposium Internacional de Filosofía del Deporte, V-2, pp. 127-133. en Chinchilla, J. L., & Zagalaz, M. L. (2002). *Didáctica de la educación Física*. Ed. CCS, Madrid.
- Chinchilla, J. L. & Zagalaz, M. L. (2002). *Didáctica de la educación Física*. Ed. CCS, Madrid.
- Contreras, R. M. (2001). *Los hábitos alimenticios como factores de estrés*, en Guillen, R. R. *Nuevas dimensiones en la Obesidad*. UNAM FES Zaragoza, México.
- Crispo, R. & Guelar, D. (2002). *La Adolescencia: Manual de supervivencia Guía para hijos y padres*. Ed. Gedisa, España.
- Davison, G. & Neale, J. (2002). *Psicología de la Conducta Anormal DSM-IV*. Ed. Limusa, México.
- Del Castillo, V. (1998). *Deporte y Trastornos de la Alimentación*. <http://www.efdeportes.com/> Año 3. N° 11. Buenos Aires, Octubre.
- Dieguez, A. (2002) *Trastornos Alimentarios*, Ed. McGraw-Hill Interamericana, Recuperado en http://www.alimentacionynutricion.org/es/index.php?mod=content_detail&id=123.
- Entwisle, D. R. (1997). *Las escuelas y el adolescente*. "Schools and the adolescent". en Feldman, S. & Elliot, G. R. *At the Threshold. The Developing Adolescent*. Cambridge, Massachusetts, (Harvard University Press.) Recuperado en Pérez O. M

- (Comp.), (2006). *Desarrollo de los adolescentes III*, Identidad y Relaciones sociales. Antología de lecturas. <http://www.formacionadolescente.com.mx/pdf>, Aguascalientes.
- Flores i F, Torro, T., Masana, R. & Treaserra, T. (2002). *DSM-IV-TR Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Ed. Masson, España.
- Gaonach, D. & Golder, C. (2005). *Manual de Psicología para la Enseñanza*. Ed. Siglo XXI, México.
- García, L. A. (2001). *Obesidad Comentarios y Reflexiones*. Citado en Guillen, R. R. (2001) *Nuevas dimensiones en la Obesidad*. UNAM FES Zaragoza, México.
- García, U. F. (1999). Dr. (Cuba) *La Psicología del Deporte en el próximo Milenio*. Ponencia presentada en el Congreso de Psicología de la Actividad Física y del Deporte, <http://www.efdeporte.com/revista> digital Año 4 N° 17. Buenos Aires, Diciembre.
- González, B. J. (2004). *Obesidad*. Ed. McGraw Hill, México.
- Guillen, R. R. (coord.), Sánchez, J. F., Sánchez, F., A., Mora, J. L., Gómez, P. P., Pérez, R., et al. (2001). *Nuevas dimensiones en la Obesidad*. UNAM FES Zaragoza, México.
- Gutiérrez, B. M. (2001). *Programas de Obesidad en la FES Zaragoza*. UNAM citado en Guillen, R. R. *Nuevas dimensiones en la Obesidad*. UNAM FES Zaragoza, México.
- Kingler, G. & Vadillo (1999). *Psicología Cognitiva*. Ed. McGraw Hill, México.
- Llanos, E. (1989). *El cuerpo y el desarrollo psicosexual en la adolescencia*. En INFAD, *Psicología de la infancia y la adolescencia* (2). PPU, Barcelona pp. 49-59. Citado en: Aguirre, B. A. (1998) *Psicología de la Adolescencia*. Ed. Alfaomega, Colombia.

- Lowenberg, M. E., Todhunter, E.N., Wilson, E. D., Feeney, M. C. & Savage, J.R. (1979). *Los Alimentos y el hombre*. Ed. Limusa-Wiley, México.
- McLaren, D. (1993). *La Nutrición y sus trastornos*. 2da edición, Ed. Manual Moderno, México.
- Muñoz C. J. (2008) *Jóvenes y práctica deportiva*, Recuperado el 5 de noviembre de 2008, de: <http://atinachile.bligoo.com/content/view/313408/Jovenes-y-practica-deportiva.html#content-top>.
- Onrubia, J. (1997). *El papel de la escuela en el desarrollo del adolescente*. en Martí, E. & Onrubia, J. (coord.), *Psicología del desarrollo: el mundo del adolescente*. vol. VIII, Barcelona, ICE/Horsori (Cuadernos de formación del profesorado). Recuperado en Pérez, O. M. (Comp.), (2006). *Desarrollo de los adolescentes III*. Identidad y Relaciones sociales. Antología de lecturas, <http://www.formacionadolescente.com.mx/pdf>, Aguascalientes
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Glosario Promoción de Salud*. Editado en España por Ministerio de Sanidad y Consumo, (1999). Recuperado en: Tercedor, S. P. & Delgado, F. M. (2000) “Modalidades de práctica de actividad física en el estilo de vida de los escolares”. <http://www.efdeportes.com/RevistaDigital>, Año 5 N° 24. Buenos Aires, Agosto. Cáp. 2, Párr. 5.
- Papalia, D., Wendkos, O. & Duskin, F. (2001). *Desarrollo Humano*. 8va. edición. Ed. McGraw Hill, México.
- Pera, C. (2008) *Como calcular el índice de masa corporal y La actividad del cuerpo condiciona su salud*. <http://www.saludlandia.com.html>.

Anexo
Cuestionario de Conceptos BRINCOS Y SALTOS

Hola, Buenos Días:

Fecha: _____

Soy estudiante de la Universidad y estoy investigando las conductas relacionadas con la alimentación y la actividad física. Te presento a continuación un cuestionario con afirmaciones y preguntas de la vida cotidiana. Por favor, cuando te demos la indicación, contesta lo que se te pregunta. Vas a encontrar instrucciones particulares, contesta lo primero que pienses, en los espacios correspondientes.

¡Gracias por colaborar!

PRIMERA PARTE:

INSTRUCCIONES: Escribe la respuesta en el espacio correspondiente. Marca con una "X" el paréntesis correspondiente

Nombre: _____ Sexo: ___ Edad: ___ Grado y Grupo: _____ Peso: ___ Estatura: _____

Lugar de nacimiento: _____ Nivel socioeconómico: _____ Dependencia económica: _____

Ingreso económico mensual: _____ Cuántos viven en tu casa: _____

Qué lugar ocupas entre tus hermanos o eres hijo único: _____

Número de hermanos y edades: _____

Padre: edad: ___ ocupación: _____ Madre: edad: ___ ocupación: _____

Donde vives es: Departamento () casa propia () casa prestada () rentada ()

Tienes calentador de agua: ___ Tienes agua potable: ___ Tienes electricidad: _____

Tienes TV con red nacional y/o cable y/o vídeo casetera: ___ Tienes videojuego y/o computadora: _____

SEGUNDA PARTE:

A FUERA DE LA ESCUELA:

INSTRUCCIONES: Escribe la respuesta en el espacio correspondiente. En las respuestas con paréntesis marca con una "X" el paréntesis correspondiente (puedes marcar más de una en las preguntas: 3 y 5)

1. Practicas alguna actividad física, deporte o ejercicio recreativo: si () no ()
Cual: _____ Cuanto tiempo: _____ Cada cuando: _____
2. Sales a jugar algún deporte después de clases: si () no ()
Cual: _____ Cuanto tiempo: _____ Cada cuando: _____
3. Cuando practicas algún deporte tú lo haces:
Por convicción propia () Por cuidarme () Por la escuela ()
Me dicen mis amigos () Me gusta () Por la familia ()
4. Salen tu y tu familia a realizar algún deporte: si () no ()
5. Cuando están fuera realizan:
Bicicleta () Correr () Caminar () Solo se sientan ()
Jugar fútbol () Jugar básquet () Jugar voleibol () Otro ()
6. Salen tu y tu familia a pasear: si () no ()
7. Cuando lo hacen: Se van en coche () Taxi () Transporte () Caminan () Llegan en bicicleta ()
8. Tu vas a hacer los mandados y/o compras pequeñas: si () no ()
9. Si vas de compras, cada cuando vas:
1 vez por día () 2 a más veces por día () Todo el tiempo ()
1 vez por semana () 2 a más veces por semana ()
10. Para ir a la escuela tú:
Tomas transporte () En bicicleta () Caminas () Corres () Te llevan () En: coche () taxi ()

B EN LA ESCUELA:

INSTRUCCIONES: Contesta en el espacio correspondiente, en las respuestas con paréntesis marca con una "X" (puedes marcar más de una en la pregunta 11)

1. Que días tienen la clase de Educación Física: _____ Cuanto tiempo: _____
2. Las actividades son: Más prácticas () Más teóricas () Ambas ()
3. Realizas los deportes indicados por el profesor: si () no ()
4. Te gusta realizarlas: si () no ()
5. Han realizado las actividades del programa de tu grado: si () no ()
6. Hay competencias internas: si () no () De cual (es) deporte (s): _____
7. Participas en todas las actividades recreativas: si () no ()
8. Qué deporte han practicado más _____ Y cual menos _____
9. Qué deporte te gusta más _____ Y cual menos _____
10. Qué deporte te gustaría practicar _____ Y cual no _____
11. Cuando los realizas tú te sientes:
Satisfecho () Insatisfecho () Bien () Mal ()
Conforme () Molesto () A gusto () Incomodo ()
Contento () Disgustado () Ágil () Torpe ()
Activo () Cansado ()

TERCERA PARTE:

INSTRUCCIONES: Contesta en el espacio correspondiente, en las respuestas con paréntesis marca con una "X" (puedes marcar más de una en las preguntas 3 y 9)

1. Tu comes: Despacio () Aprisa ()
Cantidad: Muchísimo () Mucho () Adecuado () Poco () Casi nada ()
2. Tu desayuno es de () Tu comida es de () Tu cena es de () a) 5 min. b) 10 min. c) 15 min.
d) 20 min. e) 25 min. f) 30 min. g) 40 min. h) 45 min. i) 50 min. j) 1 hora k) 1:30 min. l) más
3. Cuando se le pasa la hora de la comida presenta:
Mareos () Irritabilidad () Depresión () Temblor () Ve estrellitas () Ansiedad ()
Nauseas () Vómito () Diuresis () Sudoración en frío () Un hueco en el estomago ()
4. Requieres conservar algo en la boca por lapsos prolongados
Chicle () Papel () Plástico () Pastilla () Paleta () Otro ()
5. Suprimes alguna comida: si () no () Porque: _____
6. ¿Has suspendido alimentos? si () no ()
7. ¿Cambia tu apetito según tu estado de ánimo? si () no () En que: _____
8. Con que consumes tus alimentos: _____
9. ¿Con que bebida acompaña sus alimentos? Agua natural () Néctar () Refresco ()
Agua de fruta () Agua de polvo () Otro ()
10. Durante las comidas realizas alguna otra actividad: _____
11. Que haces después de las comidas: _____
12. ¿Comes por hambre o por apetito? _____
13. ¿Comes entre comidas? si () no ()

- Portillo, R. (2001). *Atención Primaria a la Salud y Obesidad*. En Guillen, R. R. *Nuevas dimensiones en la Obesidad*. UNAM FES Zaragoza, México.
- Pulgarín, M. C. & Martín G. P. (1998). *La Psicología Aplicada a la Actividad Física y el Deporte, sus Aportes al Deporte Municipal*. [http://www.efdeportes.com/Revista Digital](http://www.efdeportes.com/RevistaDigital), Año 3 N° 12. Buenos Aires, Diciembre.
- Saldaña, C. & Rosell, R. (1988). *Obesidad*. Ed. Martínez Roca, en Gutiérrez, B. M. “Programas de Obesidad en la FES Zaragoza, UNAM” citado en Guillen, R. R. (2001) *Nuevas dimensiones en la Obesidad*. UNAM FES Zaragoza, México.
- Secretaría de Educación Pública. (2005). *Programa de educación Física*. Primera edición, México.
- Skinner, B. F. (1979). *La Conducta de los Organismos*. Ed. Fontanella, Barcelona. Citado en: Guillen, R. R. (2001). *Nuevas dimensiones en la Obesidad*. UNAM FES Zaragoza, México.
- Tamburrini. (1997). Conferencia: *Deporte, Nazismo y Mercado*. Lecturas: Educación Física y Deportes, [http://www.efdeportes.com/Año 2](http://www.efdeportes.com/Año2), N° 7. Buenos Aires, Octubre
- Tercedor, S. P. & Delgado F. M. (2000). *Modalidades de práctica de actividad física en el estilo de vida de los escolares*. [http://www.efdeportes.com/Revista Digital](http://www.efdeportes.com/RevistaDigital) Año 5 N° 24. Buenos Aires, Agosto.
- The Oxford English Dictionary (2008) (sitio Web) Recuperado el 28 de enero de 2008, de <http://es.wikipedia.org/wiki/obesidad>.
- Trujillo, E. Bermúdez, O. (2006) *¿Qué causa un trastorno de la conducta alimentaria?*, Asociación Nacional de Desordenes del comer. Recuperado de: <http://nationaleatingdisorders.org/nedaDir/files/documents/handouts/SPWhCaus.pdf>

- Van Way, C. W. III (2001). *Secretos de la Nutrición*. Ed. McGraw Hill, México.
- Vera, G. N. & Fernández, S. C. (1989). *Prevención y tratamiento de la Obesidad*. Ed. Martínez Roca, España.
- Williams, M. H. (2002) *Nutrición para la salud, la condición física y el deporte*. Edición Illustrated, Ed. Paidotribo.
- Zierold, M. E. & Zierold, M. G. (2001). *Obesidad*. en: Guillen, R. R. *Nuevas dimensiones en la Obesidad*. UNAM FES Zaragoza, México.
- Osorio, E. J., Weisstaub, N. G. & Castillo, D. C. (2002) *Desarrollo de la Conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones*. Revista Chilena de Nutrición Vol. 29, N°3, Santiago, Diciembre. Recuperado de:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182002000300002&script=sci_arttext.