



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

**“INTERACCIÓN FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA
OBESIDAD Y SOBREPESO EN LA ADOLESCENCIA”**

TESIS

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

PRESENTA:

MARIANA SALINAS RIVERA

DIRECTOR DE TESIS: SAMUEL JURADO CÁRDENAS

REVISOR: ARIEL VITE SIERRA

MÉXICO, D.F.

2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mi madre, por ser mi mayor apoyo, por creer en mí incluso cuando yo no lo hacía, por darme el impulso, la confianza, la fortaleza y el aliento que he necesitado; por acompañarme en cuerpo y alma a lo largo de este trabajo y siempre. Por tu fortaleza y tenacidad has sido siempre mi inspiración. No existen palabras para decirte cuanto te quiero y te agradezco.

A mi padre, quien se ha mantenido a mi lado siempre, quien me ha acompañado en los momentos más importantes, quien a través de su valor e integridad humana, ha influido en mi crecimiento como persona. Gracias por ofrecerme tu apoyo, cuidado y cariño incondicional.

A mi hermano, que ha sido mi guía, mi compañero y mi ejemplo, la persona más cercana a mi corazón y a quien más admiro. Has sido mi aliado, mi mejor amigo, mi maestro, la persona que ha acompañado mi camino, con quien he compartido los mejores y peores momentos de mi vida. Te agradezco las enseñanzas, el ejemplo, tu apoyo y esas risas incomparables. Te quiero mucho.

Al Dr. Ariel Vite quien a través de su dedicación, sabiduría, experiencia y paciencia ha contribuido de manera importante mi orientación y desempeño como profesional. Quiero reconocer su valor humano, el cual ha sido una fuente de admiración e inspiración para mí.

Quiero agradecer especialmente a la Dra. Angélica Riveros por ser mi maestra, una de las académicas más admirables, cuya influencia como profesional ha inspirado mi formación y mi desarrollo y sin la cual la conclusión de éste trabajo no hubiera sido posible. Me llena de orgullo tener la oportunidad de continuar mi formación a lado de tan excelente persona.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
Capítulo 1. Obesidad.....	2
Capítulo 2. Ansiedad.....	17
Capítulo 3. Interacción Familiar.....	30
MÉTODO.....	41
Participantes.....	41
Instrumentos.....	41
Tipo de estudio.....	42
Procedimiento.....	43
RESULTADOS.....	45
DISCUSIÓN.....	63
REFERENCIAS.....	74
ANEXOS.....	80

A) Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

B) Cuestionario de salud, estilos de vida y comportamiento (segunda dección).

RESUMEN

La obesidad se ha convertido en los últimos años en un problema de salud pública. En México su prevalencia alcanza el 69% en población mayor a los 14 años. El cuadro implica un exceso importante de peso, el cual se traduce en un IMC mayor a 29.9. Entre los factores más importantes que la precipitan se encuentra la mala alimentación y la falta de ejercicio físico. Sin embargo es importante conocer si existen factores familiares y sociales que precipitan esta condición, a fin de desarrollar intervenciones eficaces para su tratamiento y prevención. Se han documentado hallazgos contradictorios con respecto al papel que juega la crianza en el desarrollo de la obesidad, por lo que es necesario explorar la especificidad del efecto de la interacción con cada padre, así como con los pares y realizar comparaciones con individuos con peso bajo y peso normal. El propósito de éste estudio consistió en investigar el papel que juega la interacción familiar en el desarrollo de obesidad en la etapa adolescente, mediante un estudio retrospectivo con grupos de comparación. Participaron 193 adolescentes, de los cuales 86 pertenecían al grupo de sobrepeso u obesidad, 70 al grupo con peso normal y 37 al grupo con peso bajo. Los resultados revelaron diferencias mínimas en el tipo de interacción de los grupos. No se observó un impacto importante en el peso de los adolescentes, en función del tipo de interacción familiar.

Palabras clave: obesidad, trastornos de la conducta alimentaria, crianza, factor de riesgo, ansiedad.

INTRODUCCIÓN

I Obesidad

En la actualidad, la obesidad se ha convertido en uno de los principales problemas de salud que aqueja a la población alrededor del mundo. Debido al estilo de vida adoptado en los últimos años, se ha adquirido un estilo sedentario, lo cual nos vuelve vulnerables a desarrollar sobrepeso. Igualmente, la alimentación ha cambiado de manera radical, pues se busca la manera más rápida de saciar nuestras necesidades, dejando a un lado la compra y preparación de alimentos de buena calidad, ya sea por falta de tiempo, recursos o por comodidad.

Es alarmante la velocidad con la que la obesidad está creciendo en la población mundial. El peso corporal está determinado por la interrelación de factores genéticos, ambientales y psíquicos que actúan como mediadores fisiológicos de la ingesta y el gasto energético, que normalmente están en equilibrio.

Este incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad está asociado con muchas enfermedades crónico-degenerativas incluyendo diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, infartos, hipertensión y ciertos tipos de cáncer.

Así, la epidemia global de sobrepeso y obesidad, se está convirtiendo rápidamente en un problema de salud mayor, que en países de desarrollo coexiste, paradójicamente con desnutrición.

Alrededor del mundo más de 310 millones de personas padecen obesidad. (Organización Mundial de la Salud/OMS).

- En México, el porcentaje de personas con sobrepeso u obesidad, mayores a los 14 años, alcanza el 69% (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos/OCDE, 2010).
- La obesidad afecta al 29% de la población adulta y, en conjunto con el sobrepeso, la prevalencia nacional es de alrededor de 70% para ambos géneros: 71.9% en mujeres y 66.7% en hombres. (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición/Ensanut-2006)
- 31.85% de los adolescentes entre 12 y 19 años y 26.35% de los niños de 5 a 11 años padece obesidad o sobrepeso (Ensanut-2006).
- Alrededor del 40% de los niños y adolescentes no realizan actividad física. (Ensanut-2006 y Encuesta Nacional de Salud en Escolares/Ense-2008).

Así mismo, en América Latina, países como Argentina, Colombia, México, Paraguay, Perú y Uruguay revelan un aumento de casos de obesidad y muestran que alrededor del 50% de su población tiene sobrepeso y más del 15% es obeso (Aguilar, Manrique, Tuesta & Musayón, 2010).

Este incremento, se ha visto reflejado en el total de la población, sin respetar edades. Según datos de la ENSANUT (2012) 35% de los adolescentes Mexicanos tiene sobrepeso u obesidad.

Además, indica que más de uno de cada cinco adolescentes (entre 12 y 19 años) tiene sobrepeso y uno de cada diez presenta obesidad.

En 2012, la prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en adolescentes fue de alrededor de 35.8% para el sexo femenino y 34,1% en el sexo masculino.

Así, dados los altos índices de obesidad mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) ha propuesto una clasificación cuantitativa de sobrepeso y obesidad basada en el índice de masa corporal (IMC), el cual se define como el cociente de la división del peso (en kg) sobre la talla (en metros) al cuadrado.

Se trata del índice más difundido en la actualidad tanto en la clínica, como para realizar estudios epidemiológicos, ya que es el que mejor se correlaciona con el porcentaje de grasa corporal (Chinchilla, 2003).

La tabla 1 muestra dichos rangos de clasificación del peso, basada en el IMC, utilizada por la OMS para ambos sexos.

Tabla 1. Clasificación del IMC (OMS, 2009).

IMC (kg/m ²)	Clasificación de la OMS	Descripción Clínica
<18.5	Bajo peso	Delgado
18.5-24.9	Normal	Normal
25-29.9	Sobrepeso grado 1	Sobrepeso
30-39.9	Sobrepeso grado 2	Obesidad
>40	Sobrepeso grado 3	Obesidad mórbida

La clasificación consta de cinco categorías, en las que explica la descripción clínica y aquellas que designó la OMS. Las categorías van desde bajo peso o delgado, hasta sobrepeso grado 3 u obesidad mórbida (condición crónica incurable, asociada a una serie de enfermedades que se curan o mejoran con la

pérdida sustancial de peso), pasando por normopeso, sobrepeso y obesidad (Diez & Martínez, 2003).

Otra clasificación de la obesidad está determinada según la edad de aparición. Ésta puede clasificarse en:

Obesidad del adulto. Es la más frecuente y la edad de inicio se sitúa entre los 20 y 40 años.

Obesidad en la infancia o la adolescencia. Se considera obesidad infantil cuando se supera el 20% del peso que le corresponde al niño para su talla. Suele ser rebelde al tratamiento y puede condicionar importantes secuelas en los niños como se encuentra entre las tres principales causas de morbilidad infantil (Chinchilla, 2003).

Dentro del estudio de la obesidad se ha propuesto que ésta puede ser un factor de riesgo de otros trastornos o bien puede ser un síntoma de otras condiciones patológicas y/o ser el estado final de regulaciones homeostáticas. (Vázquez, 2004).

Esto es importante, pues al realizar un diagnóstico de la condición, es necesario conocer las características que la acompañan y si éstas son un factor de riesgo para el desarrollo de la obesidad o una consecuencia de ésta. Así, existe una diversidad de factores que pueden converger en una condición de obesidad. A continuación se desarrollan algunos de éstos.

Etiología de la obesidad

Está claro que la causa directa de la obesidad se atribuye a una ingesta calórica superior al consumo energético; pero ésta se ve influenciada por componentes hereditarios, alteraciones metabólicas y neuroendocrinas, inadecuados hábitos alimentarios, estilo de vida y una serie de factores sociológicos. Es importante conocerlos para identificar por qué medio se llevará a cabo la intervención (en caso de tenerla) y tener mayor probabilidad de éxito en el tratamiento.

Factores genéticos y familiares

La predisposición genética para la obesidad está relacionada tanto con la ingesta como con el gasto energético.

Se ha asumido que la mayoría de los casos de obesidad corresponde a la manifestación de una alimentación excesiva. Este exceso de ingesta, junto con un estilo de vida sedentario, condiciona un desequilibrio en el balance energético del individuo que conduce a una ganancia de peso desproporcionada. Sin embargo la coexistencia de obesidad en varios miembros de una misma familia ha suscitado el papel de la herencia en el desarrollo de la obesidad. De hecho cuando uno de los padres es obeso, la probabilidad de que los hijos lo sean, alcanza un 50%. Esta proporción se eleva a un 80% si ambos padres presentan obesidad (Martínez et al, 2002).

También existen algunos mecanismos fisiológicos a través de los cuales la susceptibilidad genética puede actuar, entre los que se encuentran una baja tasa de metabolismo basal, la disminución en la oxidación de macronutrientes, bajo

contenido de masa magra, así como otros factores relacionados con la utilización de macronutrientes, o el perfil hormonal, incluyendo la sensibilidad a la insulina (Martínez et al, 2002).

Otro importante factor que interviene en el desarrollo de la obesidad, es el mal funcionamiento orgánico.

Factores neuroendocrinos de la obesidad

Existen numerosos factores neuroendocrinos encargados de regular la ingesta y el balance energéticos, como son los agentes b-adrenérgicos, la leptina¹ y la colecistoquinina o el neuropéptido, entre otros. La homeostasis energética del organismo permite establecer una estabilización del peso corporal y de la masa grasa a través de una red compleja de sistemas fisiológicos que regulan el aporte, el gasto y el almacenamiento de las reservas energéticas.

De este modo, los lugares de control del sistema nervioso central y, en particular, del hipotálamo, deben poder recibir e integrar el mensaje sobre el estado del depósito energético (Simon, 2002).

Así existen mecanismos que regulan no solo el estancamiento de la grasa, sino el consumo energético y las sensaciones de hambre y saciedad, como es el caso del núcleo ventromedial hipotalámico o centro de saciedad. Una lesión en éste

¹ La leptina es una hormona secretada por el tejido adiposo que modula el gasto energético. Importante en el conocimiento de la obesidad, pues contrarresta los efectos del neuropéptido. Así mismo, es una proteína estimulante de la alimentación

produce hiperfagia (aumento excesivo en la cantidad de alimentos ingeridos) y obesidad (Simon, 2002).

Algunos estudios han examinado si la activación repetida de los centros del estrés pueden estar involucrados en la patogénesis de la obesidad abdominal. Perturbaciones en la regulación eje hipotalámico adreno-pituitario están directamente relacionadas con la obesidad, resultando en inhibición de los mecanismos de la saciedad y activación de los mecanismos de ingesta de comida (Björntorp, 2001). Esto puede interpretarse como comer por estrés, favoreciendo a la adquisición de obesidad.

También, se ha identificado comúnmente que los individuos que padecen depresión pueden realizar conductas de ingesta con el fin de distraerse u obtener una sensación de confort ante las emociones negativas. Es posible que la mala regulación de serotonina que caracteriza a la depresión lleve a estos individuos a consumir cantidades excesivas de alimentos ricos en carbohidratos, como un esfuerzo para controlar los niveles de serotonina, pues son alimentos que aportan sensaciones de placer al cuerpo (Stice, Presnell & Shaw, 2005).

Igualmente se ha identificado a personas a quienes se les llama ansiosas de carbohidratos. Éstas parecen mantener niveles estables de serotonina a lo largo del día, los cuales descienden por la tarde, lo que conduce a sensaciones de tensión, irritabilidad, agitación o aburrimiento y apatía. Así, las sensaciones de calma y bienestar percibidos pueden ser restauradas ingiriendo un alimento rico en carbohidratos.

Factores relacionados con el gasto energético

Tres factores parecen participar específicamente en el mantenimiento de la constancia del peso corporal: utilización metabólica de los nutrientes, hábitos dietéticos y actividad física (Martínez et al, 2002).

El gasto energético puede influenciar el peso y la composición corporal, a través de cambios en la tasa de metabolismo basal, en el efecto termogénico de los alimentos y en la demanda energética propia de la actividad física. Así, una situación de sedentarismo es un importante factor de incremento en la prevalencia de la obesidad, aunque una menor respuesta termogénica a la ingesta y menores tasas de metabolismo basal, también pueden tener impacto sobre la ganancia de peso (Martínez et al, 2002).

Además se ha encontrado asociación entre la actividad física en el tiempo de ocio (inversa) o el tiempo destinado a estar sentado (directa) con el IMC. Así la baja participación en actividades deportivas, ausencia de interés en participar en actividad física y un alto número de horas de permanencia sentado, son predictores significativos de la obesidad (Martínez et al, 2002).

Esto puede entenderse como que la falta actividad lleva a un incremento en la masa grasa del cuerpo. Así, un análisis de cuestionarios señala que el esfuerzo físico destinado al trabajo ha disminuido en las últimas décadas, lo que se acompaña de un débil, pero significativo incremento en el IMC en varones, pero no en mujeres. Igualmente, se ha observado que dada la tecnología, la actividad de las amas de casa también se ha reducido significativamente en los últimos diez

años, lo cual conlleva un aumento en un incremento significativo de la masa corporal en las mujeres (Martinez et al, 2002)

Otro de los factores importantes a considerar, dentro del estudio de la obesidad, es el impacto de la cultura sobre las conductas y hábitos de las personas, es decir de qué manera y en qué magnitud las actitudes y comportamientos de los individuos se ven influidos por la cultura y la sociedad en la que se desarrollan. En particular, al referirse a los adolescentes, población que parece ser particularmente vulnerable ante cuestiones que implican la integración y pertenencia a un grupo, adquisición de valores y conductas, entre otros aspectos.

Ante esto, se ha abierto el cuestionamiento sobre si existen factores psicosociales durante la adolescencia que predispongan a la obesidad.

Factores psicosociales

La cultura de la delgadez en la que actualmente está inmersa la sociedad occidental, establece un estereotipo cultural excesivamente delgado, capaz de desencadenar una serie de valores y normas que determinan una cadena de comportamientos relacionados con la talla, peso y figura corporal (Merino, Pombo & Godás, 2001).

Dado que la adolescencia es un periodo crítico del desarrollo en el que se producen importantes cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales, ésta es una de las etapas en las que los individuos son más vulnerables a estas

normas. En éste periodo los jóvenes van cambiando su estructura física y mental, su imagen corporal está estrechamente relacionada con su peso por lo que una importante ganancia de peso, suele acompañarse de insatisfacción corporal (Aguilar, Manrique, Tuesta & Musayón, 2010).

La presión social a la que los adolescentes, en especial las adolescentes se ven sometidas, suscita un malestar con el propio cuerpo o apariencia física, favoreciendo la puesta en práctica de una dieta restrictiva, motivada por el fuerte deseo de adelgazar, para alcanzar el modelo corporal esbelto culturalmente establecido (Merino, Pombo & Godás, 2001).

Aunque la presión social afecta a ambos sexos, parece que el distrés corporal es superior entre el sexo femenino. Las chicas en mayor medida que los varones, se sienten insatisfechas con su cuerpo y apariencia física, se autoperciben obesas y desean estar más delgadas de lo que en realidad están (Merino, Pombo & Godás, 2001).

Durante esta etapa se acentúa el desarrollo del autoconcepto, las competencias, las habilidades sociales y la autoestima, lo que sugiere que los adolescentes se valoran con base en el aspecto físico (Aguilar, Manrique, Tuesta & Musayón, 2010).

Durante el proceso de construcción de las características de personalidad y de la conformación de su identidad, la familia juega un papel importante, teniendo como principal función socializar a los hijos de acuerdo a la cultura. Así, se ha observado que distintas características están relacionadas con el sobrepeso de los

adolescentes. Un ejemplo de esto es el mayor índice de sobrepeso en hijos de familias con un solo progenitor, en aquellos cuyas madres tienen menos nivel educativo y en los que pertenecen a una clase social más baja (Renman et al, 1999).

Esto podría explicarse como que las personas que viven situaciones de estrés a lo largo de su vida, están expuestas a mayor vulnerabilidad psicológica, que pueden manifestarse, entre otras como problemas de alimentación como anorexia nervosa o bulimia, trastornos muy conocidos culturalmente, o, como trastornos alimenticios no especificados, entre los que se encuentra la obesidad y el comer compulsivamente.

Otra consecuencia de la familia que se refleja en las conductas de alimentación, es la autoestima. Las personas que han vivido en una familia sin estructura, con dinámicas negativas, y psicológicamente nocivas, no logran desarrollar adecuadamente su autoestima; esto evita que lleven a cabo conductas de autocuidado, como la sana alimentación y la práctica regular de actividad física (Ogden, 2005).

Al analizar la relación existente entre los problemas psicológicos y la obesidad se observa que la obsesión cultural contemporánea por la delgadez, la aversión por la grasa que encontramos tanto en los niños como en los adultos y la atribución de la culpa al obeso pueden promover una baja autoestima y una mala autoimagen en las personas que no se ajustan a la imagen delgada, estereotipadamente atractiva. Esto, supone bajo las condiciones anteriores una relación directa entre el

volumen corporal y problemas emocionales como ansiedad y/o depresión en la persona. Debido a esto, es probable que personas que sufren de sobrepeso u obesidad tengan tendencia a desarrollar algún trastorno de la conducta alimentaria para tratar de contrarrestarla (Ogden, 2005).

En cuanto a las influencias culturales en el desarrollo de los trastornos alimentarios, tal vez lo más importante en la transmisión de dichas influencias no sean los medios de comunicación de forma directa (como comúnmente se cree), sino los compañeros y familiares como intermediarios. El rechazo al sobrepeso, la obesidad y, en definitiva, a la persona gorda y obesa refuerza el anhelo de delgadez (Lobera, 2008).

Por lo tanto, la prevención de la obesidad, a través de educación en las escuelas basada en el respeto a la individualidad y diferencias personales, la aceptación ante dichas diferencias, defectos y virtudes y eliminación de juicios precoces; así como la desaparición del ideal de belleza preconcebido y la discriminación y segregación de quienes no se adaptan a él, aunque es una forma ideal de eliminar los prejuicios sobre ésta, es poco probable que los esfuerzos sean implementados en algún momento próximo. De este modo, grandes cantidades de personas, parecen estar afectadas por el estigma y la discriminación; y el impacto en la salud pública puede ser considerable.

Así la estigmatización un tema que favorece al desarrollo de problemas psicológicos relacionados con la obesidad y que dificultan el tratamiento de la misma. Esto favorece a la pérdida de la identidad e individualidad de las personas,

pues al asignar un estereotipo, deja de percibirse a la persona, para percibir sólo la categoría en cuestión, en este caso “obesidad”, o persona obesa, de modo genérico, haciendo una generalización de la apariencia física. A partir de cierta información las personas son capaces de hacerse una idea de los rasgos de personalidad que caracterizan a quienes tienen tal o cual aspecto físico (Lobera, 2008).

La percepción de las personas obesas, por parte de los pares, como más cariñosas, auxiliadoras, complacientes, dependientes y dóciles, explica el hecho de que globalmente sean consideradas con mayor frecuencia como personas cooperativas. Esta concepción positiva caracterizada por calificativos como cariñoso, auxiliador, complaciente, desinteresado, dócil o animado, parece corresponder al mito del “gordo feliz y bondadoso”, que se acompaña de connotaciones fuertemente negativas, al propiciar cierto tipo de interacción y trato desfavorecedor para el individuo con obesidad, resultando en algunas ocasiones en abuso psicológico o físico (Lobera, 2008).

Dentro del mismo prejuicio que se tiene de las personas obesas, existe una connotación abiertamente negativa, en la cual son percibidas con frecuencia como ansiosas, solitarias, vagas, apagadas, dependientes, miedosas, solas, infantiles, impulsivas y quisquillosas.

Percibir al sujeto obeso como alguien pasivo, vago, apagado o ansioso lleva, con facilidad, a la idea de que “no hace nada por dejar de serlo”. Así, resulta que la

persona obesa también es vista como excluida, ignorada, sola, incómoda, recelosa, voluble, variable o abatida (Lobera, 2008).

Una teoría ideal y comprensiva del estigma de obesidad puede identificar los orígenes de los prejuicios sobre el peso, explicando por qué estos son estimulados por distintos tipos de cuerpo y sugerir métodos para reducir los perjuicios.

De lo contrario, mientras más se permita que se dispersen y acepten los prejuicios contra los individuos con obesidad, es más probable que las actitudes individuales negativas también se establezcan a un nivel institucional (Phul, 2003).

Se ha observado que los obesos que buscan ayuda en el tratamiento de ésta, muestran mayores problemas psicológicos que las personas que no tienen la intención de buscar tratamientos para su condición. En la mayoría de las ocasiones piden ayuda a los profesionales, no por buscar una mejora en su salud, sino por una cuestión de estética (que es a final de cuentas una motivación marcada por las influencias psico-sociales). Así, las principales problemáticas que aquejan a los sujetos con obesidad que buscan ayuda, son la ansiedad y depresión, situaciones que a su vez, complican la adherencia al tratamiento y con esto la mejoría en las condiciones que los afectan.

Así, el propósito de las investigaciones sobre estigmatizaciones concientizar a las personas con respecto a este tipo de padecimientos, para facilitar su desarrollo, reducir la cantidad de factores que los afectan y ayudar a desarrollar tratamientos que atiendan su salud física y psicológica.

Como se mencionó anteriormente, dentro del tema de obesidad, una variable que ha afectado de manera importante a los sujetos que la presentan, son los trastornos de ánimo, en particular la ansiedad. Por esto la importancia de abordar el tema, para conocer de qué forma interactúan ambas variables para afectar la salud de quien la padece.

II. Ansiedad

Conceptualmente podemos definir la ansiedad como un estado de activación del sistema nervioso, consecuente con estímulos externos o producto de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. Esta activación se traduce, por un lado, en síntomas periféricos derivados de la estimulación del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y del sistema endócrino (secreción de hormonas suprarrenales), que darían lugar a los síntomas somáticos de la ansiedad, y, por otro, a síntomas de estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral que se traducirían en los síntomas psicológicos de ansiedad.

Éste fenómeno, es experimentado por todos en mayor o menor medida en la vida cotidiana, considerándose que existe una ansiedad normal, adaptativa que sirve para prepararnos para responder en las mejores condiciones posibles ante circunstancias amenazadoras de riesgo, así como un segundo tipo de ansiedad que representa más un trastorno que una reacción ante algún estímulo (Bobes et al, 1999).

Cuando la ansiedad no es adaptativa, el peligro al que pretende responder no es real, cuando el nivel de activación y su duración son desproporcionados con respecto a la situación objetiva, o no es capaz de generar una respuesta adecuada, hablamos de ansiedad patológica (cualitativa o cuantitativamente) diferente de la ansiedad normal (Bobes et al, 1999).

Pueden existir diversas causas de la ansiedad. Para Høbfoll (1989) tanto la percepción como la pérdida de recursos o la imposibilidad de obtenerlos nuevamente, son factores suficientes para producirlo.

De acuerdo con él el estrés es una reacción a tres posibles situaciones ambientales:

- Hay una amenaza de pérdida de recursos
- Hay una pérdida de recursos
- Hay una dificultad para obtener nuevos recursos luego de que éstos se perdieron

Lo que trata de explicar la Teoría de Conservación de Recursos, es que la gente se esfuerza por retener, proteger y construir recursos y que aquellas amenazas hacia ellos implican pérdidas potenciales o reales (Hobföll, 1989).

Así, al abordar este tema, es importante distinguir entre ansiedad exógena (estrés por estímulos ambientales) y ansiedad endógena (sin estimulación externa).

Se habla de estrés cuando se supera la capacidad adaptativa del organismo frente a estímulos externos, bien porque éstos son muy intensos o porque son muy persistentes. Generalmente se trata de estímulos novedosos, amenazantes o especialmente intensos o sorprendentes (Bobes et al, 1999).

Por el contrario la ansiedad endógena, frecuentemente ligada a factores hereditarios, carece de causa externa y en estos casos suelen detectarse anomalías en los mecanismos cerebrales de procesamiento de la información

procedente de los sentidos, con respuestas patológicas a estímulos o situaciones normales.

La tabla 2 muestra la distinción entre la ansiedad exógena (estrés) y la ansiedad endógena (Bobes et al, 1999).

Tabla 2. Características distintivas entre ansiedad endógena y exógena

	Ansiedad endógena	Ansiedad exógena
Desencadenante	No	Si
Presencia de crisis	Si	No (persistente)
Relación mujer/hombre	2-3/1	1/1
Edad comienzo	Precoz	Cualquiera
Búsqueda de ayuda médica	Si	Escasa
Respuesta a psicoterapia	Mala	Buena

Así puede observarse que a pesar de que ambas son respuestas desadaptativas, identificadas como consecuencia de la amenaza de pérdida de recursos del organismo, existen diferencias en sus manifestaciones, como puede ser la presencia/ausencia de crisis o la reactividad ante el trabajo terapéutico.

Dado que estos recursos vulnerables del organismo son herramientas y fortalezas que cada individuo posee, teóricamente se les ha ligado al concepto de resiliencia, puesto que en ambos implican un aprendizaje.

Walsh (2004) ha definido a la resiliencia como el proceso de superación y adaptación que se desencadena después de una crisis; así un individuo resiliente quedará fortalecido. Los recursos que el individuo posea antes de la situación estresante le servirán de ayuda para superarla e incluso es posible que adquiera nuevos recursos durante su transcurso. Se ha supuesto, que las emociones positivas, podrían ser uno de los recursos y herramientas psicológicas necesarias para el proceso resiliente.

Debido a lo esto es muy común que la presencia y ausencia de recursos se haya relacionado con diferentes temas, tales como:

- Familia: Familias psicósomáticas, violencia y duelo.
- Salud y enfermedad: depresión, suicidio, trastornos alimenticios, estrés, etc.
- Relacionados con seguridad: delincuencia, bandas o pandillas.

Por esto, es importante sobre indagar en las experiencias y recursos que muestran los individuos en el afrontamiento de las situaciones cotidianas que experimentan, pues influyen de forma importante en el desarrollo de condiciones de salud física, psicológica, entre otras.

Epidemiología de los trastornos de Ansiedad

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, informa que los trastornos de ansiedad son los más prevalentes y los más crónicos, principalmente la región conformada por las tres áreas metropolitanas (Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey) que muestra la prevalencia más elevada de trastornos de ansiedad (3.4). Las mujeres presentan una probabilidad mayor de tener un trastorno de ansiedad (30.5%) a lo largo de la vida que los hombres (19.2%), ya que existen características de género desencadenantes importantes, como los aspectos hormonales, situaciones sociales, dinámica familiar, aspecto de género, etc. Finalmente la prevalencia de los trastornos de ansiedad, disminuye en los estatus económicos más altos.

En la ciudad de México, se han diagnosticado con trastorno de ansiedad al 1.7% de la población. En comparación con depresión, distimia, esquizofrenia paranoide, trastorno de personalidad y trastorno somatomorfo, los trastornos de ansiedad son el diagnóstico con la tendencia de incremento anualizado más claro, seguido por el diagnóstico de distimia. En el 2020 se diagnosticarán anualmente cerca de 3,000 personas con Trastorno de Ansiedad (Monroy, 2010).

Parece ser, que los trastornos de ansiedad son los más prevalentes y los más crónicos; así las mujeres presentan prevalencias globales más elevadas que los hombres en los últimos 12 meses (14.8 % y 12.9%) y en los últimos 30 días, previos a la recolección de datos (6.5% y 5.1%). Esto permite observar que los trastornos de ansiedad son más frecuentes para las mujeres (Medina-Mora, 2003). Las mujeres son, en general más proclives a padecer trastornos de ansiedad que los hombres, estimándose una relación de 2 a 1.

Se estima que aproximadamente el 29% de la población estadounidense tiene o ha tenido uno o más diagnósticos de algún trastorno de ansiedad en algún punto de sus vidas, haciendo a la ansiedad la categoría más común de diagnóstico en el DSM IV (Mineka, Zinbarg, 2006).

Dada la relevancia que ha adquirido esta problemática en la sociedad, al estudiarla es necesario determinar sus orígenes y factores que la desencadenan, ya que facilitaría la aproximación al tratamiento de los pacientes que la padecen, así como la identificación de personas que se encuentran en riesgo de desarrollarlo y así lograr prevenirlo.

Desde el punto de vista psicológico, la ansiedad se ha estudiado desde dos consideraciones causales: como respuesta emocional o como rasgo de personalidad. Durante las últimas tres décadas se ha intentado identificar cuál es el origen de la ansiedad, tratando de determinar cuáles son los factores que influyen en el desarrollo de sintomatología ansiosa, así como la contribución específica de cada uno de ellos y su probable interacción como facilitador del desarrollo en cuadros clínicos tipificados (Mineka & Zinbarg, 2006).

Se han identificado algunos factores, que actúan como factores de riesgo o que contribuyen a la exacerbación de un cuadro preexistente, entre los que se encuentran: problemas físicos crónicos, deterioro cognitivo, estrés emocional, pérdidas recientes, nivel inferior de educación, historial personal de trastornos afectivos o de ansiedad e historial familiar de estos trastornos (Ascencio, 2007)

No obstante que el enfoque primario es la etiología de la ansiedad, también es necesario denotar que los modelos contemporáneos de aprendizaje de los

desórdenes de ansiedad tienen implicaciones importantes en el tratamiento y la prevención, pues pueden servir como base al estudiar el riesgo de desarrollo una condición por los aprendizajes previos, así como las historias de vida. De este modo, tal vez, como resultado de la transmisión genética y el aprendizaje vicario de miedos específicos, así como de los estilos de solución por medio de evitación y modelos de atención a señales somáticas, se ha observado que hijos de padres con problemas de ansiedad, parecen mostrar un riesgo elevado en el desarrollo de éstos (Mineka & Zinbarg, 2006).

Estrés y consumo de alimentos

Se ha observado frecuentemente que existe una fuerte asociación entre la conducta de alimentación y los estados emocionales de las personas, es decir que existe variabilidad en la cantidad y calidad de los alimentos que consumen, en función de las emociones que experimentan, así como la intensidad de las mismas. Así un alto porcentaje de la población norteamericana muestra preocupación por dejar de realizar conductas tales como fumar y comer para disminuir sus niveles de estrés.

Esto es importante, ya que en el tratamiento multidisciplinario de la obesidad infanto-juvenil, la intervención psicológica busca minimizar las conductas que interfieren en la pérdida de peso. Se observa que las dificultades para bajar de peso o mantenerlo, no se deben únicamente a hábitos inadecuados de alimentación o a la poca actividad física de los sujetos, sino que están muy

relacionados con los índices de ansiedad y de depresión; y que estas dificultades se incrementan en jóvenes con obesidad severa (Calderón, Forns, Varea, 2010).

Actualmente se sabe que con la obesidad coexisten altos niveles de ansiedad, siendo las mujeres quienes presentan mayores niveles en comparación con los hombres. Igualmente se observa que las mujeres están menos satisfechas con su peso y su ambiente laboral que los hombres (Ríos, 2008).

Estos datos, indican que el hecho de ser mujer, tener sobrepeso y puntuar alto en niveles de estrés, pueden actuar como fuertes predictores de hiperíngesta durante periodos de estrés (Tanja & Epel, 2007).

Otro de los factores que vulnera ante la ansiedad y la depresión, parece ser la adolescencia en ella la sintomatología emocional tiene una amplia gama de consecuencias y pueden servir como precursoras para el desarrollo de trastornos de alimentación. Se ha identificado que un tercio de los jóvenes con obesidad que busca tratamiento presenta trastornos de alimentación y se calcula que el 75% de estos jóvenes presentarán ansiedad a lo largo de su vida (Calderón, Forns & Varea, 2010).

Durante el desarrollo de investigaciones sobre la asociación existente entre los trastornos de la alimentación y el estrés, se ha sugerido que las conductas relacionadas con los estos trastornos son, en parte explicadas por la mayor presencia de síntomas de ansiedad y depresión, tanto en jóvenes con sobrepeso-obesidad leve-moderada como en jóvenes con obesidad severa. Así mismo estos individuos han mostrado dificultad para establecer relaciones interpersonales

satisfactorias y, lo que es más importante, una fuerte tendencia a confundir los estados emocionales con la sensación de hambre y saciedad y, como consecuencia a paliar la ansiedad comiendo (Calderón, Forns & Varea, 2010).

Calderon, Forns y Varea (2010) reportan dos manifestaciones contrarias entre sí de la ansiedad; la ansiedad rasgo (tendencia relativamente estable de la persona a percibir las situaciones como amenazadoras) que incrementa sustancialmente el riesgo de perpetuar la obesidad en jóvenes. Mientras que la ansiedad estado (sentimientos subjetivos de tensión y aprensión que pueden variar con el tiempo y fluctuar en intensidad) no alcanza un valor predictor en la explicación de IMC de los jóvenes con obesidad severa.

Igualmente, se ha encontrado que en los jóvenes con obesidad severa, la depresión y la ansiedad rasgo se presentan como una tendencia a percibir las situaciones como amenazantes; esto puede deberse a una mayor cronificación de los problemas. Sin embargo, los jóvenes con sobrepeso-obesidad leve-moderada responden ansiosamente de manera reactiva a situaciones en las que se sienten ineficaces o insatisfechos con su imagen corporal. Esto lleva a la suposición de que estos jóvenes, presentan una predisposición a comer en exceso, y cuando se encuentran en un entorno familiar obesógeno, es decir, un ambiente en el cual el resto de los familiares muestran una fuerte tendencia hacia el desarrollo de obesidad, así como poca reactividad al tratamiento, tienen mayor tendencia a paliar la ansiedad comiendo (Calderón, Forns, Varea, 2010).

Otra explicación que vincula a la ansiedad, depresión y al mantenimiento de la ansiedad es la siguiente: Aquellos individuos en tratamiento que no consiguen reducir sus niveles de obesidad se verán más proclives a manifestar psicopatología ansiosa y depresiva dada su ineficacia. Esto puede complicarse con el desarrollo de trastornos alimentarios con motivo de la fuerte presión a que se ven sometidos estos sujetos para perder peso, junto a la espiral frustrante de dietas en que se comprometen y a la dificultad y predisposición que encuentran en traducir en forma correcta los consejos nutricionales recibidos (Barris, et al.- 1994).

Esto muestra que la insatisfacción corporal junto con una elevada ansiedad rasgo incrementan el riesgo de perpetuar la obesidad, siendo los dos síntomas que mejor discriminan los pacientes con o sin obesidad severa (Calderón, Forns & Varea, 2010).

Así mismo, durante el tratamiento de la obesidad, se observan respuestas similares ante un estresor severo (pérdida de peso y apetito a corto plazo, y después ganancia de peso, alcanzando un peso aún mayor que el inicial. Cuando una etapa de crisis ha sido resuelta es probable un incremento compensatorio en la ingesta de comida para recuperar hasta alcanzar y muy probablemente sobrepasar el peso anterior) llevando a un incremento en la adiposidad. En estas personas, se ha observado que repeticiones frecuentes de pequeños estresores pueden mantener el incremento de estrés en un estado crónicamente activado (Tanja & Epel, 2007).

Así estos niveles de estrés bajos pero crónicos, pueden modular el apetito, resultando en un incremento en la búsqueda de comida altamente satisfactoria, de sabor agradable o en una dependencia hacia los alimentos percibidos como recompensa, los cuales tienen la cualidad de reducir el estrés (Tanja & Epel, 2007).

Se ha observado que en gran medida estos patrones de comportamiento tienen una base orgánica. Al analizar la reactividad al estrés en distintas patologías de la alimentación, se encontró que las personas con anorexia, bulimia y trastornos de alimentación compulsiva tienden a mostrar ya sea más altos niveles de cortisol basal o mayor reactividad a éste, los cuales pueden incrementar el consumo calórico de las personas (Tanja & Epel, 2007).

Otra explicación para este comportamiento, es el modelo cognitivo de estrés, el cual explica las respuestas ante éste, dependiendo de la connotación que le dé el propio individuo. El valor y significado que asignamos al estímulo estresor determina lo dañino que se percibe. De este modo si el estresor se ve como una amenaza, una situación demandante ante la cual no se tienen los recursos para hacerle frente adecuadamente o está asociado a componentes de distrés, la respuesta específica de estrés neural activa el eje Hipotalámico adrenopituitario, provocando la liberación de cortisol. Dado que el cortisol estimula el hambre y la alimentación, y la adrenalina liberada como primera respuesta ante el estrés inmediato, la cual inhibe la digestión se puede hipotetizar que el estrés como amenaza que perdura en el tiempo estimulará la conducta alimentaria, más que el

estrés provocado por estímulos percibidos como retos o de duración limitada (Tanja & Epel, 2007).

Si bien es cierto que existe un origen endócrino de muchas de las respuestas para aliviar el estrés muchas otras están mediadas o moderadas por el aprendizaje. Este es el caso de la ingesta calórica.

Estudios con animales revelan que el estrés puede llevar a algunos casos a incremento, pero mayormente decremento en el consumo de alimento. De hecho se ha sugerido que el decremento en el consumo de comida y la pérdida de peso, sirven como el indicador más fuerte de severidad de estrés, al menos en ratas. Sin embargo, cuando las ratas tienen la opción de comida más sabrosa, como lo es la manteca o el azúcar, el consumo de alimento por estrés incrementa, al menos con esos alimentos (Tanja & Epel, 2007).

En humanos, la literatura muestra que el estrés afecta la alimentación de forma bidireccional: Resultados de una investigación, muestran que un subgrupo, de aproximadamente el 30%, reduce su ingesta de alimento y pierde peso durante o después de un periodo de estrés, mientras que la mayoría de los individuos lo aumenta durante este periodo. Lo anterior está fuertemente influido por el tipo de alimentos a los que los sujetos tienen acceso, dado que se desarrollan en ambientes con comida "rica". Ante la abundancia de comida altamente calórica, tiene sentido que la mayoría de la gente se queje de comer más en periodos que estrés alto, que de bajo (Tanja & Epel, 2007).

En conclusión, la preocupación por el peso y la figura, la baja autoestima y la ansiedad pueden perpetuar la obesidad y actuar como barrera para lograr perder peso. Esto, dado los altos niveles de frustración, ansiedad, depresión y rechazo de los pares, experimentado, los cuales debido al pobre control emocional y conductual que muestran los sujetos con sobrepeso, los orilla a la perpetuación de conductas alimentarias de riesgo, como la búsqueda de alimentos que proporcionan confort, conducta de atracón, vulnerar los cuidados nutrimentales y comprometerse en conductas de sedentarismo, aislamiento social, entre otras (Calderón, Forns & Varea, 2009).

Todo esto muestra que la asociación entre la conducta alimenticia, como paliativo durante periodos de estrés elevado tiene múltiples bases importantes a considerar, entre las cuales se encuentran los hábitos y asociaciones aprendidos socialmente. La presencia de estos factores interfiere en el tratamiento de la obesidad infanto-juvenil, y su identificación puede ayudar a mejorar la adhesión a hábitos de vida saludables y con ellos a la prevención de complicaciones asociadas a la obesidad.

III. Interacción Familiar

Dentro de la psicología se ha observado que la familia es un elemento importante de estudio para comprender el comportamiento del ser humano, ya que ésta sigue siendo, a pesar de todos los cambios, el más importante agente de socialización. Por lo que puede observarse que el cambio en uno de los miembros de la familia, repercute en los demás, es decir que la familia como una unidad mantiene un determinado comportamiento como consecuencia de la dinámica de cada uno de sus miembros (Coyoli, 2010).

La familia, durante la infancia permite la apreciación del desarrollo de capacidades, que dependen del grupo cultural, la cual es provisora de marcos de referencia, mismos que los padres organizan para sus hijos, entre los que está el desarrollo afectivo, la socialización del niño con los valores y los roles, además de prepararlos para la incorporación a otros contextos educativos y ajustar de manera proporcionada entre la familia y el contexto en el que vive (Coyoli, 2010).

Así el funcionamiento familiar es un factor determinante en la conservación de la salud o el surgimiento de enfermedades entre sus miembros. Con base en que la familia cumple o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional ante diferentes situaciones (Rangel, Valerio & García, 2004).

Por lo tanto, no debe tratar de identificarse a la familia en uno u otro rango, ya que es posible que funcionen en diferentes niveles que van desde un nivel óptimo

hasta un mal funcionamiento o fallo total, es decir que éste funcionamiento pueda fluctuar en un continuo que va desde lo funcional a lo disfuncional (Coyoli, 2010).

Familia funcional.

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que se atraviesa (Rangel, Valerio, García & 2004). El término funcional, se utiliza para reconocer aquellas familias que tienen un nivel eficiente de funcionamiento.

Se ha definido a las familias funcionales de diversas maneras, pero existen algunas características comunes entre clasificaciones, entre las cuales se encuentran:

- Son dialécticas. Tienden a evolucionar constantemente, además en ellas pueden surgir circunstancias que promuevan su crecimiento individual y grupal.
- Son dinámicas puesto que la conducta de cada uno de los integrantes influye en los demás, por lo tanto si la relación entre los miembros es saludable el resultado también lo será.
- Son relativas. Así como la familia puede brindar protección, seguridad, afecto, expectativas para el desarrollo a cada uno de sus miembros, también puede hacer que se desarrollen mecanismos no saludables (Coyoli, 2010).

La familia disfuncional

La investigación ha sugerido consistentemente que las familias caracterizadas por ciertas cualidades tienen resultados dañinos en la salud mental y psicológica de sus integrantes. Estas características incluyen conflicto familiar, manifestación de episodios recurrentes de enojo y agresión, educación deficiente, especialmente relaciones familiares que son frías, negligentes y carentes de apoyo (Repetti, Taylor & Seeman, 2002).

Familias con estas características son riesgosas, puesto que dejan a los hijos vulnerables a un amplio rango de desórdenes de salud física y mental, a generar vulnerabilidades y exacerbar otras genéticas, lo cual no solo pone a los hijos en riesgo de resultados adversos sino que establecen las bases para problemas de salud física y psicológica a largo plazo (Repetti, et al 2002).

Los niños que crecen en este tipo de familias, tienen especial probabilidad de exhibir conductas que amenazan su salud, incluyendo tabaquismo, abuso de alcohol y drogas, riesgo de actividad sexual promiscua, entre otras. Estas formas pueden representar un método de compensar las deficiencias en el desarrollo social y emocional, así como un proceso de automedicación, en el que los adolescentes manejan las desregulaciones producidas y exacerbadas por las familias de riesgo (Repetti et al, 2002).

Así, estas consecuencias de los ambientes de riesgo representan un perfil integrado de riesgo que está asociado con desordenes en la salud mental a lo largo de la vida, incluyendo depresión, hostilidad agresiva, enfermedades crónicas

mayores incluyendo hipertensión y enfermedad cardiovascular y muerte prematura (Repetti, et al 2002).

En particular son las formas negativas de interacción familiar, las que propician el desarrollo de conductas, actitudes o respuestas desadaptativas de sus integrantes. Existen familias que muestran una alta problemática, pero gran dificultad para expresarla de manera abierta. Este es el caso de las familias psicósomáticas.

Familias psicósomáticas

Se consideran trastornos psicósomáticos o psicofisiológicos a las dolencias físicas cuya aparición, mantenimiento o agravamiento puede relacionarse con factores psicológicos. Al hablar de síntomas psicósomáticos nos referimos a las dolencias para las que no se tiene la posibilidad de practicar un diagnóstico médico que las explique; estos síntomas pueden ser aislados y no constituir necesariamente un síndrome que coincida con el cuadro de una enfermedad (González & Landero, 2008).

Existen ciertos tipos de familia, caracterizadas por una dinámica negativa, que muestran una tendencia a generar una gama de síntomas trastornos y síntomas físicos, llamados psicósomáticos que pueden relacionarse con múltiples factores. Entre estos se encuentran el estrés, la depresión, los trastornos de ansiedad y de personalidad, las formas de afrontamiento, la autoeficacia, el apoyo social, la autoestima y la alexitimia (González & Landero, 2008).

Tal tipo de familias se caracterizan por ciertas formas de interacción y organización consideradas disfuncionales, las cuales son:

- **Aglutinamiento.** Es una forma de proximidad que hace que cualquier alteración repercuta en toda la estructura familiar. Caracterizado por conductas intrusivas, autonomía escasa y límites interindividuales débiles, seguidos por la confusión de roles y funciones, lo cual hace que el sentido de identidad personal se diluya y se reemplace por la proximidad entre las percepciones individuales y familiares. Los límites individuales son tan difusos entre los miembros de la familia, que el espacio vital de la persona es frecuentemente transgredido. Al carecer de un subsistema parental eficaz y claramente definido, es muy común que los padres presenten expectativas y metas rígidas para cada uno de sus hijos (González et al, 2002).
- **Sobreprotección.** En estas familias, se observan altos grados de cohesión. La sobreprotección de los padres retarda el desarrollo de la autonomía de los hijos, inhibiendo su participación en actividades que abarquen esferas fuera del ámbito del hogar, de manera que no se educa a los hijos para enfrentarse a la vida, fomentando carencias en la toma de decisiones.

Cuando se muestra un alto grado de interés mutuo entre los miembros de la familia, además se presentan constantemente conductas protectoras, en muchas ocasiones es debido a que se intenta sofocar algún problema

intrafamiliar, es por eso que se considera como una función protectora de la familia.

- **Rigidez:** Las familias operan con límites poco permeables, lo que les impide tener la posibilidad de autorregular su permanencia y viabilidad, ya que poseen límites impermeables en su relación con el medio. Esta inflexibilidad dificulta modificar las pautas de interacción ante crisis normales, favoreciendo una adaptación inadecuada a las exigencias que les requiera el desarrollo del ciclo de vida familiar. Producto de la falta de flexibilidad, frecuentemente se generan conductas de evitación. Así pueden parecer familias tan unidas y armoniosas en las que pareciera que no existe problema alguno que vaya más allá de la enfermedad del paciente, y como consecuencia de esto la familia niega la necesidad de un cambio interno del sistema. Es aquí en donde el portador de los síntomas manifiesta las problemáticas existentes en la familia.
- **Evitación del conflicto.** Las personas presentan un umbral bajo de tolerancia al conflicto, poniendo así en acción una serie de mecanismos (como la evitación, la negación, racionalización del problema, justificación, entre otros), de tal forma que se evite y no se agrave o estalle abiertamente el conflicto intrafamiliar. El paciente que lleva el síntoma psicossomático juega un papel importante, pues el síntoma aparece atrayendo la atención cada vez que la tensión en la familia sube de forma amenazadora (Coyoli, 2010). Toda esta evitación trae como consecuencia un aumento en la intensidad, peligrosidad y mantenimiento de los síntomas, además de incrementar la

falta de conciencia del sujeto acerca de su problema, poniendo cada vez más en peligro su salud (González et al.- 2002).

Es por esto que los integrantes de la familia pueden desarrollar una serie de características desadaptativas al enfrentar las situaciones que se presentan en la vida diaria. Características que no sólo no los ayudan a resolver de forma adecuada estas situaciones, sino que desencadenan otra serie de conflictos como una capacidad limitada para desempeñarse en forma independiente, lo que se atribuye a un déficit en la autonomía y dominio de su propio cuerpo, que otorga un sentido de ineficiencia personal.

Al vincular esto con la obesidad y las conductas de alimentación se observa que la familia tiene una gran influencia sobre la alimentación de los adolescentes, actuando por un lado como modelo de hábitos alimenticios y por otro, influyendo en las habilidades, percepciones y cogniciones de los adolescentes, lo cual parece generar niveles tales de ansiedad en los adolescentes que pueden llegar a manifestarse en síntomas somáticos, en este caso como sobrepeso u obesidad (Dell Aquila, Gómez & Staforelli, 2009).

Como puede observarse la familia y los estilos de interacción familiar son factores muy importantes en el desarrollo de sintomatología tanto física como psicológica. Al respecto existen numerosas investigaciones que vinculan la enfermedad física y el desarrollo de problemas psicológicos con los estilos de interacción familiar.

Resultados de éstas han revelado que las relaciones paterno-filiales en las que predomina la agresión, el rechazo y bajos niveles de afecto y apoyo tienden a

asociarse con problemas emocionales y conductas en los niños, tales como depresión, conducta suicida, ansiedad, agresividad, hostilidad, entre otras (García, 2005).

Los individuos que se han desarrollado en este tipo de ambientes hostiles exhiben características comunes como aplanamiento emocional, limitaciones para experimentar placer, desorganización conductual, hipervigilancia, dificultades en el establecimiento de vínculos afectivos, inseguridad, baja autoestima, depresión, conducta antisocial, bajo o mal funcionamiento cognitivo y académico, éste último reflejado como bajo aprovechamiento escolar, además de un aumento en la probabilidad de presentar ansiedad y trastornos más severos como el trastorno de ansiedad por estrés postraumático (Barcelata, 2005).

Este principio es el postulado por la Teoría del Control Social Informal (Hirschi, 1969), el cual sostiene que una relación estrecha entre los progenitores y sus hijos explicaría que las actitudes y opiniones de los padres fuesen consideradas por los hijos en sus acciones y favorecería su identificación emocional con ellos. En aquellas familias en las que estos lazos no son afectivos es difícil que se internalicen las normas y se desarrolle la conciencia social, lo cual predice el desarrollo de lazos débiles con la comunidad y la sociedad en su conjunto (Rodríguez & Torrente, 2003).

Entre las dimensiones del clima familiar que se relacionan directamente con las dificultades en el desarrollo social, encontramos el grado de cohesión y el de conflictividad, que determinan en gran medida, el resto del clima familiar, como las

relaciones que se dan en el seno de la familia, la estabilidad de normas y criterios de conducta, o el grado en que se favorece el correcto desarrollo de los hijos (fomentando su autonomía, el interés por actividades intelectuales, culturales, sociales, recreativas y su desarrollo moral) (Rodríguez & Torrente, 2003).

Dentro de estas patologías vinculadas con un ambiente familiar negativo también se ha ubicado a la obesidad, en virtud de que se ha observado que es un factor crítico en el desarrollo de ésta. Se ha documentado un incremento en el riesgo de desarrollo de obesidad en niños con estimulación cognitiva más baja, en comparación con aquellos que tienen niveles más altos de estimulación, lo cual se relaciona con un ambiente familiar más pobre (Strauss & Knight, 1999).

Esto puede deberse a que los niños que se han desarrollado en ambientes más estimulados e interactivos, tienden a comprometerse en actividades que implican mayor actividad física y es menos probable que se involucren en actividades sedentarias (Strauss & Knight, 1999).

Igualmente se ha visto que las condiciones del ambiente en que se desenvuelve un individuo influirán en su percepción de funcionamiento, así como al propio bienestar psicológico, físico o social, especialmente por las características de una enfermedad estigmatizada por la sociedad como es la obesidad (Vázquez, 2004).

Así durante el estudio de la génesis de las perturbaciones psicológicas, se ha observado que un componente central lo constituye la falta de expresión de afecto por parte de los miembros relevantes de la familia, particularmente los padres; es decir que existe el predominio de un vínculo parental de control sin afecto, el cual

refiere a padres emocionalmente fríos indiferentes y negligentes, además de ser controladores, intrusivos, con un contacto excesivo que infantiliza y dificulta la conducta autónoma de sus hijos (Dell Aquila, Gómez & Staforelli, 2009).

Así al realizar comparaciones de adolescentes obesos con adolescentes no obesos, se encuentra que el grupo de adolescentes con obesidad presentó mayores índices de depresión y ansiedad, como desórdenes, y mayores dificultades en sus relaciones cercanas tanto familiares como sociales. Esto lleva a plantear que la obesidad y los trastornos de la alimentación son formas de expresión de una falla en el contexto regulador que rodea al joven. Los adolescentes obesos tienen la percepción subjetiva de haber vivido experiencias afectivas intensas (primordialmente la pérdida) frente a las cuales no encontraron contención emocional (Dell Aquila et al, 2009).

En cambio a nivel familiar los padres sólo perciben niveles de conflictividad en las conductas de sus hijos poniendo en relieve que son adolescentes con problemática conductual; sin darse cuenta que éstas se dan en respuesta al tipo de conductas de aproximación de sus padres. Se ha revelado un nivel alto de conflictividad entre los adolescentes entre 12 y 16 años, con tendencia a la sintomatología ansioso-depresiva, con evidente insatisfacción corporal y tendencia a una baja autoestima, que manifiestan descontrol alimentario y problemática conductual (Barris- et al, 1994).

Por el contrario, se ha observado que las muestras parentales de cercanía, cariño y respeto, contribuyen a una mejor salud física y psicológica de los hijos, salud

que se ve reflejada entre otras cosas, en las conductas alimentarias saludables de los adolescentes.

Por consiguiente se considera pertinente, es necesario conocer más sobre el efecto de la interacción familiar sobre la salud de los hijos, el efecto de la interacción familiar sobre la salud de los hijos para así diseñar nuevos programas de prevención primaria para el desarrollo de padecimientos tanto físicos como psicológicos, favoreciendo el tiempo y la calidad de vida de las personas identificadas con riesgo de desarrollar alguna condición ya mencionada.

Por tanto, el propósito de esta, reside en examinar la importancia que tiene la interacción familiar como factor de riesgo en el desarrollo de síntomas de ansiedad, viéndose éstos reflejados en el desarrollo de obesidad y/o sobrepeso en sujetos en etapa adolescente

MÉTODO

Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística, intencional de 193 personas, de las cuales se conformaron cinco grupos de comparación con base en su IMC. 37 personas conformaron el grupo con peso bajo, 70 el grupo con normopeso, se formaron tres grupos con sobrepeso, 51 personas con sobrepeso 1, 33 personas con sobrepeso 2 u obesidad y dos personas con sobrepeso 3.

El diagnóstico de los participantes, fue emitido previamente por el aplicador, al obtener la información de IMC de cada participante mediante el pesaje y la medición de cada participante.

Todos los participantes eran adolescentes mexicanos, alumnos de secundaria mixta, ya fuera pública o particular, con edades que fluctuaban entre los 12 y los 16 años (primer a tercer grado de secundaria).

Instrumentos

- Al inicio de la investigación se realizó el pesaje y se tomó la medida de talla de cada uno de los participantes, para obtener información del IMC.
- Inventario de ansiedad estado de Beck (BAI). Este consta de 21 reactivos de opción múltiple, que van de poco o nada hasta severamente; evalúa síntomas comunes de ansiedad experimentados únicamente durante la semana en la cual se realizó la evaluación. Obtuvo un puntaje de

confiabilidad que se adecúa para la población mexicana; con un alfa de .83 y $p < .001$ (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001).

- Sección de interacción familiar del inventario de salud, estilos de vida y comportamiento (SEViC). Este cuenta con 66 reactivos, divididos en factores que exploran la interacción familiar a través de la frecuencia de conductas específicas. Las opciones de respuesta de este inventario constan en su mayoría de cinco opciones, aunque algunas constan de tres; así como de algunas preguntas con respuesta en escala nominal.

A lo largo de varias versiones sucesivas, se fueron refinando los reactivos hasta lograrse un grado de consistencia inter jueces de al menos .8. La agrupación de reactivos, se realizó con base en el análisis de las respuestas de una muestra de 3700 adolescentes, la cual mostró un alfa de cronbach entre .68 y .80 (Jurado, 1992).

Tipo de estudio

Se trata de un estudio retrospectivo ex post facto con comparación entre dos grupos independientes, a fin de determinar si los participantes, con sus diferencias de peso, difieren de igual modo en sus características de tipo de interacción familiar, niveles de estrés y las conductas de riesgo hacia la alimentación. Así mismo se trata de observar el papel de la interacción familiar como factor de riesgo dentro del desarrollo de obesidad en los adolescentes.

Procedimiento

Se acudió inicialmente a cada una de las escuelas secundarias que participaron durante. Durante esta sesión se explicaba al director y maestros en qué consistía el estudio, el tiempo que se requeriría y cuál sería el procedimiento.

Se procedía a pasar a cada salón, de los tres años a medir y a pesar a todos los alumnos de cada grupo con el propósito de obtener el IMC de cada uno de ellos.

Posteriormente se concretaba una segunda cita, en la cual se explicaba claramente el propósito del estudio y la información que se requeriría para éste, solicitando la ayuda de las personas que se seleccionaron con base en su IMC.

Aquellas personas que accedieron a participar en el estudio se les llevaba a la biblioteca, en la cual la tranquilidad y el tiempo para contestar los tres cuestionarios que se les entregaron. Se les explicaban una vez más los fines para los cuales serían utilizados los datos, en qué consistía cada cuestionario, así como la manera en la cual éstos debían de ser contestados, de modo que pudieran contestarlo sin problemas, alentándoseles a que externaran cualquier duda que pudiera surgir durante la realización de estos o sobre el estudio, haciendo énfasis en la naturaleza voluntaria de su participación.

No había límite de tiempo para la contestación de los cuestionarios, se les explicaba que no había respuestas buenas ni malas y se les aseguraba la absoluta confidencialidad de la información.

Si algún participante presentaba problemas para leer o comprender alguno de los reactivos de cualquiera de los instrumentos, se le daba asistencia personal, teniendo siempre el cuidado de al explicarla no inducir ninguna respuesta.

Una vez que los participantes terminaran de contestar los tres cuestionarios se les recogían, revisando que no quedaran reactivos sin contestar.

Así, se cotejaban los cuestionarios con los datos de peso y talla e información personal de cada participante, cuidando escoger no sólo a aquellos alumnos que presentaran niveles de obesidad y sobrepeso, sino también algunos con normopeso, los cuales conformarían el grupo control.

RESULTADOS

Los análisis descriptivos revelaron que se trabajó con una muestra de 193 participantes, de los cuales el 41.5% (80) eran hombres y el 58.5% (113) mujeres.

Se cuidó que la totalidad de participantes estuvieran cursando la secundaria para homogenizar la muestra y facilitar la comparación. Por este motivo, las edades de los participantes fluctuaban entre 11 y 16 años. Las frecuencias con respecto a la escolaridad arrojaron los siguientes datos:

El grupo que cursaba primero de secundaria estaba conformado por un 31.1% (60 sujetos), el de segundo por 30.6% (59 sujetos) y finalmente el de tercero por 38.3% (72 sujetos).

A fin de formar grupos de comparación se realizó un análisis de frecuencias, el cual muestra cinco grupos que se distinguían por su IMC, clasificándose de la siguiente forma:

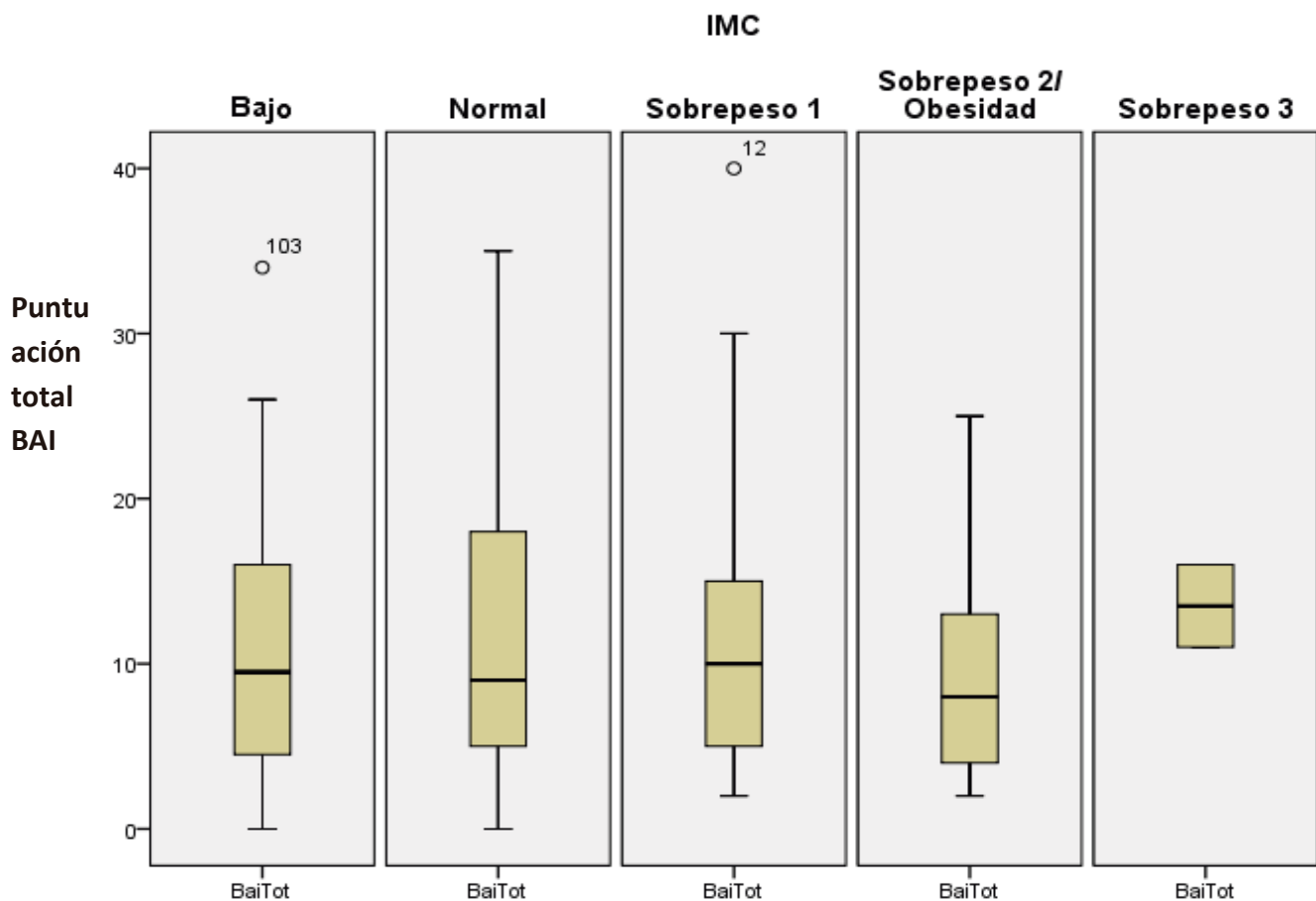
Un 19.2% de los sujetos pertenecientes al grupo con peso bajo, 36.3% con IMC normal, 26.4% mostró sobrepeso grado 1, 17,1% conformaban el grupo con obesidad o sobrepeso 2 y sólo un 1% pertenecían al grupo con sobrepeso 3.

Dado que se realizaron los análisis estadísticos tomando en cuenta las cinco categorías de IMC, se obtuvo una media de 2.45 y una mediana de 2, correspondiente a la categoría de normopeso, con una desviación típica de 1.020.

Se realizó una comparación de cada una de las áreas psicológicas medidas, cotejando los puntajes obtenidos entre los grupos de comparación.

La figura 1 muestra las distribuciones de los puntajes crudos del BAI de cada grupo con respecto a los grupos identificados por su peso. Los extremos superiores e inferiores de cada figura, muestran los puntajes máximos y mínimos de cada distribución. El límite superior de cada caja representa el cuartil 75 mientras el límite inferior, el cuartil 25 y la línea horizontal dentro de cada caja muestra la mediana de ambas distribuciones para cada área evaluada.

Figura 1. Ansiedad BAI

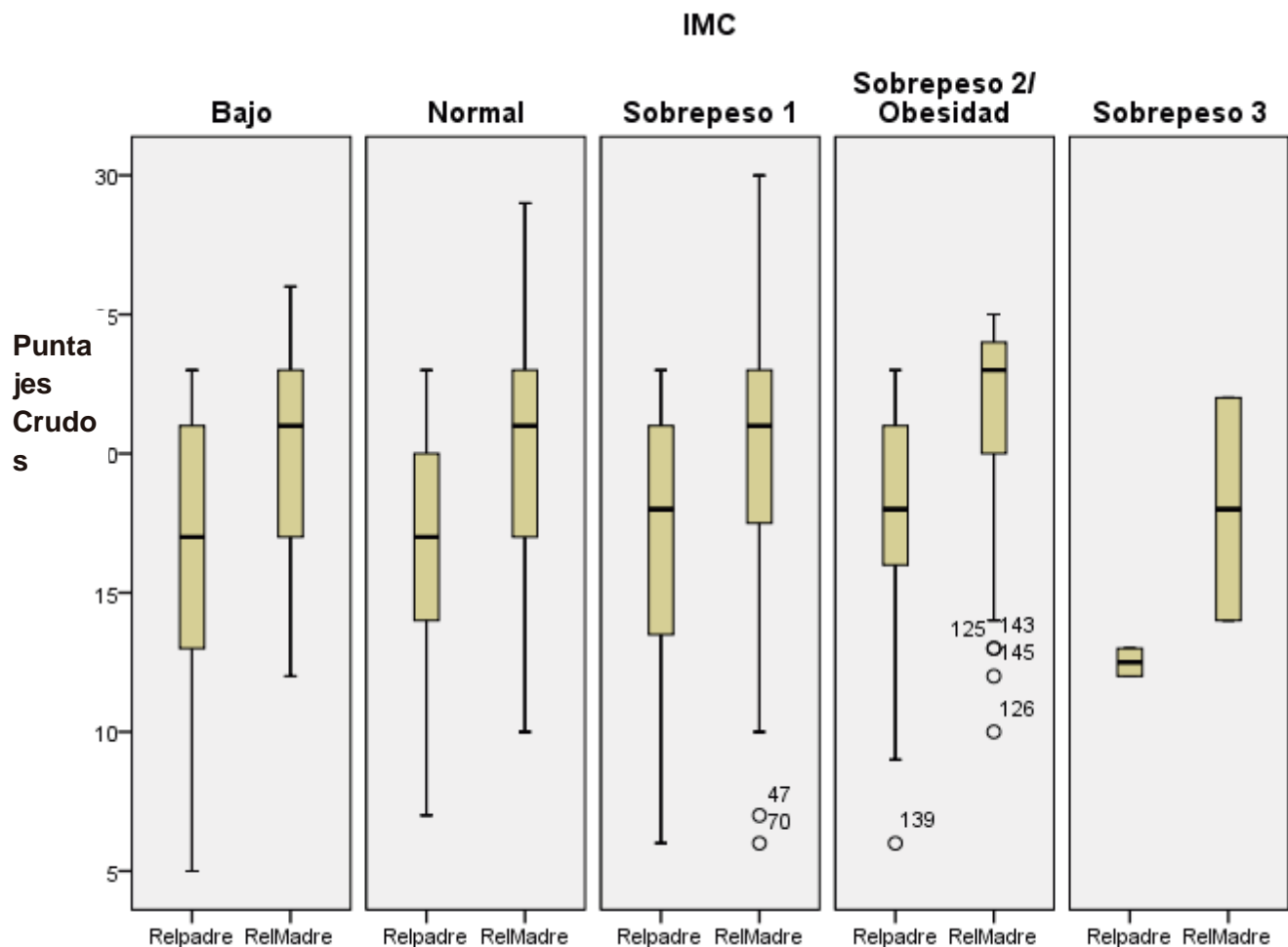


De acuerdo con las figuras, la distribución de cada grupo se inclina hacia el extremo inferior de la ordenada, lo cual significa un puntaje bajo de ansiedad en la

mayoría de los grupos. Como se observa tanto en el grupo con bajo peso, como en el grupo con sobrepeso 1, se ubica un caso que muestra distribuciones extremadamente altas, que se disparan de la distribución de la muestra. Así puede observarse que de la totalidad de los grupos aquel que muestra niveles de ansiedad más altos es el grupo con peso normal, aunque esta diferencia es mínima y fue el grupo más numeroso.

La figura 2, exhibe la comparación entre grupos con respecto a la calidad de la relación con la madre y con el padre, reportada por los adolescentes.

Figura 2. Relación con la Madre y Relación con el Padre



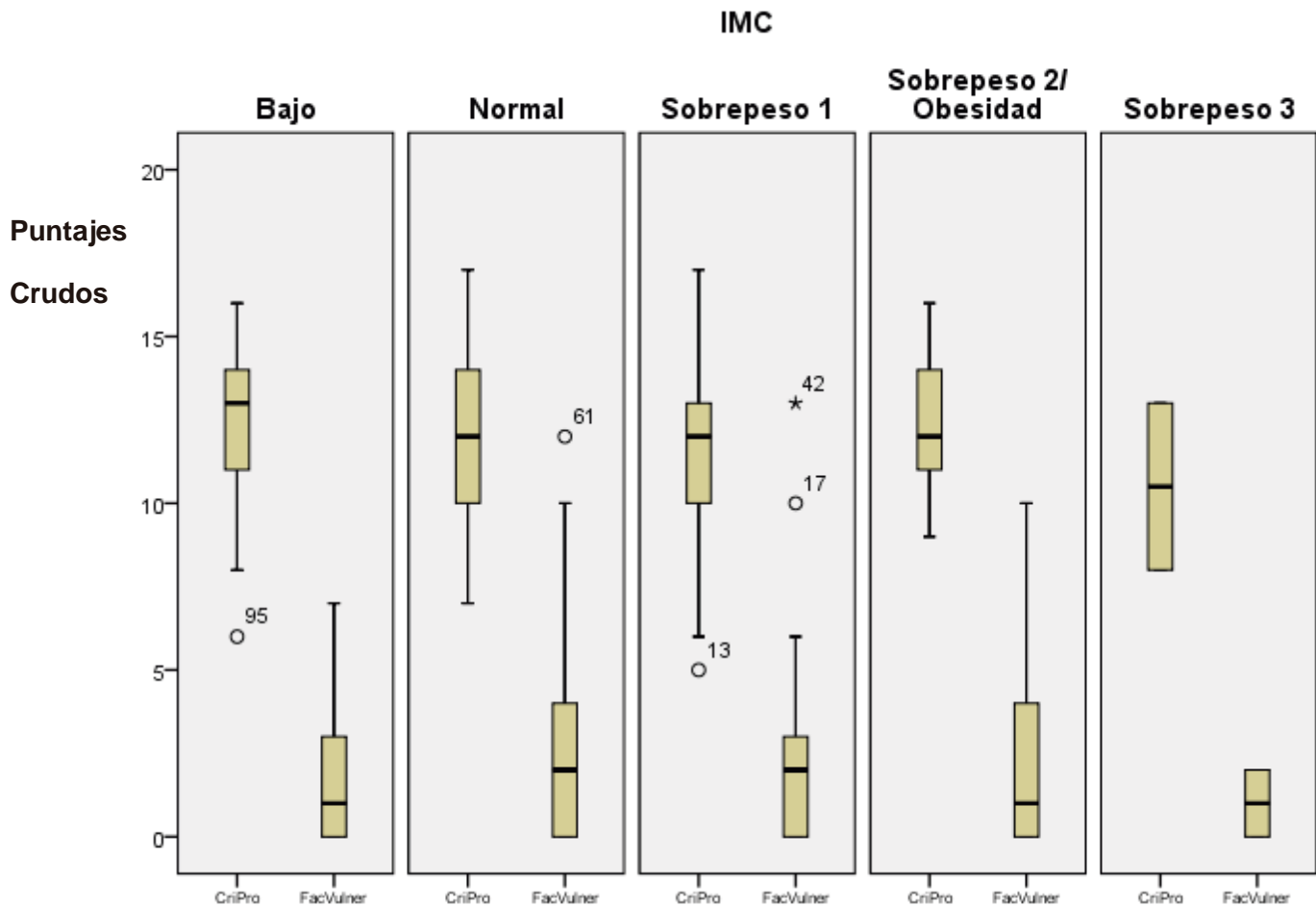
De acuerdo con las figuras se observa que la mayoría de las distribuciones se inclinan hacia el extremo superior, mostrando relativamente buena calidad con ambos padres, con excepción de la figura que evalúa la relación con el padre en el grupo con sobrepeso 3, el cual se acerca más que el resto hacia el extremo inferior, sin alejarse de manera excesiva de las puntuaciones medias.

Al realizar la comparación entre relación con la madre y con el padre, puede observarse mayor calidad en las relaciones con la madre, en comparación con la que reportan haber tenido con el padre, en todos los grupos.

En este caso se observaron seis datos extremos en los grupos de sobrepeso 1 y obesidad (2 y 4, respectivamente) ubicados por debajo del percentil 25 de la muestra, la mayoría de ellos encontrados en la relación con la madre, con excepción de uno, que analizaba la relación con el padre y pertenecía al grupo con obesidad o sobrepeso 2. Estos indican casos únicos que obtienen puntuaciones que se alejan o desvían de la distribución del resto de la muestra.

Igualmente, la figura 3 indica una comparación realizada entre los factores de crianza protectora y crianza vulnerante, con respecto a los grupos de comparación.

Figura 3. Factores de Crianza Vulnerantes y Protectores

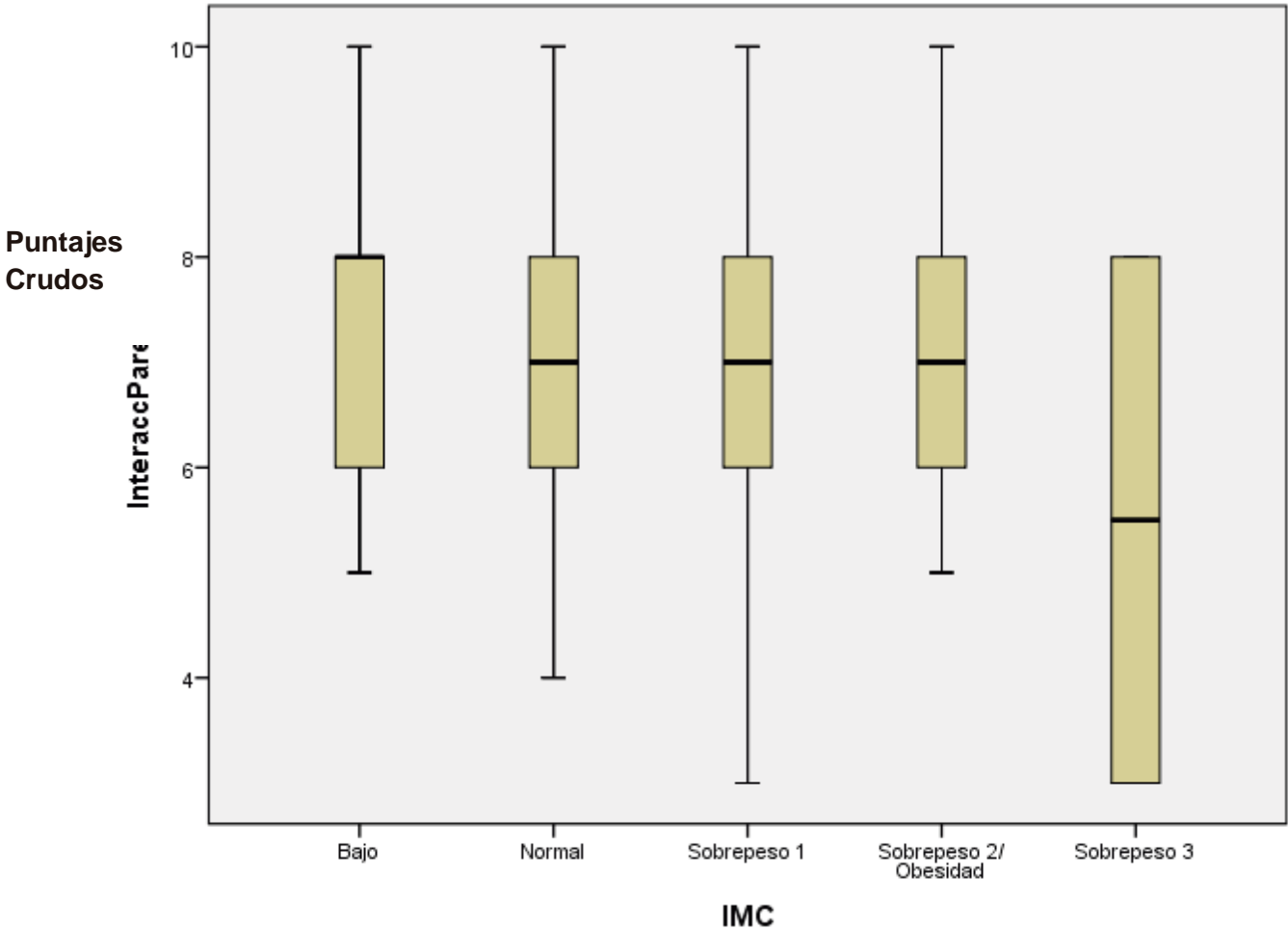


De acuerdo con la figura, mientras que en la caja que muestra los factores protectores de la crianza se inclinan hacia el límite superior, las figuras que muestran los valores de los factores vulnerantes de la misma tienden a los niveles más bajos de la ordenada en todos los grupos. Esto indica que existe una mayor cantidad de factores que protegen a los adolescentes, que los factores o situaciones que los vulneran.

Igualmente debe observarse que se encuentran cinco casos que se desvían de forma importante del resto de la muestra en el caso del grupo con peso bajo, peso normal y sobrepeso grado 1.

Por último se muestra la figura 4, la cual representa la comparación entre los grupos, en cuanto a su calidad de interacción con los pares.

Figura 4. Interacción con los Pares



Esta figura muestra las distribuciones de los puntajes de cada grupo en el área de interacción con los pares, mostrando puntajes muy bajos expresando una pobre interacción en todos los grupos. Estos muestran puntuaciones similares, indicando que no existen diferencias importantes entre los grupos analizados en función de su interacción.

Uno de los objetivos principales de la presente investigación fue determinar la relación que existe entre el IMC, la puntuación del BAI y los factores de crianza del SEVi. Se llevó a cabo una correlación de Pearson. Los resultados arrojados no exhiben relaciones significativa entre estas variables evaluadas. La tabla 3, muestra las correlaciones encontradas entre el IMC y el resto de los factores evaluados.

Tabla 3. Correlación de Pearson

		Bai	Rel Padre	Rel Madre	Cri Pro	Cri Vulner	Interac Pares
IMC	Sig. (bilateral)	.765	.675	.984	.635	.418	.933
	Correlac.	-.022	.030	.001	-.034	.059	-.006

Posteriormente se realizó una ANOVA factorial con el fin de identificar las diferencias existentes entre los grupos con respecto de los factores del SEViC, los

cuales incluían Interacción con los pares, relación con la madre, con el padre, factores de crianza vulnerantes y profectores y el puntaje total obtenido en el BAI.

La magnitud de las diferencias entre los grupos respecto a estas áreas fue mínima y tampoco se observaron diferencias significativas.

Por esto, el análisis se siguió de una selección de los datos más representativos de las variables de interés, los cuales correspondían a los centiles 10 y 90, extremos de la curva en los que se encuentran los casos que muestran mayores diferencias entre sí. Igualmente se tomó al azar una muestra que se ajustara a los valores medios de la distribución. Con esto se obtuvieron tres grupos distribuidos de la siguiente manera.

El grupo conformado por individuos con bajo peso se componía de 37 sujetos, el grupo con peso normal de 36 sujetos y el grupo de peso alto por 35 participantes, compuesto por 33 personas con sobrepeso grado 2 y las dos personas con sobrepeso grado 3, valores más altos de sobrepeso, conformando un total de 108 participantes.

Esta distribución de participantes por género conformados por los centiles 10, 90 y 50, mostró una media de .55 y una desviación estándar de .783. Es importante resaltar que el valor de la desviación estándar es mayor que la media obtenida, lo cual indica una alta dispersión de los datos.

Tabla 4. Agrupación por Centiles

Grupo	Frecuencia	Porcentaje
Bajo peso niñas	19	17.6
Bajo peso niños	18	16.7
Normopeso niñas	18	16.7
Normopeso niños	18	16.7
Obesidad niñas	18	16.7
Obesidad niños	17	15.7
Total 108	108	100

Se realizó una t de student para identificar las diferencias entre los grupos conformados por individuos con peso normal y obesidad en las áreas identificadas del SEViC y el puntaje total de ansiedad. Los resultados arrojados no muestran diferencias significativas entre ambos grupos en ninguna de las categorías analizadas, siendo la calificación del BAI total aquella que obtuvo un valor más importante; a pesar de ello su valor no alcanza a ser significativo.

Tabla 5. Diferencias entre ambos grupos (Normopeso y Sobrepeso) en cada área del SEViC Y BAI.

Área	T	Sig	N	Media	Desviac Típica
BAI Total	.406	.686	Normopeso 36	11.75	8.395

			Sobrepeso	35	9.66	6.174
Relación	-.466	.643	Normopeso	36	17.11	4.104
Padre			Sobrepeso	35	17.40	3.859
Relación	-.300	.765	Normopeso	36	20.47	4.046
Madre			Sobrepeso	35	20.66	4.359
Factores	.078	.938	Normopeso	36	11.92	2.489
Protectores de Crianza			Sobrepeso	35	12.26	2.063
Factores	-1.230	.223	Normopeso	36	2.25	2.273
Vulnerantes de Crianza			Sobrepeso	35	2.17	2.618
Interacción	.829	.410	Normopeso	36	7.11	1.260
con los Pares			Sobrepeso	35	7.17	1.543

Así la tabla 5 indica la ansiedad fue el único puntaje que muestra alguna diferencia entre ambos grupos, indicando que son los individuos con peso normal quienes presentan niveles más elevados de ansiedad que aquellos con obesidad. En cuanto a la relación con la madre y con el padre, los sujetos con obesidad reportan mejor relación con puntajes ligeramente más altos. Lo mismo ocurre con los factores de crianza protectores, ligeramente mayores en los individuos con mayor peso. También los factores de crianza vulnerantes, se muestran a favor del grupo con sobrepeso pues este grupo reporta menores niveles que el grupo de peso normal. Finalmente, a pesar de que los valores son prácticamente iguales en ambos grupos, son los individuos con sobrepeso quienes parecen tener mejor relación con sus pares.

Se volvió a realizar una prueba t de student con el fin de identificar las diferencias existentes entre el grupo con bajo y alto peso en dichas áreas. La tabla 6 muestra los resultados encontrados al realizar esta comparación.

Tabla 6. Diferencias entre ambos grupos (Bajo peso y Sobrepeso) en cada área del SEViC Y BAI.

Área	T	Sig		N	Media	Desviac Típica
BAI Total	.406	.686	Bajo peso	36	10.33	7.742
			Sobrepeso	35	9.66	6.174
Relación Padre	-.466	.643	Bajo peso	36	16.92	4.815
			Sobrepeso	35	17.40	3.859
Relación Madre	-.300	.765	Bajo peso	36	20.38	3.515
			Sobrepeso	35	20.66	4.359
Factores Protectores de Crianza	.078	.938	Bajo peso	36	12.30	2.284
			Sobrepeso	35	12.26	2.063
Factores Vulnerantes de Crianza	-1.230	.223	Bajo peso	36	1.51	1,880
			Sobrepeso	35	2.17	2.618
Interacción con los Pares	.829	.410	Bajo peso	36	7.46	1.406
			Sobrepeso	35	7.17	1.543

De acuerdo con ésta, no se encontraron diferencias significativas en dichas áreas entre los grupos con peso alto y bajo. Sin embargo al referirnos a las medias estas indican que es el grupo con peso bajo quien muestra niveles de ansiedad más elevados, en comparación con los sujetos con obesidad.

En lo referente a la relación con la madre se muestra la existencia de una mejor relación con la madre. No así en lo que respecta a la relación con el padre, pues se observan medias casi iguales, lo cual indica que no existen diferencias en ésta área en ambos grupos. Esto mismo se observa en las medias de los factores de crianza protectora, las cuales parecen ser muy similares en ambos grupos.

Es importante resaltar que los individuos con sobrepeso sí refieren un mayor índice de factores de crianza vulnerantes en comparación con los participantes con peso bajo.

Finalmente se observa calidad similar de interacción con los pares, lo cual indica que ésta no difiere en función del peso de los adolescentes.

Se realizó una tercera *t* de student con el fin de observar las diferencias encontradas en las mismas áreas del SEViC y el BAI entre los grupos con bajo peso y con peso normal. No se observan diferencias significativas en ninguna de las áreas analizadas.

No obstante la tabla de medias muestra que es el grupo con peso normal quien exhibe mayor problema de ansiedad, pues puntúa alto en ansiedad. Este fue el

grupo que alcanza el mayor nivel de ansiedad entre los tres conformados, así como quienes muestran mejores relaciones con ambos padres, a pesar de la mínima diferencia de medias. En el caso de los factores de crianza protectora el grupo con peso normal muestra menores puntuaciones, teniendo menos factores protectores de la familia; no así en cuanto a los factores vulnerantes, pues es este grupo quien alcanzó mayor puntuación. Finalmente estos resultados muestran que los individuos con peso bajo tienden a tener mejor calidad de relación con sus pares, en comparación con los que tienen peso normal.

Tabla 7. Diferencias entre ambos grupos (Bajo peso y Sobrepeso) en cada área del SEViC Y BAI.

Área	T	Sig		N	Media	Desviac Típica
BAI Total	.406	.686	Bajo peso	36	10.33	7.742
			Nomopeso	35	11.75	6.174
Relación Padre	-.466	.643	Bajo peso	36	16.92	4.815
			Nomopeso	35	17.11	3.859
Relación Madre	-.300	.765	Bajo peso	36	20.38	3.515
			Nomopeso	35	20.47	4.359
Factores Protectores de Crianza	.078	.938	Bajo peso	36	12.30	2.284
			Nomopeso	35	11.92	2.063
Factores Vulnerantes de Crianza	-1.230	.223	Bajo peso	36	1.51	1,880
			Nomopeso	35	2.25	2.618

Interacción con los Pares	.829	.410	Bajo peso	36	7.11	1.406
			Nomopeso	35	7.46	1.543

Con el fin de realizar una comparación entre los grupos por género, se realizó análisis factorial. De éste modo se obtuvieron seis grupos de comparación en función del IMC y el género.

El grupo de niñas con peso bajo, compuesto por 19 participantes, el grupo de niños con peso alto formado por 17 sujetos y el resto (niños peso bajo, niñas normopeso, niños normopeso y niñas con peso alto) conformados por 18 individuos cada uno, formando un total de 108 participantes.

Se corrió una prueba de homogeneidad de varianzas a fin de determinar el tipo de prueba Post-Hoc que se utilizaría para la ANOVA factorial, para determinar las diferencias entre los grupos antes mencionados en el BAI y los factores identificados del SEViC en función tanto del peso, como del género de los adolescentes.

Tabla 8. Diferencias por peso y género en BAI y SEViC.

	F	Sig
BAI	5.238	.000
Relación Padre	3.715	.004
Relación Madre	1.279	.279
Fact Portectores	1.626	.160

Fact Vulnerantes	3.032	.014
Interacc Pares	.768	.575

Para identificar las diferencias entre grupos en el BAI se realizó una prueba de diferencia honestamente significativa de Tukey, la cual indica que la mayor diferencias se encuentra entre las niñas con normopeso y los niños con obesidad (9.627), seguida por niños con normopeso (9.167) y niños con bajo peso (7.745), obteniendo valores significativos.

Se corrió una prueba Games-Howell para analizar las diferencias en la calidad de la relación de los participantes con su padre, debido a que la distribución no mostró homocedasticidad las diferencias significativas se encontraban entre el grupo de niños con obesidad y las niñas con peso normal (4.415,) seguido por las niñas con alto peso (4.026).

En cambio, al correr la prueba Tukey para distinguir en la calidad de relación con la madre, la mayor diferencia se observó entre niños con obesidad y su equivalente femenino (2.725). Debe mencionarse que esta diferencia fue muy pequeña y no alcanza un nivel significativo en la prueba post hoc.

Para analizar los factores protectores de crianza se corrió una prueba post hoc Tukey, la cual arrojó la mayor diferencia entre niños y niñas con peso normal (1.833); debe señalarse que ésta fue mínima y no alcanzó un valor significativo. La misma prueba se corrió para los factores de crianza vulnerable, tampoco se encontró diferencia significativa entre grupos, siendo los valores muy similares.

Por último se realizó una prueba Tukey para determinar las diferencias entre grupos respecto a la calidad de interacción con los pares. La mayor diferencia observada fue entre las niñas con bajo peso y aquellas con normopeso (.696); sin embargo estas diferencias son mínimas y no son significativas.

Se muestra el grupo de comparación que tuvo la mayor puntuación, por lo que la diferencia de medias conserva el signo positivo.

Tabla 9. Comparación por Género.

Área	Comparación	Diferencia de medias	de Significancia	
BAI Total	Bajo peso niñas	4.439	.364 T ²	
Niñas Peso Normal	Bajo peso niños	7.745	.014 T	
	Normopeso niños	9.167	.002 T	
	Alto peso niñas	3.889	.531 T	
	Alto peso niños	9.627	.001 T	
Relación Padre	Bajo peso niñas	2.576	.404 GH ³	
	Alto peso niños	Bajo peso niños	2.526	.400 GH
	Normopeso niñas	4.415	.011 GH	
	Normopeso niños	.304	.999 GH	
	Altopeso niñas	4.026	.012 GH	

² Prueba post-hoc Tukey

³ Prueba post-hoc Games Howell

Relación Madre	Bajo peso niñas	1.480	.867 T
Alto peso niños	Bajo peso niños	1.892	.710 T
	Normopeso niñas	2.503	.415 T
	Normopeso niños	.670	.996 T
	Alto peso niñas	2.725	.319 T
Factores Protectores de	Bajo peso niñas	.781	.896 T
Crianza	Bajo peso niños	.278	.999 T
Normopeso Niños	Normopeso niñas	1.833	.147 T
	Alto peso niñas	.944	.803 T
	Alto peso niños	.186	1.000 T
Factores Vulnerantes de	Bajo peso niñas	1.532	.271 T
Crianza	Bajo peso niños	1.667	.227 T
Normopeso niñas	Normopeso niños	1.722	.177 T
	Alto peso niñas	.000	1.000 T
	Alto peso niños	1.935	.058 T
Interacción con los	Bajo peso niños	.029	1.000 T
Pares	Bajo peso niñas	.696	.664 T
Bajo peso niñas	Normopeso niños	.029	1.000 T
	Altopeso niñas	.474	.910 T
	Altopeso niños	.121	1.000 T

Así, se observa que en general no existen diferencias significativas en las áreas de interacción del SEViC y la sintomatología ansiosa, con excepción de los niveles de ansiedad, relación con el padre y la madre y factores vulnerantes de la crianza; áreas en las cuales sólo se observan diferencias significativas al realizar una distinción por género, pues el IMC no parece estar directamente relacionado con la calidad de la interacción familiar y la ansiedad de los adolescentes.

DISCUSIÓN

El propósito del presente estudio fue explorar de qué manera se relaciona la calidad de la interacción familiar, valorada retrospectivamente, con el eventual desarrollo de obesidad, acompañado de síntomas de ansiedad en la adolescencia.

Dentro de los hallazgos arrojados por esta investigación se observa una relación débil entre la interacción experimentada durante la infancia de los sujetos con sus familias y el peso presentado durante la adolescencia.

En el presente estudio no se muestran diferencias en cuanto al IMC ni el género en la calidad de relación con la madre. En cuanto a la calidad de la interacción con el padre, se observan las mayores diferencias entre los niños con obesidad y su equivalente femenino, así como las niñas con peso normal.

Estos hallazgos también muestran que los factores protectores de la familia son más fuertes en el grupo con bajo peso, lo cual sugiere que cuentan con más herramientas que los protegen de situaciones adversas que puedan presentarse. Así mismo parecen ser los varones quienes han percibido una mayor cantidad de factores familiares protectores. Se encontró que son los individuos con peso normal, en particular las niñas, quienes reportan menor cantidad de factores que las vulneran; lo cual parece lógico dado que tienden a percibir en general una mayor calidad en general en su ambiente familiar.

Estos resultados difieren de las investigaciones, que sugieren que los individuos con obesidad exhiben mayores índices de ansiedad y más dificultades en sus relaciones cercanas tanto familiares como sociales. Esto favorece la consideración

de que la obesidad y los trastornos de la alimentación son formas de expresión de una disfunción o falla en las relaciones familiares y sociales establecidas. Así los individuos con mayor peso recuerdan haber tenido experiencias afectivas negativas fuertes, frente a las cuales no encontraron contención emocional de su contexto social, percibiendo una incapacidad para el adecuado manejo de dichas experiencias (Dell Aquila et al, 2009).

Tales investigaciones sostienen que la familia no sólo juega un papel importante durante la alimentación al servir como modelo de hábitos y conductas de alimentación, sino que influyen en la manera en que éstos valoran y solucionan sus problemas y demás experiencias. Parece ser que los individuos que han contado con una experiencia de relaciones familiares y sociales inadecuadas tendrán mayor dificultad para resolver situaciones que son comunes para los adolescentes que han tenido alta calidad familiar, lo cual los lleva a la aparición de síntomas somáticos como es el caso de la hipo o hiperingesta calórica (Dell Aquila, Gómez & Staforelli, 2009).

Como se observa en los resultados presentados, no se muestra el mismo patrón de comportamiento, sino que incluso los resultados son contrarios, señalando como el grupo con mejores relaciones y conductas más saludables al grupo con mayor peso, en algunas de las áreas evaluadas.

En lo respectivo a las relaciones con los pares, puede observarse que el grupo que muestra obesidad es en su interacción similar al resto, incluso exhibiendo mayores habilidades para relacionarse que su grupo de comparación con peso

normal, siendo en ésta área los individuos con bajo peso quienes exhiben la más alta calidad de interacción con los pares. Esto refuta la teoría, que sugiere que las conductas relacionadas con la conducta de alimentación excesiva están en parte explicadas por la mayor presencia de síntomas de ansiedad. Así mismo ésta propone que los individuos con obesidad tienen dificultad para establecer relaciones satisfactorias, lo cual no se observa en la muestra participante en este estudio (Calderón et-al, 2010).

La misma interacción débil se observó entre la sintomatología ansiosa y el desarrollo de obesidad, pues no parece haber diferencias importantes en cuanto a la ansiedad en los grupos con peso bajo, peso normal y peso alto en lo respectivo a sus niveles de ansiedad. No obstante, los resultados muestran que el grupo con mayores niveles de ansiedad es el de individuos con peso normal, contrastando con los adolescentes con obesidad, quienes han mostrado los niveles más bajos.

Estos hallazgos refutan a la literatura que señala que existe una relación fuerte entre la obesidad y trastornos del estado de ánimo como la ansiedad y la depresión, lo cual indica que estas afecciones de la salud tienden a coexistir.

Ésta muestra que el estrés afecta a la alimentación de forma bidireccional, pues un importante porcentaje de la población tiende a disminuir su ingesta calórica durante periodos de estrés agudo, lo cual los lleva a la reducción de peso durante o después del mismo, mientras que la mayoría de los individuos lo aumenta durante este periodo. Ésta relación entre ambas variables se ve fuertemente moderado por el tipo de alimentos a los cuales tiene acceso la población durante

dicho periodo, dado que los individuos que tienen acceso a comida saludable, no necesariamente muy agradable al paladar muestran mayor estabilidad e incluso un deceso en su consumo, mientras que quienes encuentran en su dieta comida “rica” y altamente calórica, tienden a buscarla en mayores cantidades como un intento por disminuir su ansiedad en periodos que estrés alto. Dicho esto, es importante considerar como variable extraña el tipo de alimentos que los adolescentes consumen habitualmente tanto en casa, como el ambientes menos controlados como es la escuela, entre otros, pues parece ser que tiene una importante influencia en el comportamiento del manejo de la ansiedad mediante la comida y así en el peso de los sujetos (Tanja & Epel, 2007).

Dentro de las conductas o patrones identificados en el manejo de la ansiedad y el peso, debe considerarse la etapa de desarrollo y/o la edad de los individuos en cuestión, pues éstas matizan de forma importante las conductas de los individuos. En el caso de la muestra utilizada en la presente investigación, se sabe que otro de los factores que puede vulnerarla hacia el desarrollo de sintomatología ansiosa es la adolescencia per se.

A pesar de dichos factores de riesgo, es únicamente el grupo con peso normal quien parece responder de forma positiva hacia el desarrollo de ansiedad; esto podría explicarse por el simple hecho de que los individuos se encuentran en una etapa del desarrollo que exalta la importancia de la imagen personal ante los otros, volviendo más vulnerables a los adolescentes, ante el posible juicio social. Sin embargo esto no explica las diferencias entre grupos, pues todos pertenecen al mismo rango de edades.

Al considerar la débil relación entre el IMC y los índices de ansiedad, debe tenerse en mente que los mecanismos para manejar y disminuir la ansiedad, son regulados por el tipo de ansiedad que los individuos experimenten, así como por el nivel de amenaza que ellos perciban. Así se entiende que la ansiedad rasgo incrementa sustancialmente el riesgo de desarrollar obesidad, mientras que la ansiedad estado, no explica el IMC. Esto explica que en los jóvenes con obesidad severa, la ansiedad se presente ante la percepción de las situaciones como altamente dañinas y amenazantes, elevando la ansiedad y llevándolos a paliar la ansiedad comiendo (Calderón, Forns & Varea,2010; Ríos, 2008).

En este sentido, es importante mencionar que el tipo de ansiedad que se ha evaluado durante la presente investigación es la ansiedad estado, es decir los síntomas de ansiedad experimentados a lo largo de los últimos siete días; de este modo, es probable que los resultados en cuanto a la ansiedad se deban al tipo de medición realizada. Por esto, se propone para futuras investigaciones la medición de un nivel más estable de ansiedad, que arroje datos de ansiedad rasgo, el cual probablemente se vea más directamente relacionado con el IMC de los sujetos.

En cuanto a estos niveles de ansiedad se observa la mayor diferencia entre las niñas con peso normal y los niños con alto peso, como se mencionó anteriormente quienes obtuvieron mayores índices de ansiedad fueron los adolescentes con peso normal. Esto indica, que los varones en general exhibieron menores índices de ansiedad, siendo los que pertenecen al grupo con obesidad quienes reportan los menores índices, seguidos quienes tienen peso normal. Esto quiere decir que

al realizar las comparaciones entre grupos delimitados por el IMC, las diferencias obtenidas se debían más al género que a dicha variable.

Estos hallazgos se ven apoyados por la literatura, que sostiene que aunque la presión social afecta a ambos sexos, el estrés corporal es superior en las mujeres. Ellas muestran estados de percepción alterados, autopercibiéndose más obesas; lo cual propicia que las niñas sientan mayor insatisfacción con su cuerpo y apariencia física. Así mismo parece ser que el valor que ellas otorgan al aspecto físico, en particular a la figura y el peso es mucho más fuerte con una creencia de que la figura y el peso influyen en gran medida sobre otros ámbitos de su vida (Ríos, 2008, Merino, Pombo & Godás, 2001).

De este modo, parece ser que la preocupación excesiva por el peso puede llegar a tener consecuencias negativas no sólo sobre la autopercepción corporal, sino que incluso puede favorecer el aumento de peso en particular en las mujeres. Estos datos, indican que el hecho de ser mujer, tener sobrepeso y puntuar alto en niveles de estrés, pueden actuar como predictores de mal manejo de éste e hiperíngesta durante periodos de estrés agudo (Tanja & Epel, 2007).

Otro hallazgo mostrado por ésta investigación es el hecho de que al realizar comparaciones en función del género de los adolescentes se observa que son las niñas quienes obtienen los puntajes más altos de ansiedad, en particular las niñas con peso normal, distinguiéndose principalmente de los niños en general, sin importar su peso, esto quiere decir que son las niñas quienes elevan los puntajes

de forma importante por grupo, pues los varones obtienen puntajes bajos de ansiedad.

Dado que se trata de analizar las variables mencionadas con el peso, realizar una comparación entre obesidad y peso normal, se añadió la categoría de peso bajo para un análisis más completo. Debe remarcarse que las mayores diferencias se han encontrado entre los individuos con obesidad y con peso normal, siendo al contrario de lo que se esperaba los sujetos con obesidad quienes reportan relaciones de mayor calidad en comparación con el grupo de peso normal. Lo mismo ocurre al comparar a los tres grupos en función del nivel de ansiedad que experimentan, es el grupo con peso normal, quien exhibe mayor sintomatología ansiosa.

Estudios realizados con niños y adultos han mostrado diferencias mínimas entre población normal y obesa. Aunque otros controlados con población clínica, han encontrado niveles elevados de psicopatología en estas personas; es por esto que se ha concluido que los estudios clínicos y epidemiológicos refutan la noción popular de que las personas con sobrepeso como grupo están trastornadas emocionalmente. Esto se debe en gran medida a que las personas obesas que participan en dichas investigaciones han sido reclutadas dentro de ambientes de población normal; lo cual hace una gran diferencia en los resultados encinrados. Es decir las personas obesas que se reclutan de ambientes clínicos, es decir, personas que han sido previamente diagnosticadas y se encuentran bajo tratamiento tienen mayor probabilidad de mostrar patología como la ansiedad y la

depresión, entre otras, en comparación con las personas que se reclutan en ambientes naturales como pueden ser espacios de trabajo, escuelas o al azar.

Por otro lado esto es testimonio de que si bien ésta población tiene predisposición a mostrar cierto tipo de patologías, no es posible generalizar; es importante tener en cuenta esto para no reproducir los prejuicios, estigmas y discriminación de los que son víctimas las personas con obesidad. Esto como se ha dicho, favorece una idea partir de cierta información de los rasgos de personalidad que caracterizan a quienes tienen tal o cual aspecto físico, sólo apoya al desarrollo de problemas psicológicos relacionados con la obesidad y que dificultan el tratamiento de la misma, lo cual favorece a la pérdida de la identidad e individualidad de las personas, pues al asignar un estereotipo, deja de percibirse a la persona, para percibir sólo la categoría en cuestión, en este caso “obesidad” o “persona obesa”, de modo genérico, haciendo una generalización de la apariencia físico. Si bien es cierto que muchas personas con sobrepeso sufren de problemas psicológicos específicos de la obesidad; alimentación compulsiva, dismorfia de la imagen corporal, enfermedades psicosociales no especificadas, estos problemas involucran problemas específicos del peso como la falta de confianza, debido a la incapacidad para perder peso, problemas que no sólo no se alivian con éste tipo de estigmas, sino que se agudizan y pueden generar incluso nuevas patologías que deterioran la salud y el bienestar físico y emocional de quien la padece (Lobera, 2008; Stunkard & Wadden, 1992).

Así, dentro del mismo prejuicio que se tiene de las personas obesas, existe una connotación abiertamente negativa, en la cual son percibidas con frecuencia como

ansiosas, solitarias, vagas, apagadas, dependientes, miedosas, solas, infantiles, impulsivas y quisquillosas, la cual dados los resultados mostrados en la presente investigación parece no ser del todo cierta, en particular en lo referente a las relaciones establecidas con los pares y los niveles de ansiedad; al menos en todos los casos. Por esto la importancia de conocer más del tema e impartir educación sobre el mismo no sólo para la sociedad en general, sino dentro del ámbito clínico, en el cual tales juicios pueden afectar a dicho grupo de manera importante (Lobera, 2008).

Así mismo es necesario conocer más sobre el efecto de la interacción familiar sobre la salud de los hijos, con el fin de diseñar nuevos programas de prevención primaria en el desarrollo de padecimientos tanto físicos como psicológicos. Esto puede favorecer a la salud y calidad de vida de las personas identificadas con riesgo de desarrollar alguna condición de las mencionadas anteriormente.

En lo concerniente a la influencia de la familia sobre el desarrollo de trastornos de la alimentación, se puede afirmar que la atención psicológica dirigida a la familia, debe estudiarse a profundidad pues puede contribuir al trabajo de las personas que se encuentran bajo tratamientos de reducción de peso, ansiedad y mejorar su salud física y psicológica, pues si bien en los resultados no se observa una relación tan fuerte, sí se ha visto que las condiciones del ambiente en que se desenvuelve un individuo influyen en su funcionamiento y bienestar psicológico, físico o social, así como en la percepción que los individuos tienen de sí mismos. (Vázquez, 2004).

Por otro lado, esta conclusión es un testimonio importante de la resiliencia de las personas, aspecto que se ve fuertemente determinado o matizado por el apoyo social y el tipo de interacción que los individuos sostienen con la familia y sociedad; es éste concepto determinante de la manera en la cual los individuos sobrellevan y enfrentan situaciones que pueden poner en riesgo su bienestar e incluso su salud (Stunkard & Wadden, 1992).

Quizá una limitación del presente estudio fue el tipo de mediciones realizadas, en la cual como se ha mencionado la ansiedad se ha medido como un estado temporal, más no como un rasgo que permanece; lo cual parece no correlacionar de forma tan fuerte con las conductas alimenticias y por lo mismo con el peso de los individuos, quienes parecen ser más reactivos a los síntomas de ansiedad rasgo.

Dentro del área de evaluación, quizás en futuras investigaciones convendría considerar variables no contempladas en la presente; variables que no sólo aporten información sobre el peso de los adolescentes sino de los hábitos alimenticios, de ejercicio que éstos tienen, entre otras.

Dentro de las características de la muestra debe resaltarse que el apareamiento de las muestras no pudo realizarse de manera óptima, pues se trabajó con una población relativamente pequeña, reclutada de diversos ámbitos y ambientes en los que varían de forma importante el extorno y contexto de los adolescentes, en particular de estatus socioeconómicos distintos, lo cual pudo favorecer la pluralidad de los resultados. No obstante este estudio podría adolecer distintos

estudios retrospectivos, contrastando a población de peso normal con individuos que cuenten con un diagnóstico clínico de obesidad, que hayan sido previamente seleccionados de forma médica intencional y observar si es cierto que existen dichas disparidades antes mencionadas y si los resultados resultan defienden los encontrados en éste estudio.

No obstante los resultados de ésta investigación contribuyen al conocimiento no solo de un problema que parece encontrarse en crecimiento como es la obesidad, sino de los tipos de relación que ésta puede tener y el comportamiento de dicho padecimiento en función de la presencia o ausencia de otras variables como lo es la presencia de sintomatología ansiosa y el estudio retrospectivo de las relaciones familiares y sociales; así mismo la etapa de desarrollo de quien la padece, variable primordial en el desarrollo de dicha enfermedad, pues es en las etapas más tempranas del desarrollo que conviene realizar una intervención clínica, con mayores probabilidades de alcanzar mejores resultados y de que éstos se mantengan con el tiempo.

REFERERENCIAS

- Abramson, E. & Hoppichler, I. (1999). *El comer emocional: Una guía práctica de control*, España, Seerendipity.
- Álcaez, G., Vázquez R., Raich R., Mora M. & Sánchez-Carracedo D. (2001). A cross-cultural study on eating attitudes and behaviors in two Spanish speaking countries: Spain and México. *European Eating Disorders Review*. 9 (1) 53-63.
- Antai-Otong, D. (2007). Trastornos de Ansiedad. *Nursing (Ed. Española)*. 25 (6) 25-27.
- Ascencio, L. (2007). Trastornos de Ansiedad y Enfermedades Médicas Concomitantes: Experiencia Clínica. *Revista del Hospital Juárez de México*. 74 (2) 81-92.
- Barcelata, B. & Alvarez A. (2005). Patrones de interacción familiar de madres y padres generadores de violencia y maltrato infantil. *Acta colombiana de psicología*. 13, 35-45.
- Barquera, S., Campos, I., Hernández, L., Campos, I., Pedroza, A. & Barrigüete, A. (2012). Encuestas Nacional de Salud y Nutrición. Primera edición, Instituto nacional de salud pública.
- Bobes J., Saiz M., González G. & Bousoño G. (1999). Trastornos de ansiedad. *Medicine*. 106 (7) 4952-4962.

- Calderón C., Fornis M. & Varea V. (2010). Implicación de la ansiedad y depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad. *Nutrición hospitalaria*. 25 (5) 641-647.
- Chinchilla Moreno A. (2003). Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y bulimia nervosas, obesidad y atracones. España. *Masson*.
- Coyoli B., 2010, Funcionamiento Familiar y Obesidad, Universidad michoacana de San Nicolás de hidalgo, México.
- Diez del Val, I. & Martínez C. (2003). Cirugía de la obesidad mórbida: Medicina basada en la evidencia. *Unidad de Cirugía Bariátrica*. 24 (4) 185-192.
- Dominguez, P., Olivares, S. & Santos, J. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos latinoamericanos de nutrición*. 58 (3) 249- 255.
- González, M. & Landero R. (2008). Síntomas psicósomáticos y estrés: Comparación de un modelo estructural entre hombres y mujeres. *Ciencia UANL*, 9 (4) 403-410.
- Hernández, L., Sánchez, J. (1997). Factores de riesgo asociados con la disfunción en el niño y el adolescente. *Revista psicología contemporánea*, 4 (1) 24-37.

- Hobföll, S. E. (1989). Conservation of Resources. A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*. 44 (3) 513-524.
- Hurtado, M., González L., Hidalgo M., Nova C. & Venegas M. I. (2002). Relación entre factores individuales y familiares de riesgo para desórdenes alimenticios en alumnos de enseñanza media. *Revista de psicología*. 11 (1) 91-116.
- Jáuregui, I., López, I., Montana, M. & Morales, M., 2008, Percepción de la obesidad en jóvenes universitarios y pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*. 23 (3) 226-233.
- Jurado, S. (1992). Episodios agudos de angustia severa en adolescentes escolares: Análisis etiológico de predictores en la crianza y la interacción Familiar. México, 23-26, 36-38.
- Kitzman-Ulrich, H., Wilson, D., St George, S., Lawman, H., Segal, M. & Fairchild A., (2010). The integration of a family system approach for understanding youth obesity, psysical activity and dietary programs. *Clinical Child Psychology*. 13, 231-253.
- Lilia, M. & García E. (2005). Determinantes de la aceptación-rechazo parental, *Psicothema*. 17 (1) 107-111.
- Martínez, J. A., Moreno, M. J., Marques-López I. & Martí A. (2002). Causas de Obesidad. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, Vol. 25 (1) 17-27.

- Martínez, J. C., Roquez, B. & Vargas M. J. (2006). Ansiedad en la familia. Diferencias entre familias normales y familias disfuncionales. *Centro regional de investigación en psicología*. 1 (1) 21-23.
- Medina-Mora, I., Borges, G., Lara, M. C., Bemjet, C., Blanco J., Fleiz C. M., Villatoro, J. A. et al. (2003). Prevalencia de los Trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 26 (4) 1-16, México.
- Mineka, S. & Zinbarg, R. (2006). A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders. *American Psychological Association*. 61 (1) 10-16.
- Monroy, C. A. (2010). Prevalencia y tendencia de los principales trastornos mentales en la ciudad de México; Análisis de datos del 2004 al 2009. *Actualidad clínica en psicología*.
- OECD (2013). Country statistical profile: Mexico. *Country statistical profiles: Key tables from OECD*.
- Phul, R. M. & Brownell K. D. (2003). Psychosocial origins of obesity stigma: Toward changing a powerful and pervasive bias. *Obesity Reviews*. 4, 213-227.
- Rangel, J. L., Patiño, V. L. & García M. (2004). Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *Revista de la Facultad de medicina*. 47 (1) 24-27.

- Repetti, R., Taylor, S. & Seeman, T., (2002). Risky Families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*. 128 (2) 330-366.
- Ríos, B., Rangel, G. A., Cordero, R. A., Castillo F.A., Ramírez G., Pantoja J. P., Yáñez B., Arrieta E. & Ruiz K. (2008). Ansiedad, depresión y calidad de Vida en el paciente obeso. *Acta médica grupo Ángeles*, 9 (4) 147- 153.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. & Páez F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18 (2) 211-218.
- Rodríguez, A., Kanán G., Vázquez, M.E., León, A., Barbosa C. & Tejeda R. (2008). Perfil organizativo-funcional de la familia nuclear psicósomática con un hijo asmático. *Salud Mental*, 31 (1) 63-68.
- Rodríguez, A. & Torrente G. (2003). Interacción Familiar y conducta antisocial. *Boletín de Psicología*. 78, 7-19.
- Simon, E. & Del Barrio, A. S. (2002). Leptina y Obesidad. *Anales del sistema sanitario de Navarra*. 25 (1) 53-64.
- Stunkard, A. J. & Wadden T. A. (1992). Psychological aspects of severe obesity. *American Society for Clinical Nutrition*, 55, 534-532.

- Stice, E., Presnell, K., Shaw H. & Rhode P. (2005). Psychological and behavioral risk factors for obesity onset in adolescent girls: A prospective studio. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 73 (2) 195-202.
- Strauss, R. S. & Knight J. (2014). Influence of the home environment on the development of obesity in children. *Official journal of the American academy of pediatrics*. 103 (6) 1-18.
- Tanja, C., Adam & Epel E. (2007). Stress, eating and reward system. *Psychology & Behavior*. 91, 449-458.
- Turner, H. M., Rose, K. S. & Cooper, M. J. (2005). Schema and parental bonding in overweight and nonoverweight female adolescents. *International Journal of Obesity*. 29, 381-387.
- Vámosi, M., Heitmann, B. L. & Kyvik O. (2009) The relation between an adverse psychological and social environment in childhood and the development of adult obesity: A systematic literature review. *International Association for the Study of Obesity*, 11, 177-184.
- Vázquez, V. (2004). ¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente Obeso?. *Revista de endocrinología y nutrición*, 2 (4) 136-142.

ANEXOS

ANEXO C

INVENTARIO DE BECK, BAI

Inventario de Beck (BAI). Versión adaptada de la estandarizada por Rubén Varela Domínguez y Enedina Villegas Hernández, Facultad de Psicología, UNAM.

INSTRUCCIONES:

La siguiente es una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación e indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante *la última semana, incluyendo el día de hoy*, encerrando en un círculo la frase correspondiente a la intensidad de la molestia

SÍNTOMA

- | | | | | | |
|-----|---|-------------|-------------|---------------|-------------|
| 1. | Entumecimiento, hormigueo. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 2. | Sentir oleadas de calor (bochorno). | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 3. | Debilitamiento de las piernas. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 4. | Dificultad para relajarse. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 5. | Miedo a que pase lo peor. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 6. | Sensación de mareo. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 7. | Opresión en el pecho, o latidos acelerados. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 8. | Inseguridad. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 9. | Terror. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 10. | Nerviosismo. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |

11.	Sensación de ahogo.	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente
12.	Manos temblorosas.	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente
13.	Cuerpo tembloroso.	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente
14.	Miedo a perder el control.	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente
15.	Dificultad para respirar.	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente
16.	Miedo a morir.	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente
17.	Asustado.	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente
18.	Indigestión o malestar estomacal	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente
19.	Debilidad	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente
20.	Ruborizarse, sonrojamiento.	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente
21.	Sudoración (no debida al calor).	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente

ANEXO D

CUESTIONARIO DE SALUD, ESTILOS DE VIDA Y COMPORTAMIENTO SEGUNDA SECCIÓN

INSTRUCCIONES

Este cuestionario trata de investigar cómo algunos problemas de salud pueden deberse a muchas de las cosas que hacemos todos los días. También trata de buscar maneras de mejorar nuestro bienestar y salud y desempeño académico y profesional. Esta información se usará exclusivamente con fines de análisis estadísticos y para diseñar programas preventivos o de ayuda que puedan servirle para aumentar su propio bienestar. **No hay respuestas buenas ni malas**, por favor conteste con toda franqueza, diciendo la verdad. Trate de no dejar ninguna pregunta sin contestar, a menos que las instrucciones le indiquen lo contrario. Si siente que la pregunta no se aplica a usted en lo absoluto, conteste en la opción de “nunca”, eso no le pasa.

Las preguntas tienen varias opciones de respuesta, por favor escoja la que mejor refleje su propio caso, **encerrando en un círculo o subrayando la opción que elija**. Recuerde, no hay respuestas buenas ni malas, por tanto, no se preocupe por puntajes ni calificaciones. Por favor lea cuidadosamente cada pregunta o enunciado y conteste **con la verdad**. Recuerde que de este estudio se podrán derivar recomendaciones muy útiles para usted mismo(a), o para otras personas y/o familias. Por favor siéntase en absoluta libertad de solicitar ayuda en caso de cualquier duda, o bien para leer o llenar el cuestionario, con todo gusto le orientaremos.

Este cuestionario contiene preguntas o enunciados sobre nuestra historia familiar o personal.

Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde:

con toda confianza, conteste con la verdad.

POR FAVOR CONTESTE LAS PREGUNTAS QUE SE PRESENTAN A CONTINUACIÓN

Su nombre: _____

Su número de Expediente: _____

Su ocupación: _____

Su estado Civil (sea o no formal): _____

Su edad: _____

Su sexo: (Fem.) (Masc.)

Teléfono: _____

Escolaridad: _____

PRIMERA SECCIÓN

A continuación se le preguntarán algunos aspectos sobre su vida familiar y crianza, por favor trate de recordar lo mejor posible las condiciones y costumbres en su familia.

1. Pienso que la comunicación que tengo con mis familiares actualmente es:

- a) Muy mala
- b) Mala
- c) Regular
- d) Buena
- e) Muy buena

2. Si ya no vive con su familia de origen (madre y/o padre) ¿desde cuándo?

- A) Hace menos de un año
- B) De uno a dos años
- C) De tres a cuatro años
- D) De cinco a seis años
- E) Siete años o más

3. Sobre las condiciones socio-económicas de mi familia, de cuando yo era chico(a) (como de 6 a 14 años de edad), podría decirse que:

- A) Han mejorado mucho
- B) Han mejorado
- C) Se han deteriorado
- D) Se han deteriorado mucho
- E) Permanecen igual

4. En la actualidad yo diría que mi nivel económico es:

- A) En asistencia social o beneficencia

- B) Clase trabajadora
- C) Clase media baja
- D) Clase media
- E) Clase media alta
- F) Clase alta

5. En total tengo:

- A) Un hermano(a)
- B) Dos hermanos(as)
- C) Tres hermanos(as)
- D) Cuatro a seis hermanos(as)
- E) Más de siete hermanos(as)
- F) Soy hijo(a) único(a)

6. Mi lugar en el orden de nacimiento de mis hermanos(as) es:

- A) Primero
- B) Segundo
- C) Tercero
- D) Cuarto
- E) Quinto o posterior
- F) Último

7. En general, mi relación con mi(s) hermano(s)(as) ha sido:

- A) Muy mala
- B) Mala
- C) Regular
- D) Buena
- E) Muy buena

8. De chico(a), (como hasta los 14 años de edad) me crié (viví) principalmente con:

- a) Mis padres naturales
- b) Con mi padre
- c) Con mi madre
- d) Con uno de mis padres y padrastro o madrastra
- e) Padres adoptivos u otros parientes o familiares
- f) En un orfanato, casa hogar u otra institución

9. La causa por la que no viví con alguno de mis padres fue:

- a) Separación o divorcio de mis padres
- b) Muerte de algunos de mis padres
- c) Por el trabajo de alguno de mis padres
- d) Por alguna otra razón
- e) Siempre he vivido con ellos

10. La edad que tenía cuando alguno de mis padres dejó de vivir conmigo era:

- a) De cero a 5 años
- b) De 6 a 11 años
- c) De 12 años a 17 años
- d) De 18 años en adelante
- e) Siempre han vivido o vivieron conmigo

11. El más alto nivel escolar que alcanzó mi padre (o tutor) es (era):

- A) Ninguno
- B) Primaria
- C) Secundaria
- D) Comercio o técnico
- E) Bachillerato
- F) Profesional o superior

12. Mi padre (o tutor) tomaba mucho alcohol o usaba drogas:

- a) Nunca.
- b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
- c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
- d) Siempre

13. En general la forma como me llevo (o llevaba) con mi padre (o tutor) es (o era):

- a) Muy buena
- b) Buena
- c) Regular
- d) Mala
- e) Muy mala

14. Cuando yo era chico(a) (como de 5 a 14 años de edad), mi padre o (tutor) mostraba interés en mis opiniones:

- a) Nunca.
 - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
 - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
 - d) Siempre
15. Mi padre (o tutor) y yo platicábamos como buenos amigos:
- a) Diario o casi diario
 - b) Como una vez a la semana
 - c) Como una vez al mes
 - d) Como una vez cada tres meses
 - e) Como dos veces al año o menos.
 - f) Nunca
16. Cuando mi padre (o tutor) me castigaba, usaba castigo físico (me pegaba).
- a) Diario o casi diario
 - b) Como una vez a la semana
 - c) Como una vez al mes
 - d) Como una vez cada tres meses
 - e) Como dos veces al año o menos
 - f) Nunca
17. Mi padre (o tutor) decía cosas de mí que querían decir que yo era “tonto(a)” o “inútil”, o me comparaba negativamente con otros(as):
- a) Nunca.
 - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
 - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
 - d) Siempre.
18. Cuando mi padre (o tutor) me castigaba, yo sí me lo merecía:
- a) Nunca.
 - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
 - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
 - d) Siempre.
19. Cuando mi padre (o tutor) me mandaba a hacer algo, me lo decía de modo duro u ofensivo:
- a) Nunca.
 - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
 - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).

- d) Siempre.
20. Yo tenía confianza con mi padre (o tutor) como para platicarle algo muy íntimo acerca de mí:
- a) Nunca.
 - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
 - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
 - d) Siempre.
21. Mi padre (o tutor) me muestra (o mostraba) su afecto o cariño:
- a) Nunca.
 - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
 - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
 - d) Siempre.
22. Cuando me enfrentaba a una situación nueva o difícil (mi padre (o tutor) me apoyaba o me reconfortaba:
- a) Nunca.
 - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
 - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
 - d) Siempre.
23. El más alto nivel escolar que alcanzó mi madre (o tutora) es (era):
- A) Ninguno
 - B) Primaria
 - C) Secundaria
 - D) Comercio o técnico
 - E) Bachillerato
 - F) Profesional o superior
24. Mi madre (o tutora) tomaba mucho alcohol o usaba drogas:
- a) Nunca.
 - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
 - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
 - d) Siempre.
25. En general la forma como me llevo (o llevaba) con mi madre (o tutora) es (o era):
- a) Muy buena
 - b) Buena
 - c) Regular

- d) Mala
- e) Muy mala

26. Cuando yo era chico(a) (como de 5 a 14 años de edad), mi madre o (tutora) mostraba interés en mis opiniones:

- a) Nunca.
- b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
- c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
- d) Siempre.

27. Mi madre (o tutor) y yo platicábamos como buenos amigos(as):

- a) Diario o casi diario
- b) Como una vez a la semana
- c) Como una vez al mes
- d) Como una vez cada tres meses
- e) Como dos veces al año o menos
- f) Nunca

28. Cuando mi madre (o tutora) me castigaba, usaba castigo físico (me pegaba).

- a) Diario o casi diario
- b) Como una vez a la semana
- c) Como una vez al mes
- d) Como una vez cada tres meses
- e) Como dos veces al año o menos
- f) Nunca

29. Mi madre (o tutora) decía cosas de mí que querían decir que yo era “tonto(a)” o “inútil”, o me comparaba negativamente con otros(as):

- a) Nunca.
- b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
- c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
- d) Siempre.

30. Cuando mi madre (o tutora) me castigaba, yo sí me lo merecía:

- a) Nunca.
- b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
- c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
- d) Siempre.

31. Cuando mi madre (o tutora) me mandaba a hacer algo, me lo decía de modo duro u ofensivo:

- a) Nunca.
 - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
 - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
 - d) Siempre.
32. Yo tenía confianza con mi madre (o tutora) como para platicarle algo muy íntimo acerca de mí:
- a) Nunca.
 - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
 - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
 - d) Siempre.
33. Mi Madre (o tutora) me muestra (o mostraba) su afecto o cariño:
- a) Nunca.
 - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
 - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
 - d) Siempre.
34. Cuando me enfrentaba a una situación nueva o difícil (mi madre (o tutora) me apoyaba o me reconfortaba:
- a) Nunca.
 - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
 - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
 - d) Siempre.
35. En casa criticaban a mis amigos(as):
- a) Nunca.
 - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
 - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
 - d) Siempre.
36. Mis padres (o tutores) me presionaban para que tuviera actividades en mi tiempo libre:
- a) Nunca.
 - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
 - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
 - d) Siempre.
37. De chico(a) yo me enfermaba:
- a) Nunca.

- b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
 - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
 - d) Siempre.
38. Cuando yo hacía un esfuerzo especial para hacer algo bien, me lo reconocían:
- a) Nunca.
 - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
 - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
 - d) Siempre.
39. Cuando me iba mal en mis calificaciones, tenía problemas en casa:
- a) Nunca.
 - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
 - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
 - d) Siempre.
40. Mis padres se mostraban cariño o amor el uno al otro:
- a) Nunca.
 - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
 - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
 - d) Siempre.
41. Mis padres se peleaban discutiendo o gritando:
- a) Nunca.
 - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
 - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
 - d) Siempre.
42. Cuando mis padres peleaban, también usaban violencia física (jalones, empujones, golpes, etc.):
- a) Nunca.
 - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
 - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
 - d) Siempre.
43. Cuando mis padres peleaban, lo hacían enfrente de mí y/o de mis hermanos(as):
- a) Nunca.
 - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
 - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
 - d) Siempre.

44. Cuando mis padres peleaban, amenazaban con dejarse, separarse, o divorciarse:
- a) Nunca.
 - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
 - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
 - d) Siempre.
45. Cuando era chico(a), a parte de mis padres, había otro(s) adultos(s) importantes para mí:
- a) Sí, y fue positivo para mí
 - b) Sí, y fue negativo para mí
 - c) No, no eran importantes
46. Sí respondió "sí" (A o B), señale al más importante de acuerdo con su respuesta anterior:
- a) Un hermano(a) mayor
 - b) Un tío(a)
 - c) Abuelo(a)
 - d) Padrastro o madrastra
 - e) Otro pariente
 - f) Un(a) vecino(a) o conocido(a)
47. Durante mi niñez o adolescencia temprana, tuve experiencias emocionalmente fuertes, negativas o que me angustiaron mucho:
- a) Diario o casi diario
 - b) Como una vez a la semana
 - c) Como una vez al mes
 - d) Como una vez cada tres meses
 - e) Como dos veces al año
 - f) Nunca
48. La más importante de esas experiencias fue:
- a) Asalto, suceso violento o maltrato fuerte
 - b) Violación o abuso sexual
 - c) Accidente
 - d) Enfermedad (mía o de alguien cercano)
 - e) Muerte o pérdida de un ser querido
 - f) Ser arrestado, detenido, cárcel

49. Todavía siento ese miedo o angustia o sensación desagradable:
- a) Nunca.
 - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
 - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
 - d) Siempre.
50. Cuando era chico(a), alguien abusó sexualmente de mí (cualquier incursión sexual):
- a) Nunca
 - b) Una vez
 - c) Ocasionalmente
 - d) Frecuentemente
51. La persona que abusó de mí fue:
- a) Nadie
 - b) Desconocido
 - c) Amigo o pariente lejano
 - d) Amigo o pariente que vivía en la misma casa
 - e) Padrastro o madrastra
 - f) Alguno de mis padres
52. Cuando era chico(a) ¿tuvo algún amigo que fuera muy cercano(a) o íntimo(a)?
- a) Sí, tuve varios
 - b) Si, tuve uno o dos
 - c) No, ninguno en quien confiara
53. Actualmente, ¿tiene amigo(a)(os)(as) que considere cercano(s)(as) o íntimos(as)?
- A) Sí, tengo varios
 - B) Si, tengo uno o dos
 - C) No, ninguno en quien confíe
54. Actualmente, sacar una mala calificación o no entender algo, representa un gran conflicto:
- a) Nunca.
 - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
 - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
 - d) Siempre.
55. Actualmente practico algún deporte o actividad física aproximadamente:
- A) Diariamente

- B) Dos o tres veces por semana
- C) Una vez a la semana
- D) Una vez cada quince días
- E) Una vez al mes o menos
- F) Realmente no practico ninguno

56. Además de la escuela, tengo otras actividades recreativas (artísticas, deportivas, pasatiempos, etc):

- A) Una vez a la semana o más
- B) Una vez cada quince días
- C) Una vez al mes
- D) Una vez cada dos meses
- E) Una vez cada seis meses
- F) Una vez al año o menos

57. Yo hago amistades:

- A) Con mucha dificultad
- B) Con dificultad
- C) Ni fácil ni difícilmente
- D) Con facilidad
- E) Con mucha facilidad

58. Además de estudiar:

- A) Realmente sólo estudio
- B) Me dedico al hogar, o me hago cargo de otra persona
- C) Trabajo y me gusta, no interfiere con mis estudios
- D) Trabajo y me gusta, pero interfiere con mis estudios
- E) Trabajo y no me gusta, pero no interfiere con mis estudios
- F) Trabajo y no me gusta, además interfiere con mis estudios

59. Lo que más me molesta de mi trabajo es: (Si contestó en la pregunta anterior de las opciones B a F, si no, pase a la siguiente pregunta).

- A) Mis compañeros(as)
- B) Mis jefe(s)

- C) Mis subordinados
- D) Me queda muy lejos
- E) Me cansa demasiado o me estresa
- F) Me pagan muy poco

60. Considera que hay algo en la escuela que le moleste (o le pueda molestar en un futuro):

- A) Si
- B) No

61. Lo que más me molesta de la escuela (o me podría molestar) es: (señale la más importante)

- A) Los compañeros(as)
- B) Los profesores(as)
- C) Me queda muy lejos
- D) Me canso demasiado, me estresa
- E) No aprender o entender lo suficiente
- F) Las materias que implican manipulación de cuerpos

62. Tengo hijos(as):

- A) Ninguno
- B) Uno
- C) Tres
- D) Cuatro
- E) Cinco o más

63. Hubiera preferido tener mis hijos en otro momento de mi vida:

- A) Sí, pero no lo lamento
- B) Sí, y lo lamento
- C) No, estoy bien con mis hijo(s)
- D) No los tengo, pero pienso tenerlos posteriormente
- E) No los tengo y no pienso tener ninguno

64. Si no pudiera terminar la carrera:

- A) Sería tan terrible que no puedo imaginarlo
- B) Sería algo muy malo en mi vida
- C) Sería malo pero podría hacer otra cosa
- D) No pasaría nada

65. Actualmente vivo:

- A) Con mis padres
- B) Con otros parientes
- C) Con amigos o conocidos
- D) Solo(a)
- E) Con mi pareja y/o mis hijos(as)

66. En cuanto a mis condiciones de vida actuales pienso que:

- A) Nos sobra espacio
- B) Tenemos suficiente espacio para todos
- C) Estamos un poco amontonados
- D) Estamos amontonados
- E) Estamos muy amontonados