

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE PSICOLOGIA

SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION



**CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA OBESIDAD, HABILIDADES SOCIALES Y
SATISFACCIÓN VITAL EN ADOLESCENTES**

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN CIENCIAS CON OPCION EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

PRESENTA:

ANIA CHÁVEZ AMAVIZCA

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. MÓNICA TERESA GONZÁLEZ RAMÍREZ

MONTERREY, N. L., MEXICO, MAYO DE 2013

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE PSICOLOGIA

SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION

MAESTRIA EN CIENCIAS CON OPCION EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La presente tesis titulada “Conductas de Riesgo para la Obesidad, Habilidades Sociales y Satisfacción Vital en Adolescentes” presentada por la Lic. Ania Chávez Amavizca ha sido aprobada por el comité de tesis.

Dra. Mónica Teresa González Ramírez
Directora de tesis

Dr. José Moral de la Rubia
Revisor de tesis

Dr. Juan Carlos Sánchez Sosa
Revisor de tesis

DEDICATORIA

A mis padres

Ana Bertha y José Trinidad por ser siempre mi base y mi apoyo incondicional, por su paciencia y su confianza en cada momento, pero sobre todo por su amor.

A mi esposo

Daniel, por su inalterable complicidad en nuestro proyecto de vida, por contagiarme con su impulso constante y por su gran amor.

A mis compañeros y amigos

Por apoyarnos mutuamente en tan importante etapa, por compartir angustias pero también momentos excelentes y por seguir siendo amigos, muchas gracias a Karla Uriarte, Flor García, Miguel Gutiérrez, Judith García, Gretchen Olmedo, Jonathan Herrera y Estelí Ramírez.

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría comenzar expresando mi más sincero agradecimiento a la Dra. Mónica Teresa González Ramírez, mi directora de tesis, quien me mostró su apoyo desde el inicio del proyecto y fue por su trabajo conjunto, compromiso, claridad y constancia en la dirección de tesis, que se logró realizar este trabajo.

Agradezco al Doctor José Moral de la Rubia, quien forma parte del comité de tesis, la puntualidad de su revisión y atentas sugerencias contribuyeron a terminar el proyecto de tesis.

También agradezco al Doctor Juan Carlos Sánchez, quien también forma parte del comité de tesis, por su atención contribuyó a la finalización de este trabajo.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología le agradezco enormemente el apoyo económico que me brindó al otórgame la beca para la realización de mis estudios.

Al Coordinador de la Maestría en Ciencias con Opción en Psicología de la Salud, el Maestro Enrique García García; al Subdirector de estudios de Posgrado, el Doctor José Cruz Rodríguez Alcalá y al Director de la Facultad de Psicología, el Maestro Armando Peña Moreno, quienes contribuyeron para poder cursar la maestría.

Por último deseo agradecer a los participantes de este estudio y a las autoridades de la escuela secundaria, en especial al subdirector Alfonso Chávez quién nos abrió las puertas de su institución; así también agradezco a Karla León y

Marcela Quintero, quienes con entusiasmo colaboraron en la recolección de datos del estudio.

Y a todas las personas que de alguna forma u otra contribuyeron para la realización del presente trabajo, muchas gracias a todas ellas.

RESUMEN

A nivel mundial la obesidad representa un problema endémico que afecta a casi un tercio de la población. En México un tercio de los adolescentes (12-19 años de edad) y un 70% de la población adulta presenta el problema. La obesidad se explica por una sobre-ingesta de alimento y un escaso gasto energético a partir de la inactividad física: ambas conductas se han asociado a factores psicológicos relacionados con la competencia social, la cual se identifica como factor necesario para el desarrollo y un factor protector de la obesidad en la infancia. El presente estudio tuvo como objetivo analizar la conducta alimentaria, actividad física, habilidades sociales, satisfacción vital y felicidad. Se evaluó a 94 escolares de la ciudad de Hermosillo, Sonora, con una media de edad de 13 años. Los instrumentos utilizados fueron: Cuestionario de Frecuencia de Consumo Alimentario, GPAQ para actividad física, Inventario de Habilidades Sociales Inventario de Competencia para la Conducta Asertiva, Escala de Satisfacción con la Vida y Escala de Felicidad Subjetiva. El 20% de la muestra presentó sobrepeso y el 16% obesidad, siendo mayor el porcentaje combinado en hombres (50%) que en mujeres (31.1%); se reportó alto consumo de bebidas azucaradas; el género masculino reportó mayor frecuencia de consumo alimentario así como mayor actividad física; se presentó correlación entre habilidades, satisfacción vital y felicidad, no siendo así entre éstas y el IMC, actividad física y consumo alimentario.

Palabras clave: obesidad, conducta alimentaria, actividad física, habilidades sociales, satisfacción vital.

ABSTRACT

Obesity is a problem that affects nearly one third of the global population. In Mexico, a third of teenagers (12-19 years old) and 70% of adults have the problem. Obesity is seen as a public health problem determined by an over food intake and low energy expenditure due to physical inactivity. Both behaviors are related to components of social competence. The present study aimed to analyze Body Mass Index, physical activity, eating behavior, social skills and satisfaction with life and describe their relationship. Participants were 94 students from Hermosillo city, Mexico, with an average age of 13 years. Instruments used were: Frequency Questionnaire Food Consumption, Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ), Social Interaction Skills Questionnaire, Satisfaction With Life Scale and Subjective Happiness Scale. The 20% of the sample were overweight and 16% obese, with a higher combined percentage in men (50%) than women (31.1%). Participants reported high consumption of sugary drinks; men reported greater food consumption and physical activity than women; social skills, life satisfaction and happiness showed correlation between them, but not correlated with BMI, physical activity and food consumption.

Key words: obesity, eating behavior, physical activity, social skills, satisfaction with life.

INDICE

AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN	vi
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	
Antecedentes	11
Planteamiento del problema	16
Justificación	17
Objetivos	18
Hipótesis	18
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
Obesidad	
Definición	19
Obesidad en la adolescencia	20
Comorbilidades	24
Teorías explicativas	26
Conductas relacionadas con la obesidad	
Conducta Alimentaria	28
Actividad Física	29
La socialización en la problemática de obesidad	30
Satisfacción con la vida	39
Conclusión	11
Capítulo III	
MÉTODO	
Diseño	12
Participantes	12
Instrumentos de evaluación	12
Procedimiento	15
Consideraciones de ética profesional	16

CAPÍTULO IV

RESULTADOS.....	47
Índice de Masa Corporal.....	48
Conducta alimentaria.....	19
Actividad física.....	23
Habilidades sociales.....	25
Satisfacción vital.....	26
Correlaciones.....	27

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

IMC, consumo alimentario, y actividad física.....	35
Obesidad y variables psicológicas.....	38
Limitaciones del estudio.....	40
Conclusión.....	40
Primer planteamiento.....	40
Segundo planteamiento.....	41
Tercer planteamiento.....	41
Recomendaciones para estudios posteriores.....	43

REFERENCIAS.....	44
-------------------------	-----------

Índice de Tablas

Tabla 1.	Grados de obesidad en adultos de acuerdo al IMC	20
Tabla 2.	Obesidad en jóvenes de 10 a 13 años.	22
Tabla 3.	Resumen de las escalas.	45
Tabla 4.	Estadísticos descriptivos variables demográficas.	47
Tabla 5.	IMC y grado de obesidad por género.	48
Tabla 6.	Consumo alimentario alto.	49
Tabla 7.	Consumo alimentario medio.	50
Tabla 8.	Consumo alimentario bajo.	51
Tabla 9.	Frecuencia de consumo por grupos de alimentos.	52
Tabla 10.	Frecuencia de consumo por grupos de alimentos.	53

Tabla 11.	Estadísticos descriptivos de actividad física.	54
Tabla 12.	Estadísticos descriptivos de actividad física por género.	54
Tabla 13.	Estadísticos descriptivos de habilidades sociales.	55
Tabla 14.	Estadísticos descriptivos de asertividad.	56
Tabla 15.	Estadísticos descriptivos de satisfacción vital y felicidad.	56
Tabla 16.	Consumo por grupos de alimentos de acuerdo al IMC.	58
Tabla 17.	Horas de actividad física semanal de acuerdo al IMC.	60
Tabla 18.	Índice de correlación de Pearson entre el IMC y las variables de estudio.	61
Tabla 19.	Grupo normopeso: correlaciones IMC y variables psicológicas.	62
Tabla 20.	Grupo sobrepeso/ obesidad: correlaciones IMC y variables psicológicas.	62
Tabla 21.	ANOVA por 4 grupos de IMC.	63
Tabla 22.	U de Mann Whitney. Normopeso y sobrepeso.	64

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

El estudio de la obesidad como problemática de salud pública ha cobrado gran relevancia desde distintas disciplinas por su etiología multifactorial, documentándose resultados poco satisfactorios para combatir la actual epidemia de obesidad desde una aproximación específica, como el caso de la medicina (Laguna, 2005).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la obesidad y el sobrepeso como una acumulación anormal o excesiva de grasa, que de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012), es el resultado de un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. La obesidad está relacionada con efectos negativos en el estado de salud, principalmente con enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades del aparato locomotor y algunos tipos de cáncer (OMS, 2011), aunque no siempre están relacionadas de forma causal, la obesidad representa un factor de riesgo (Soca & Niño, 2009). Como consecuencias psicológicas se ha encontrado que el grado de obesidad se relaciona con la pérdida de autoestima lo cual puede llevar a presentar un cuadro de depresión (Alvarado, Guzmán & González, 2005).

La obesidad se ha convertido en un problema de salud pública en la medida en que afecta a un gran porcentaje de personas en todo el mundo. En países desarrollados como Estados Unidos aproximadamente el treinta por ciento de los adultos padecen sobrepeso; Canadá y gran parte de Europa comparten una tendencia de aumento (Chapunoff, 2010). En países en vías de desarrollo como México el número de casos va en aumento de acuerdo a la edad, tanto en zonas rurales como urbanas y actualmente esta problemática afecta al 70% de la población adulta (Ensanut, 2012).

La diversidad de factores asociados a la obesidad ha llevado a que la investigación en torno al tema se desarrolle desde diferentes disciplinas que den cuenta del mantenimiento y agravamiento de dicho fenómeno. Se pueden identificar tres áreas principales de estudio: la estructura biológica del ser humano y el papel de la genética (Ogden, 2005); el cambio global en la configuración de la estructura socio-económica, asociado a los cambios observados en el estado nutricional de la población (Luque, 2008; García-Brenes, 2010) y; la conducta alimentaria y actividad física asociadas a la obesidad, como respuesta de los individuos y su adaptación a los nuevos escenarios.

Si bien existen diferentes ámbitos para el estudio de la obesidad, se ha documentado el papel de la conducta como la vía directa para corregir el desequilibrio energético (Ogden, 2005).

De acuerdo a Sánchez-Carracedo y Saldaña (1998) los sujetos con obesidad se diferencian de los sujetos de peso normal en el ritmo y velocidad de la ingesta, en la elección de los alimentos, y en el horario y la cantidad consumida. En 2002, una intervención con pacientes obesos confirmó la relación entre la pérdida de

peso y grasa subcutánea y los cambios en los hábitos de alimentación y actividad física; éste cambio de hábitos explicó en gran medida las pérdidas de peso, siendo mayor el efecto a largo plazo (Berrocal & cols., 2002).

El papel de la conducta se hace evidente en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad, sin embargo ésta se ve afectada a su vez por otros factores presentes en el contexto del individuo. Se ha encontrado que los hábitos alimentarios están relacionados con el tipo de compromisos y actividades realizadas en la vida cotidiana; Contreras (2008), enfocado en la sociedad española observó que la vida de los ciudadanos es irregular; se caracteriza por horarios variables y desplazamientos de todo tipo, con elecciones diversificadas en el consumo de alimentos y el lugar en el que se consumen; se identifican patrones de alimentación distintos de los días “de entre semana” a “los fines de semana”, asociado a las rutinas laborales, los cuales varían en comensales, horario de comida, estructura y contenido de la misma.

El consumo televisivo es otro de los factores que influye en la conducta alimentaria y actividad física. Barbancho y colaboradores (2005) sostienen que el abuso en el tiempo que se ve la televisión estimula el sedentarismo, el comer bocadillos y la inclusión en la dieta de los productos anunciados. Por su parte, Pérez, Rivera y Ortiz (2010) evaluaron la publicidad relacionada con alimentos en la programación de los canales gratuitos de la ciudad de México, encontrando que ésta fue mayor durante los programas infantiles y que los alimentos anunciados tuvieron mayor contenido de calorías, grasa y carbohidratos. Cuanto más tiempo invierten los niños en algún tipo de ocio sedentario, menos es el tiempo que dedican a la actividad física y a dormir (Amigo & cols. 2008). A lo anterior Froufe

(1998) ya había anticipado la necesidad de una mediación directa de los padres para la formación de percepción y valoración de los mensajes televisivos.

La capacidad de decisión del consumidor está mediada por normas de consumo y pistas perceptuales del entorno, que llevan a una conducta no razonada del comer (Luque, 2008). Las actuales formas de comer están condicionadas por limitaciones, como la disposición de tiempo, presupuesto, búsqueda de placer o sociabilidad, etc., y el entorno cotidiano de los consumidores facilita el acceso a productos tipo “snack” (alimentos utilizados para satisfacer el hambre temporalmente, con gran cantidad de conservadores y poco valor nutricional, p. ej., papas fritas, chocolates, etc.) lo cual perjudica el control de la ingesta calórica en su consumo (García-Brennes, 2010).

Hasta aquí cabe destacar la importancia del contexto social de la persona, en la adopción de conductas de alimentación saludable y actividad física, sin embargo, el que algunas personas tomen decisiones más favorecedoras para su peso y salud y otras no, se ha relacionado con características psicológicas tales como dependencia, escaso control de impulsos y falta de conciencia de la gravedad del estado de salud (Lorence, 2008). De acuerdo a Silva (2009), el escaso control de impulsos corresponde a una falta de regulación emocional que surge de la sensibilidad al estrés.

La identificación y el estudio de variables psicológicas asociadas a la conducta de riesgo para la obesidad, ha contribuido al desarrollo de terapias conductuales y cognitivo conductuales como parte del tratamiento para corregir el problema de obesidad. A través de un meta análisis de intervenciones psicológicas para la obesidad, Shaw y colaboradores (2008) encontraron que las personas en tratamiento nutricional y de ejercicio, se benefician de intervenciones conductuales

y cognitivo-conductuales, logrando mayor pérdida de peso. Las estrategias de éstas intervenciones comúnmente incluían componentes del control de estímulos, refuerzo, auto-monitorización, solución de problemas y establecimiento de objetivos (Shaw & cols. 2008).

Parte importante en el estudio de variables psicológicas asociadas a la obesidad, no sólo es la búsqueda de alternativas de tratamiento; sino el enfoque en alternativas para la prevención del problema. En 2007 Riggs, Kobayakawa y Pentz advirtieron la importancia de prestar atención a otros factores de riesgo y protección que son importantes predictores tanto de la obesidad como del desarrollo infantil, especialmente durante los años de la escuela primaria, estos factores son control de impulsos o regulación emocional, funciones cognitivas ejecutivas y competencia social. Los autores llevaron a cabo dos programas piloto para la prevención de la obesidad, enfocados en cambiar éstos factores; los resultados demuestran que en los esfuerzos de prevenir la obesidad temprana se deben incluir como un componente del currículo de los alumnos, habilidades de autorregulación y toma de decisiones. Se advierte que la falla en desarrollar competencia social, habilidades cognitivas relacionadas a la toma de decisión y regulación emocional, es de forma directa o indirecta un factor de riesgo para el desarrollo de obesidad infantil.

Las intervenciones psicológicas para la obesidad consideran las variables de regulación emocional y toma de decisión (Shaw & cols., 2008), sin embargo la variable competencia social no se incluye en las intervenciones, y actualmente los programas de prevención de la obesidad que la consideran son escasos, aunque se ha señalado como una variable protectora (Riggs, Kobayakawa & Pentz, 2007).

La evidencia en la literatura permite señalar una relación entre las conductas asociadas a la obesidad y la socialización. Se ha encontrado que ciertas clases de competencia socio-personal funcionan como factores promotores de conductas protectoras de la obesidad (Riggs, Kobayakawa & Pentz, 2007). La OMS señala el papel del ejercicio como una necesidad ya que puede contribuir al desarrollo social de los jóvenes, dándoles la oportunidad de expresarse y fomentando la autoconfianza, la interacción social y la integración; por otra parte el acto de comer implica una función social importante ya que identifica al individuo y su pertenencia a una comunidad (Muchik, 2006).

Planteamiento del problema

La conducta alimentaria es aprendida y adquirida en el contexto social, el cual es variante culturalmente y se modifica con el paso del tiempo: sin embargo, los cambios acelerados en el sistema económico y tecnológico, ha generado cambios en las prácticas sociales y estilos de vida (Luque, 2008). Para lograr un ajuste a estos cambios, es necesario que la persona sea capaz de responder a las demandas del contexto, lo cual le garantice resultados favorables. Actualmente dentro de la investigación de la dimensión psicológica de la obesidad existe escasa literatura que proporcione información acerca de en qué medida la capacidad de ajuste social se relaciona con el grado de obesidad y con las conductas de riesgo a la obesidad (alimentación y actividad física). Por lo anterior es importante el estudio de la capacidad social y habilidades sociales dentro del análisis de los factores que promuevan la adopción de conductas saludables. Una persona socialmente hábil no sólo podrá controlar su respuesta ante las situaciones del medio ambiente, también estará satisfecho con sí mismo: de acuerdo a

Veenhoven (2007) un alto grado de satisfacción con la vida está acompañado de asertividad social y atributos de empatía, además la variación individual en satisfacción con la vida se reducen a una diferencia en la capacidad de controlar el entorno de uno (Veenhoven, 2007).

Justificación

La investigación en torno a la obesidad requiere del análisis de factores que puedan aportar a una perspectiva integral para la explicación de su desarrollo y mantenimiento. A la luz de información que permite señalar que la interacción social podría estar relacionada con las conductas de riesgo a la obesidad, se hace necesario realizar un acercamiento al estudio de la relación entre estos dos factores que arroje información que permita destacar o descartar importancia a este tema.

Por su parte el incremento en la prevalencia e incidencia de obesidad en la edad adulta hace necesario estudiar elementos que ayuden a la prevención de la problemática o de su agravamiento. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012), en México existe una tendencia de aumento de casos con sobrepeso y obesidad, presentándose en el 34.4% de la población escolar infantil (5 a 11 años de edad), en el 35% de los adolescentes (12 a 19 años de edad), llegando a prevalecer en un 70% de la población adulta. La evolución madurativa de la adolescencia puede afectar de manera positiva o negativa los comportamientos, preferencias y hábitos alimentarios (Salas & cols., 2008) lo cual hace de esta etapa un período de suma importancia para la prevención de la obesidad en la edad adulta.

Objetivos

El objetivo del presente trabajo consistió en evaluar y analizar las variables consumo alimentario y actividad física (variables asociadas a la obesidad), grado de obesidad, habilidades sociales, satisfacción vital y felicidad en la población de muestra. Para alcanzar este objetivo se establecieron los siguientes objetivos específicos:

1. Evaluar el índice de masa corporal en la muestra.
2. Evaluar la conducta alimentaria.
3. Evaluar el nivel de actividad física.
4. Evaluar las habilidades sociales.
5. Evaluar satisfacción con la vida.
6. Evaluar felicidad.
7. Analizar las variables anteriores para determinar si existe una relación y cómo se presenta.

Hipótesis

A partir de la literatura analizada y de los objetivos planteados se establece como hipótesis de investigación la siguiente:

“El grado de obesidad se relaciona con la conducta alimentaria y la actividad física; la satisfacción vital y la felicidad se relacionan con las habilidades sociales y éstas últimas podrían estar relacionadas con el grado de obesidad”.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Obesidad

Definición

La investigación ha puesto de manifiesto que el desequilibrio entre la ingesta calórica y el gasto energético es la principal causa de aparición de la obesidad en los seres humanos (Bastos, González, Molinero & Salguero, 2005). Por lo tanto los organismos oficiales coinciden en definir la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa, que es el resultado de un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético (OMS, 2011; ENSANUT, 2006).

Dentro de las formas de medición de la obesidad ha sido mayormente utilizado el índice de masa corporal (IMC) tanto en la práctica clínica como en la investigación, por representar una forma práctica al realizar el cálculo. Sin embargo existen otras medidas que pueden ser complementarias tales como el contorno de la cintura y el porcentaje de grasa corporal: tomando como parámetro el contorno de la cintura, se considera un estado de obesidad en mujeres con más de 88 centímetros de circunferencia y en hombres con más de 102 centímetros (Ogden, 2005).

El IMC es utilizado por la Organización Mundial de la Salud y la Secretaría de Salud. Este índice es resultado de la operación: peso en kilogramos sobre el cuadrado de la altura en metros. El número resultante permite clasificar el estado nutricional de la persona de la siguiente manera (tabla 1):

Tabla 1. Grados de obesidad en adultos de acuerdo al IMC.

IMC	Etiqueta
≤ 18.5	Bajo peso
18.5 - 24.9	Normopeso
25 - 29.9	Sobrepeso
30 - 34.9	Obesidad grado I
35 - 39.9	Obesidad grado II
≥ 40	Obesidad grado III (mórbida)

Si el IMC se encuentra en el rango 30-39,9 entonces se habla de obesidad clínica; si el rango se encuentra mayor a 40 se habla de obesidad grave o severa.

Obesidad en la adolescencia

La adolescencia es un período de cambio de la niñez a la adultez, el cual se caracteriza por cambios bruscos y secuenciales que permiten la maduración física, al tiempo que la psicológica y social. Según Salas-Salvadó y colaboradores (2008) la adolescencia temprana es el período comprendido entre los 10 y 13 años en el cual comienza el desarrollo acelerado del cuerpo.

Durante la adolescencia la persona experimenta cambios en su forma de pensar: se desarrolla el pensamiento lógico y la visión a futuro, así mismo se presentan situaciones contradictorias, pues se busca la independencia y diferenciación de la familia al mismo tiempo que se depende de ella (Redondo,

Galdó & García, 2008); comienza a ganar importancia el grupo de amigos y se busca la identificación con el grupo. En esta etapa (a diferencia del grupo de adultos) la persona identifica la obesidad como un problema estético más que como un problema de salud, destacándolo como una apariencia “desagradable” (Nuñez, 2007).

Durante la evolución de la adolescencia los cambios psicológicos tienden a afectar los patrones dietéticos y de actividad física, que ya en esta etapa comienzan a ser controlados por el propio adolescente y la familia va perdiendo influencia, lo que hace de este un período especialmente vulnerable (Salas-Salvadó & cols., 2008).

A diferencia de los adultos (mayores de 18 años) para clasificar el IMC en adolescentes y niños se toma como referencia el crecimiento en peso y talla según el rango de edad y se estima con base en curvas normalizadas para una población, pues no existe una referencia global para clasificar el sobrepeso y obesidad en la población infantil y adolescente (Palomo, 2011).

No obstante, México no cuenta con datos de referencia en medidas antropométricas, por lo cual se utilizan los patrones de referencia recomendados por la OMS para evaluar poblaciones (Haua, 2009): para medir el estado nutricional con el IMC en niños y adolescentes mexicanos, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006) tomó como referencia el patrón de crecimiento de escolares y adolescentes de la OMS, elaborado a partir de una población de niños sanos de Estados Unidos (Ensanut, 2006). Estos datos se presentan en tablas en donde se clasifica el IMC en percentiles de acuerdo a la edad y al sexo de la persona, identificándose sobrepeso a partir del percentil 90 hasta el percentil 97 y obesidad a partir del percentil 97.

Para ilustrar lo anterior en la siguiente tabla se muestra un extracto de información de la tabla de percentiles de la OMS, considerando solamente el grado de obesidad (a partir del percentil 97) en niños y niñas de 10 a 13 años:

Tabla 2. Obesidad en jóvenes de 10 a 13 años (The WHO Reference, 2007).

	10 años	11 años	12 años	13 años
	IMC	IMC	IMC	IMC
Niñas	≥ 22	≥ 23.2	≥ 24.4	≥ 25.5
Niños	≥ 21	≥ 22	≥ 23	≥ 24

Epidemiología

Actualmente los índices de obesidad van en aumento tanto en países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo. La Organización Mundial de la Salud (2010) indica que a nivel global para el año 2010 existían 43 millones de menores de 5 años con sobrepeso, y de seguir esta tendencia de aumento calcula que en 2015 habrá aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso, lo que equivale aproximadamente a un tercio de la población global y más de 700 millones con obesidad.

En Europa, antes del año 2002, la prevalencia de obesidad era de 12% en el Reino Unido; 11% en España; 7% en Italia, Francia y Suecia (Varó, Martínez & Martínez, 2002). Por su parte en América Latina, de acuerdo a Braguinsky (2002), la prevalencia de obesidad antes del año 2002 fue la siguiente: en Brasil 32.8% con sobrepeso y obesidad; en México 38% con sobrepeso y 20.9% con obesidad; en Ecuador 40% con sobrepeso y 10% con obesidad; en Argentina entre 24% y 27% con sobrepeso y 32% y 40% con obesidad; en Paraguay, entre 36% y 42% con sobrepeso y entre 22% y 35% con obesidad; en Lima, Perú, aproximadamente 32% - 34% con sobrepeso y 7% - 18% con obesidad.

En los Estados Unidos de América, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (National Health and Nutrition Examination Survey), entre los años 2009 y 2010, el 35.7% de los adultos presentó obesidad, así como el 16.9% de los niños y adolescentes. Estas cifras, en el caso del género masculino, son mayores en comparación a las reportadas en los años 1999-2000; también cabe señalar que a partir de los sesenta años se presentó una tendencia de aumento en la prevalencia de obesidad.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006; ENSANUT 2012) para el año 2006 en escolares mexicanos de 5 a 11 años de edad, la prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad fue de 26% en ambos sexos; para el año 2012 esta cifra fue de 34.4% (19.8% para sobrepeso y 14.6% para obesidad). En adolescentes (12 a 19 años de edad) en 2006 el sobrepeso y obesidad se expresó en uno de cada tres hombres o mujeres; en 2012 el 35% presentó sobrepeso u obesidad. En adultos (mayores de 20 años de edad) la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 71.9% en las mujeres y 66.7% en los hombres; en el año 2012 el 69% de las mujeres y el 73% de los hombres presentó sobrepeso u obesidad. De 2006 a 2012, la prevalencia agregada de sobrepeso y obesidad en adultos ha mostrado una reducción en la velocidad de aumento que era cercana al 2% anual para ubicarse en un nivel inferior al 0.35% anual.

Como se observa en los datos de la ENSANUT, en México existe una tendencia de aumento en el número de personas con sobrepeso y obesidad acuerdo al grupo de edad.

Comorbilidades

La obesidad está asociada con problemas de salud a nivel físico y psicológico. Dentro de las consecuencias físicas de la obesidad se ha encontrado que ésta se asocia con el aumento de colesterol negativo y con la resistencia a la insulina o Diabetes Mellitus tipo 2 (Soca & Niño, 2009; Moreno, Monereo & Álvarez, 2004).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2012), un IMC elevado es un factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, principalmente enfermedades cardiovasculares, Diabetes Mellitus tipo 2, trastornos de aparato locomotor y ciertos tipos de cáncer. A continuación se revisa brevemente la relación entre la obesidad y cada una las enfermedades citadas anteriormente.

Enfermedades cardiovasculares. Se asocian a la obesidad principalmente la cardiopatía y el accidente vascular cerebral, que en 2008 fueron la causa principal de defunción (OMS, 2012). Otro padecimiento que representa un riesgo para las enfermedades citadas anteriormente es la hipertensión arterial (HTA), que a su vez se presenta con mayor frecuencia si la persona tiene obesidad (Soca & Niño, 2009): de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud, en México en el año 2000, el 24.4% de la población presentó obesidad y de este porcentaje el 46.8% registró HTA (Velásquez & cols., 2002).

Diabetes Mellitus tipo II (DM2). La DM2 también se le conoce como síndrome de resistencia a la insulina, éste se puede explicar como la resistencia del cuerpo a las acciones de la insulina, lo que conlleva a una sobreproducción de ésta hormona en el páncreas (Gil, Martínez & Maldonado, 2010). Se ha demostrado que la obesidad y la DM2 tienen una relación significativa: Perea y

colaboradores (2009) evaluaron a una muestra de niños y adolescentes con obesidad, que asistieron al Instituto Nacional de Pediatría, encontrando en 82.2% de ellos, resistencia a la insulina y 39.4% con síndrome metabólico.

Trastornos del aparato locomotor. La obesidad puede afectar el funcionamiento del aparato locomotor pues se asocia especialmente a la osteoartritis, una condición crónica caracterizada por el desgaste del cartílago de las articulaciones. Al igual que con la DM2, Perea y colaboradores (2009) encontraron que el sistema músculo esquelético estuvo afectado en 23.8% de los pacientes con obesidad.

Ciertos tipos de cáncer. Vainio y Bianchini (2002) después de una revisión de diversos estudios sobre índice de masa corporal y cáncer, llegaron a la discusión de que altos niveles de grasa corporal (señalados por un IMC alto) se asocian con un mayor riesgo de presentar cáncer de colon; con un aumento del riesgo de presentar cáncer de mama entre mujeres en postmenopausia; así como un aumento de dos a tres veces el riesgo de presentar cáncer de endometrio en mujeres con sobrepeso.

A nivel psicosocial la obesidad se ha asociado con problemas de angustia, depresión y baja autoestima (Bastos & cols., 2005). La autoestima ha sido trabajada en la parte psicológica del tratamiento a la obesidad pues las personas que logran aumentar su autoestima también han logrado ajustarse mayormente al tratamiento (Alvarado, Guzmán & González, 2005).

Teorías explicativas

En torno a la problemática de obesidad se pueden identificar diferentes áreas de estudio que realizan un acercamiento a la explicación de ésta. Podrían destacarse, por una parte, el estudio de la estructura biológica del ser humano y el papel de la genética (Ogden, 2005); también se ha estudiado el cambio global en la configuración de la estructura socio-económica, asociado a los cambios observados en el estado nutricional de la población (Luque, 2008; García-Brenes, 2010) y por último; la conducta alimentaria y actividad física como respuesta de los individuos y su adaptación a los nuevos escenarios.

Dentro del ámbito de la genética en el surgimiento y mantenimiento de la obesidad se pueden identificar tres componentes que contribuyen al control del peso corporal y que se afectan entre sí, éstos son: el apetito, el metabolismo de los nutrientes y los depósitos grasos corporales (Martínez & cols., 2002). El apetito es afectado por señales mediadas por la distensión o liberación de hormonas, las que modulan la ingesta a través de mecanismos específicos; el metabolismo implica la regulación específica de la utilización del aporte de nutrientes a través de procesos nerviosos, endócrinos y enzimáticos; y los depósitos de grasa podrían afectar a la utilización de nutrientes y la selección de macronutrientes (Martínez & cols., 2002).

Por su parte una postura más reciente, planteada por Canizales (2008), pone énfasis en el papel del apetito como regulador del peso corporal, señalando que ciertos casos de obesidad severa con inicio en edad temprana, son causados por defectos genéticos involucrados en este proceso previamente señalado. Estos casos, sin embargo, corresponden a una minoría de los que presentan

obesidad, por lo cual los defectos genéticos mencionados, no destacan como influencia en el balance energético de la obesidad común, llamada también obesidad poligénica (de herencia multifactorial). Siguiendo al autor, por otra parte se ha estudiado la influencia de los siguientes genes en relación a la obesidad común: glutamato descarboxilasa 1 (GAD2), asociado a la obesidad a través de la regulación del hipotálamo con la ingesta de alimentos; el miembro 14 de la familia 6 de transportadores de solutos (SLC6A14), que es un precursor de la serotonina, un neurotransmisor para la señal de saciedad; y el gen inducido por insulina 2 (INSIG2), que se ha identificado como un regulador del metabolismo de esteroides, incluyendo el colesterol (Canizales, 2008).

Si bien se ha mostrado la influencia de algunos genes en la susceptibilidad del organismo a desarrollar obesidad, se ha cuestionado si la influencia de la genética puede realmente explicar el número creciente de casos que dan lugar a la epidemia de obesidad. De acuerdo a Luque (2008), las causas de la epidemia de obesidad deben buscarse en el entorno de la población, donde prevalece un conjunto de elementos que hacen más probable el desarrollo de la obesidad.

De acuerdo con el autor, la desigualdad social y las políticas públicas estructuran un entorno para que los sectores sociales desfavorecidos tengan poco acceso a opciones saludables de alimentación y actividad física; así como un entorno con libre acceso de productos hiper calóricos al que se expone la población general.

Por una parte los genes pueden influenciar tanto la ganancia de peso corporal como el gasto energético, sin embargo, de acuerdo a Martínez y colaboradores (2002) no se debe atribuir el problema de sobrepeso y obesidad

completamente a su influencia. La predisposición genética y la alta disponibilidad de energía en las dietas híper-grasas que se escogen, así como el acceso a realizar actividad física / sedentaria, entonces, interactúan (Martínez & cols.; Luque, 2008). Lo anterior da punto de partida para analizar la conducta como un mediador entre la predisposición biológica y influencia del entorno.

Conductas relacionadas con la obesidad

Conducta alimentaria

Los hábitos alimentarios, junto con la actividad física tienen una importante influencia en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad. En adolescentes se han descrito hábitos alimenticios en los que se omite el desayuno, lo cual es considerado un factor de riesgo para la obesidad (Zapata, González & Moral, 2011) se comen pocas frutas y vegetales y mayor consumo de carbohidratos (Macedo-Ojeda & cols., 2008) y se ha encontrado en población más joven que se realiza otra actividad mientras se come, generalmente ver televisión (Nuñez, 2007), lo cual se ha identificado como factor de riesgo para una alimentación saludable (Barbancho & cols., 2005; Pérez-Salgado, & cols., 2010).

La conducta alimentaria es definida por Osorio, Weisstaub y Castillo (2002) como “el comportamiento normal relacionado con: los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos”. Por su parte, una alimentación sana es aquella que aporta los nutrientes y la cantidad de energía que cada persona necesita, y se recomienda consumir de forma equilibrada alimentos de cada grupo: gran

cantidad de frutas y verduras, alimentos que contengan mucha fibra y cantidades moderadas de carne y productos lácteos (Ogden, 2005).

Los cambios propios de la adolescencia hacen de esta etapa un período vulnerable para la nutrición del adolescente, pues existe una gran demanda de nutrientes y calorías por el rápido crecimiento y desarrollo en un período relativamente corto de tiempo (Redondo & cols., 2008). Por lo anterior se puede producir una alteración perjudicial en la alimentación del adolescente si no se presenta una buena adaptación entre sus necesidades y su ingesta (Gómez & Marcos, 2006).

Actividad física

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la actividad física corresponde a cualquier movimiento producido por el músculo esquelético que resulta en un incremento del gasto energético. La OMS señala que el ejercicio físico es una variedad de actividad física, que es planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física.

Con fines de medición se tomará como criterio de actividad física saludable el tiempo que recomienda la OMS para prevenir enfermedades no transmisibles y mejorar las funciones cardiorrespiratorias; en el caso de niños y jóvenes de 5 a 17 años se recomienda que realicen como mínimo 60 minutos diarios en actividades físicas de intensidad moderada a vigorosa.

La socialización en la problemática de obesidad

Se han identificado estilos en la forma de interactuar de las personas obesas, caracterizados principalmente por la impulsividad y dependencia, y por otra parte se han identificado características que influyen en la ingesta de alimentos ricos en grasas y azúcares, siendo los problemas en las relaciones sociales una de ellas. Otros autores han considerado el aislamiento social como parte de los problemas psicosociales que se pueden presentar en conjunto con la obesidad (Redondo, Galdó & García, 2008). Por otro lado la baja impulsividad y la sociabilidad se relacionan con mayor control y monitorización de la dieta y el peso corporal (Rodríguez, Aranceta & Serra, 2008).

Como se ha abordado anteriormente, también se ha encontrado que en los esfuerzos de prevención de la obesidad se deben incluir habilidades de autorregulación y toma de decisiones: la falla en desarrollar las anteriores, así como habilidades cognitivas relacionadas a la toma de decisión y competencia social, es de forma directa o indirecta un factor de riesgo para el desarrollo de obesidad infantil (Riggs, Kobayakawa & Pentz, 2007)

Competencia social

Tejada (2007) subraya el papel del desarrollo actual de la sociedad y las exigencias de nuevas formas de actuación personal, grupal, colectiva, organizacional y social, como la nueva característica que implica el desarrollo de competencias y estrategias de adaptaciones y readaptaciones constantes a las condiciones cambiantes del medio. A partir de lo anterior define una competencia como el producto de la interacción entre la reflexión y la acción, entendiéndose por reflexión la posibilidad de análisis, conceptualización, sistematización,

procesamiento, teorización, inferencia, entre otras, y la acción como la posibilidad de desempeño, de hacer, de actuar, de ejecutar.

De acuerdo a Bisquerra y Pérez (2007) las competencias de desarrollo socio-personal incluyen competencias de índole personal e interpersonal, de ellas se destacan:

Motivación	Asertividad
Autonomía	Espíritu de equipo
Empatía	Paciencia
Autoconfianza	Responsabilidad
Control del estrés	Altruismo
Capacidad de prevención y solución de conflictos	Autocrítica
Autocontrol	Capacidad de toma de decisiones

Estos autores clasifican las competencias socio-personales en competencias sociales y competencias personales, y las enmarcan dentro del dominio de la inteligencia emocional. Así mismo agrupan las competencias emocionales en: conciencia emocional, regulación emocional, autonomía personal, inteligencia interpersonal y habilidades de vida y bienestar (también llamadas competencias sociales). Dentro de este marco de referencia se define la competencia social como la capacidad para mantener buenas relaciones con otras personas; ello implica dominar las habilidades sociales, capacidad para la comunicación efectiva, respeto, actitudes pro-sociales, asertividad, etc.

A continuación se describe cada subconjunto de la competencia social a partir de Bisquerra y Pérez (2007).

Dominar las habilidades sociales básicas:	Escuchar, saludar, despedirse, dar las gracias, pedir un favor, manifestar agradecimiento, pedir disculpas, mantener una actitud dialogante, etc.
Respeto por los demás:	Intención de aceptar y apreciar las diferencias individuales y grupales y valorar los derechos de todas las personas.
Practicar la comunicación receptiva:	Capacidad para atender a los demás tanto en la comunicación verbal como no verbal para recibir los mensajes con precisión.
Practicar la comunicación expresiva:	Capacidad para iniciar y mantener conversaciones, expresar los propios pensamientos y sentimientos con claridad, tanto en comunicación verbal como no verbal, y demostrar a los demás que han sido bien comprendidos.
Compartir emociones:	Conciencia de que la estructura y naturaleza de las relaciones vienen en parte definidas tanto por el grado de inmediatez emocional o sinceridad expresiva como por el grado de reciprocidad o simetría en la relación.
Comportamiento pro-social y cooperación:	Capacidad para aguardar turno; compartir en situaciones diádicas y de grupo; mantener actitudes de amabilidad y respeto a los demás.
Asertividad:	Mantener un comportamiento equilibrado, entre la agresividad y la pasividad. Esto implica la capacidad para defender y expresar los propios derechos, opiniones y sentimientos; decir “no” claramente y mantenerlo; hacer frente a la presión de grupo y evitar

situaciones en las cuales uno puede verse coaccionado; demorar actuar o tomar decisiones en estas circunstancias de presión hasta sentirse adecuadamente preparado, etc.

Prevención y solución de conflictos:

Capacidad para identificar, anticiparse o afrontar resolutivamente conflictos sociales y problemas interpersonales. Implica la capacidad para identificar situaciones que requieren una solución o decisión preventiva y evaluar riesgos, barreras y recursos. Cuando inevitablemente se producen los conflictos, afrontarlos de forma positiva, aportando soluciones informadas y constructivas. La capacidad de negociación es un aspecto importante, que contempla una resolución pacífica, considerando la perspectiva y los sentimientos de los demás.

Capacidad de gestionar situaciones emocionales:

Habilidad para reconducir situaciones emocionales muy presentes en los demás que requieren una regulación. Podemos asimilarlo a la capacidad para inducir o regular las emociones en los demás.

Como se observa en la información presentada anteriormente, la competencia emocional y la competencia social se presentan juntas. Semrud-Clikeman (2007) enfatiza que la experiencia social está íntimamente relacionada con la emocional y señala que las competencias sociales aluden a la capacidad de responder de forma flexible y apropiada a los retos sociales que se le presentan al individuo, como “una capacidad de tomar la perspectiva de otro sobre una situación, de aprender de experiencia anterior y aplicar ese aprendizaje al campo social en constante cambio”.

De acuerdo a Semrud-Clikeman los siguientes elementos forman parte de la competencia social:

1. Lenguaje y facilidad de tener una conversación.
2. Capacidad de enviar y recibir mensajes emocionales (entender el estado emocional de otra persona en contexto requiere, codificar señales no verbales y gestos).
3. Reconocer expresiones faciales.
4. Funciones ejecutivas: aprender, tomar la perspectiva de otro, manejar la propia conducta, trabajo en equipo. Estas permiten al niño evaluar su conducta, evaluar su pertinencia y hacer cambios si lo requiere.
5. Toma de perspectiva. Es esencial para una relación social más madura; requiere que el niño entienda creencias y deseos de otro.

Los elementos de la competencia social, ya mencionado anteriormente, son indicadores del adecuado desarrollo del niño y el adolescente y pueden obstaculizar de forma directa o indirecta la adopción de las conductas saludables y así contribuir como parte del conjunto de factores que detonan el desarrollo de la obesidad (Riggs, Kobayakawa & Pentz, 2007).

Con el objetivo de medir operacionalmente la conducta social, que es el interés del presente trabajo, se tomará el término “habilidad social” que forma parte de la competencia social.

Habilidades sociales

El término en plural de “habilidades sociales” alude a un conjunto de capacidades de actuación social. Caballo (2007) señala que las habilidades sociales deben definirse en términos de su efectividad para lograr el objetivo

propuesto; lograr este objetivo puede ser obtener el resultado esperado en la respuesta, mejorar o mantener la relación con otra persona o en el respeto con uno mismo. La probabilidad de ocurrencia de cualquier habilidad ante cualquier situación está determinada por factores ambientales, variables de la persona y la interacción entre ambos, por lo cual estos tres aspectos deben ser parte de la definición de las habilidades sociales (Caballo, 2007).

El mismo autor señala que dentro del estudio de las habilidades sociales se engloban la dimensión conductual (habilidad), la dimensión cognitiva y la dimensión situacional o contexto ambiental. A partir de lo anterior las habilidades sociales se entienden como una forma de actuar eficaz en respuesta a un objetivo en un contexto específico que lo requiere.

Dentro de la dimensión conductual, Caballo (2007) considera 12 conductas básicas a realizar dentro del conjunto de habilidades sociales, éstas son:

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Hacer cumplidos. | 9. Expresión justificada de |
| 2. Aceptar cumplidos. | molestia, desagrado o |
| 3. Hacer peticiones. | enfado. |
| 4. Expresar amor, agrado, afecto. | 10. Petición de cambio de |
| 5. Iniciar y mantener conversaciones. | conducta del otro. |
| 6. Defender los propios derechos. | 11. Disculparse o admitir |
| 7. Rechazar peticiones | ignorancia. |
| 8. Expresar opiniones personales | 12. Afrontar las críticas. |
| (incluido el desacuerdo) | |

A su vez estas conductas o habilidades sociales, se dividen en otros elementos que las conforman:

1. Componentes verbales: el habla y la conversación. La conversación implica una integración compleja de señales verbales y no verbales.

2. Componentes no verbales (posición corporal, expresión facial, gestos, etc.).

3. Componentes paralingüísticos (tono de voz, claridad, fluidez, latencia de respuesta, etc.).

Dentro de la dimensión cognitiva se encuentran percepciones y evaluaciones que el sujeto hace del entorno. Caballo (2007) engloba dentro de esta dimensión los siguientes elementos:

1. Competencias cognitivas, incluye: conocimiento de la conducta habilidosa propia, conocimiento de las costumbres sociales, conocimiento de las diferentes señales de respuesta, ponerse en el lugar de otra persona, capacidad de solución de problemas.

2. Estrategias de codificación y constructos personales, incluye: percepción social o interpersonal adecuada, habilidades de procesamiento de la información, constructos personales, esquemas cognitivos.

3. Expectativas (predicciones del individuo de las consecuencias de la conducta).

Para Van-der Hofstadt y Gómez (2006) la asertividad es un elemento primordial dentro de las habilidades sociales, y entienden este término como la expresión directa de los sentimientos u opiniones sin ser coercitivo, por lo cual entienden la asertividad como un estilo de comunicación. Para Peñafiel y Serrano (2010) la asertividad apunta a un gran conjunto de comportamientos

interpersonales que se refieren a la capacidad social de expresar lo que se piensa, lo que se siente y lo que se cree de manera adecuada al medio y sin ansiedad.

Para poder realizar una conducta asertiva es necesario utilizar estrategias comunicacionales, a lo que Caballo (2007) se refiere como elementos verbales de las habilidades sociales, estas estrategias ayudarían a lograr el equilibrio entre los estilos de comunicación pasivo y el agresivo, tal como lo señalan Bisquerra y Pérez (2007), asertividad es mantener un comportamiento equilibrado, entre la agresividad y la pasividad. Para ilustrar lo anterior cabe señalar las características de cada estilo y el equilibrio que implica la conducta asertiva (Van-der Hofstadt & Gómez, 2006):

<i>Conducta pasiva</i>	<i>Conducta asertiva</i>	<i>Conducta agresiva</i>
Se caracteriza por la sumisión, retraimiento y adaptación a intereses ajenos sin tener en cuenta los propios.	Expresión de intereses sin ser coercitivo y sin que provoque ansiedad.	No respetan intereses de los demás y pueden mostrar conductas como ofensa y provocación.

En su manual, Caballo (2007) señala los componentes verbales de las conductas asertivas, éstos son decir “no” o tomar una posición, pedir favores o defender los propios derechos y la expresión de sentimientos.

En un programa de intervención en habilidades sociales de Camacho y Camacho (2005) los autores utilizan la siguiente lista de “derechos asertivos” como una guía para promover la conducta asertiva:

1. Algunas veces, tienes derecho a ser el primero.
2. Tú tienes derecho a cometer errores.

3. Tú tienes derecho a ser el juez último de tus sentimientos y aceptarlos como válidos.
4. Tú tienes derecho a tener tus propias opiniones y convencimientos.
5. Tú tienes derecho a cambiar de idea o de línea de acción.
6. Tú tienes derecho a la crítica y a protestar por un trato injusto.
7. Tú tienes derecho a interrumpir para pedir una aclaración.
8. Tú tienes perfecto derecho a intentar un cambio.
9. Tú tienes derecho a pedir ayuda o apoyo emocional.
10. Tú tienes derecho a sentir y expresar el dolor.
11. Tú tienes derecho a ignorar los consejos de los demás.
12. Tú tienes derecho a recibir el reconocimiento formal por un trabajo bien hecho.
13. Tú tienes derecho a decir “no”.
14. Tú tienes derecho a estar solo aún cuando los demás deseen tu compañía.
15. Tú tienes derecho a no justificarte ante los demás.
16. Tú tienes derecho a no responsabilizarte de los problemas de los demás.
17. Tú tienes derecho a no anticiparte a las necesidades y los deseos de los demás.
18. Tú tienes derecho a no estar pendiente de la buena voluntad de los demás.
19. Tú tienes derecho a responder o a no hacerlo.

Camacho y Camacho (2005) señalan que es de suma importancia identificar un déficit de habilidades sociales en etapas como la adolescencia, pues

además de ser una etapa de cambios físicos y psicológicos también es un periodo en el que cobra gran relevancia el ámbito de las relaciones y el intercambio social y es una etapa de búsqueda de identificación con el grupo de pares por parte del adolescente.

Satisfacción con la vida

La satisfacción con la vida es una apreciación valorativa de algo, lo cual se refiere tanto a un contexto, como a un “disfrute”; es el grado en que una persona evalúa la calidad global de su vida en conjunto de forma positiva (Veenhoven, 1994).

Sentimiento de bienestar en relación consigo mismo en la propia vida, diferenciándose de la aprobación-desaprobación o el grado de satisfacción con las condiciones objetivas de vida; es básicamente una estimación subjetiva. (Undurraga & Avendaño, 1998; en Trazona, 2005).

Trazona (2005) define la satisfacción con la vida como el sentimiento de bienestar en relación consigo mismo en la propia vida, diferenciándose del grado de satisfacción con las condiciones objetivas de vida; lo que hace a la satisfacción con la vida, una estimación subjetiva. Las personas que evidencian una alta satisfacción con la vida poseerían una adecuada salud mental, ausente de estrés, depresión, afectos negativos o ansiedad (Atienza, Pons, Balaguer & García-Merita, 2000; en Trazona, 2005).

La satisfacción con la vida está relacionada con las habilidades personales; de acuerdo a Veenhoven (2007), un alto grado de satisfacción con la vida está generalmente acompañado de asertividad social y buenos atributos de empatía.

También añade que los hallazgos sobre la variación individual en satisfacción con la vida se reducen a una diferencia en la capacidad de controlar el entorno de uno (Veenhoven, 2007).

La satisfacción con la vida, siendo una estimación objetiva, probablemente no estará relacionada con medidas de estimación objetivas como condiciones físicas de vida o condiciones físicas personales, en cambio cabría esperar que se relacionara con estimaciones subjetivas, como la interiorización de un ideal estético (Guzmán & Lugli, 2009); en este trabajo se propone medir la variable satisfacción con la vida en relación con las habilidades sociales, en donde, a partir de la literatura revisada, cabría esperar una relación (Veenhoven, 1994). La variable de habilidades sociales a su vez será analizada en relación a la conducta de riesgo asociada a la obesidad (consume alimentario y actividad física).

Otras variables también se han relacionado con satisfacción con la vida; Trazona (2005) identificó que el género en primer lugar y el grado de pobreza se relacionan con el nivel de autoestima y con satisfacción con la vida en adolescentes, siendo el género masculino de colegio privado el que reportó un grado más alto de satisfacción, y el género femenino de colegio público, el que reportó menor satisfacción con la vida.

En resumen, la variable satisfacción con la vida podría estar relacionada con las habilidades sociales y con el género, y en teoría, probablemente no estaría relacionada con el grado de obesidad.

Conclusión

A manera de conclusión del presente apartado podemos decir que tanto la alimentación y la actividad física se destacan como conductas relacionadas a la obesidad, y a partir de la literatura revisada cabría esperar una relación entre estas conductas y la socialización, pues bien ésta última está relacionada con el desarrollo exitoso de la persona e indirectamente con las conductas saludables que previenen la obesidad.

El aumento en la prevalencia de obesidad en edad adulta, hacen de la adolescencia un período para su prevención: los cambios propios de la adolescencia hacen de ésta un período vulnerable pues se ven alterados hábitos alimentarios y de actividad física. En cuanto a la socialización ganan importancia el grupo de iguales y se busca la identificación con el grupo.

Capítulo III

MÉTODO

Diseño

El diseño del presente estudio fue no experimental, transversal y de alcance correlacional.

Participantes

La muestra se conformó de 94 escolares de una escuela secundaria pública, de la ciudad de Hermosillo, Sonora: 36 del género masculino y 57 del género femenino. En cuanto al grado escolar, 33 participantes fueron de primer grado, 40 de segundo y 21 de tercer grado de secundaria. La media de edad fue 13 años y la calificación escolar promedio fue 8.56. Sólo ocho participantes de la muestra reportó estar laborando.

Instrumentos de evaluación

Obesidad

Para determinar el grado de obesidad se tomó como referencia el Índice de Masa Corporal (IMC). Para calcular el IMC de cada participante se utilizó: una báscula mecánica para medir el peso en kilogramos; cinta de medir para la estatura; y las tablas estandarizadas de la OMS para calcular el grado de obesidad con el IMC niños y adolescentes (De Onís & cols., 2007).

Conducta alimentaria

La conducta alimentaria se midió con el Cuestionario de Frecuencia de Consumo Alimentario (Trinidad & cols., 2008). Este cuestionario permite valorar en general el consumo de grupos de alimentos, energía y macronutrientes con adecuada reproducibilidad y validez, con un CCI de 0,78 para la energía y los nutrientes y entre .53 y .96 para los alimentos.

Actividad física

Para evaluar la actividad física de los participantes se utilizó el Cuestionario Mundial sobre Actividad Física (GPAQ) recomendado por la OMS. Se utilizaron los apartados de actividad física al desplazarse y en el tiempo libre: el participante respondió teniendo como referencia 7 días anteriores a la aplicación del cuestionario.

Habilidades sociales

La variable Habilidades sociales, definida por Caballo (2006) como capacidades de actuación social en términos de su efectividad para lograr un objetivo (en la respuesta de otro, en la relación con otro o con respecto a uno mismo) se evaluó con el *Cuestionario de Habilidades de Interacción Social* (Monjas, 1993; Caballo, 2006). Este cuestionario consta de 60 ítems con escala de respuesta tipo likert de 1 (nunca) a 5 (siempre), que evalúan habilidades sociales en seis áreas: básicas, para hacer amigos, de conversación, relacionadas con emociones y sentimientos, solución de problemas interpersonales y de relación con los adultos.

Monjas y González (2000) señalaron que la confiabilidad y validez de este cuestionario no había sido establecida hasta ese momento, pues el instrumento se encontraba en fase experimental. Caballo (2006) recomienda utilizar los

baremos para la población específica con la que se trabaje. En la población del presente estudio se obtuvo una consistencia interna alta ($\alpha = .941$).

Para evaluar la variable Asertividad, como parte de Habilidades Sociales, se utilizó el *Cuestionario de Competencia para la Conducta Asertiva* (Northrop y Edelstein, 1998), en la versión de Caballo (2006). Este cuestionario mide capacidad para actuar de forma asertiva, entendiendo la conducta asertiva como la expresión directa de los propios sentimientos, necesidades, derechos u opiniones sin amenazar, violentar o violar los derechos de los demás.

El cuestionario está formado por 25 enunciados de conductas donde se responde en dos partes: la primera consiste en reportar grado de malestar ante dicha conducta y la segunda en reportar la probabilidad de realizarla. Ambas partes tienen opción de respuesta tipo *likert* que van de 1 (ningún malestar – nunca lo haría) a 5 (mucho malestar – siempre lo haría). La escala en ambos apartados presenta una consistencia interna alta ($\alpha = 0.86, 0.85$).

Satisfacción con la vida

Esta variable se midió con la Escala de Satisfacción con la Vida traducida al español (Atienza, Pons, Balaguer & García, 2000). Esta escala evalúa el juicio global que hacen las personas sobre la satisfacción con su vida y consta de 5 ítems con opción de respuesta tipo *likert* de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo). La consistencia interna de la escala es de $\alpha = .84$.

En conjunto con la variable Satisfacción Vital, se evaluó Felicidad con la *Escala de Felicidad Subjetiva* (Vera, Celis & Córdoba, 2011). Ésta mide una forma global de felicidad considerando la definición de la misma desde la

perspectiva de quien responde. Tiene una consistencia interna de $\alpha = .87$ en población adolescente.

A continuación se presenta la tabla resumen de las escalas del presente estudio (tabla 3).

Tabla 3. Resumen de las escalas

Escala	Núm. Ítems	Consistencia interna	Media	D. E.	K-S
<i>Cuestionario de Habilidades de Interacción Social</i>	60	$\alpha = .941$	215.76	32.69	Z= .638 p= .810
<i>Cuestionario de Competencia para la Conducta Asertiva</i>					
<i>*Escala grado de malestar</i>	25	$\alpha = .905$	59.36	18.19	Z= .750 p= .627
<i>*Escala probabilidad de respuesta</i>	25	$\alpha = .859$	79.26	15.30	Z= .781 p= .576
<i>Escala de Satisfacción con la Vida</i>	5	$\alpha = .815$	15.20	3.74	Z= 1.51 p= .020
<i>Escala de Felicidad</i>	4	$\alpha = .333$	20.22	3.83	Z= 1.14 p= .167

Procedimiento

El primer paso del procedimiento de evaluación de este estudio consistió en solicitar a las autoridades de una escuela pública de la ciudad de Hermosillo, Sonora, el acceso para trabajar con sus alumnos; se les informó de los objetivos de la evaluación y se solicitó permiso para obtener acceso a alumnos de los tres niveles. La evaluación se realizó en las instalaciones de la escuela secundaria: en una sola sesión se aplicó el cuestionario a papel y lápiz; al finalizar la aplicación,

se hizo la medición de peso y estatura de cada participante, adjuntando ésta información al cuestionario que el mismo participante respondió.

Procedimiento de análisis

El análisis de datos se realizó con el programa estadístico SPSS: se realizó la correlación de las variables: IMC, consumo alimentario y actividad física, así como de las variables satisfacción vital, felicidad y habilidades sociales. También se llevó a cabo el procedimiento ANOVA y U de Mann-Whitney para analizar posibles diferencias en las variables satisfacción vital, felicidad y habilidades sociales a partir del IMC.

Consideraciones de ética profesional

En atención a realizar el presente estudio dentro de los estándares de ética profesional, deben considerarse los siguientes aspectos. El primer aspecto corresponde al consentimiento informado: no solo se informó a las autoridades escolares sobre los objetivos del estudio, sino también a los participantes, asegurándoles que la información que aportasen se trataría de manera segura y confidencial, solicitando su participación voluntaria.

El segundo aspecto fue sobre la calidad de la evaluación. El cuestionario PAQ-A para valorar actividad física en adolescentes fue adaptado al español en población Española, por lo tanto, esta técnica de valoración requiere de un ajuste para su administración a la población Mexicana.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

El objetivo general de este estudio consistió en evaluar la relación entre el grado de obesidad, la conducta alimentaria y actividad física; y analizar la posible relación entre éstas y habilidades sociales, satisfacción vital y felicidad, en adolescentes. Antes de presentar los resultados de cada objetivo específico de este estudio, en la tabla 4 se muestran los estadísticos descriptivos de las variables demográficas.

Tabla 4. Estadísticos descriptivos variables demográficas

	n	Min.	Max.	Media	D. E.
Género	94	1	2	1.62	.489
Trabajo	94	1	2	1.91	.281
Grado escolar	94	1	3	1.87	.751
Edad	94	12	15	13.06	.840
Promedio	88	6.20	10.00	8.56	.926
N Valido	88				

Índice de Masa Corporal

El primer objetivo específico fue evaluar el Índice de Masa Corporal (IMC). Los resultados se organizaron en cuatro grupos en razón del estado nutricional que presentó el participante:

1. Primer grupo, infrapeso: cuatro participantes del género femenino.
2. Segundo grupo, normopeso: 54 participantes.
3. Tercer grupo, sobrepeso: 20 participantes.
4. Cuarto grupo, obesidad: 16 participantes.

En la tabla 5 se muestran los estadísticos descriptivos del IMC y el grado de obesidad por género.

Tabla 5. IMC y grado de obesidad por género

		Masculino	Femenino
	n	36	58
IMC	Media	21.30	19.63
	D. E.	4.76	4.45
Grado de Obesidad	Media	2.75	2.36
	D. E.	0.84	0.78

El análisis de frecuencias del grado de obesidad indica que el 20% de la muestra presentó sobrepeso y el 16% obesidad: el 50% del grupo de hombres presentó sobrepeso u obesidad; mientras que el grupo de mujeres el 31.1% lo presentó.

Conducta alimentaria

El segundo objetivo consistió en evaluar la conducta alimentaria de los participantes; ésta fue medida con el cuestionario de frecuencia de consumo alimentario. A continuación se presentan los estadísticos descriptivos del número de veces que es consumido cada alimento al mes en tres grupos: consumo alto, medio y bajo (tabla 6, 7 y 8). Posteriormente se presenta la frecuencia de consumo alimentario por grupos de alimentos y por género (tabla 9 y 10).

Tabla 6. Consumo alimentario alto.

	n	Media	Mediana	D. E.
Otras frutas	94	16.43	16.00	10.89
Leche	94	15.09	12.00	8.81
Embutidos	94	14.88	12.00	8.33
Refresco de cola	93	14.43	12.00	10.73
Frutas cítricas	94	13.90	12.00	9.10
Jugo fruta comercial	94	13.50	12.00	8.52
Cereales	94	13.10	12.00	9.30
Queso fresco	94	12.59	12.00	9.06
Jugo fruta natural	94	12.15	12.00	9.55
Bolsa papitas	93	12.03	12.00	9.46
Dulces gomitas	93	10.87	8.00	9.74
Huevo	94	10.68	8.00	9.06
Papa horno	94	10.6	9.50	8.49
Ensalada	94	10.12	8.00	8.22

Tabla 7. Consumo alimentario medio.

	n	Media	Mediana	D. E.
Chocolate	94	9.32	4.50	8.94
Pasta	94	9.28	8.00	7.20
Yogur	94	9.18	8.00	8.01
Sopas	94	9.04	8.00	7.40
Arroz	94	8.68	8.00	6.55
Carne	94	8.65	8.00	7.26
Helados	93	8.28	4.00	7.45
Carne molida	94	8.23	4.00	8.09
Postres lácteos	94	7.72	4.00	8.02
Galletas Chocolate	94	7.51	4.00	7.14
Donas	94	7.41	4.00	8.34
Frutos secos	94	7.05	4.00	10.90
Guarnición	94	6.96	4.00	7.41
Pollo/pavo	94	6.66	4.00	7.11
Pan	94	6.53	4.00	6.81
Legumbres	94	6.44	4.00	6.74
Pastelillos	94	6.35	3.50	7.66
Galletas tipo María	94	6.14	4.00	5.76

Tabla 8. Consumo alimentario bajo

	n	Media	Mediana	D. E.
Queso manchego	94	5.49	4.00	6.79
Pastel crema	94	5.40	2.00	7.40
Pizza / croquetas	94	5.30	4.00	5.86
Pescado azul	94	4.56	3.50	5.64
Frutas en conserva	94	4.05	1.00	6.62
Pescado blanco	94	3.59	2.00	4.73
Chícharos	94	3.15	1.00	4.71
Refresco cola-dieta	93	2.58	0.00	6.16
Marisco	94	2.32	1.00	3.00
Vino/sangría	93	1.18	0.00	3.78
Cerveza	93	0.35	0.00	1.45
Whisky ginebra	93	0.25	0.00	1.23
Cerveza sin alcohol	93	0.23	0.00	1.02

En la tabla 8 se presentan los estadísticos descriptivos de frecuencia de consumo alimentario por grupos de alimentos; en la tabla 9 se presentan estos datos por género.

Tabla 9. Frecuencia de consumo por grupos de alimentos.

	Media	D.E.
Azúcares	61.53	39.27
Pan, cereales, pasta	51.93	26.06
Frutas	46.53	24.32
Papas, legumbres, frutos secos	39.44	23.24
Derivados de lácteos	34.98	22.15
Bebidas azucaradas	28.03	15.42
Carnes	23.54	16.94
Verduras	17.07	12.19
Leche	15.09	8.81
Embutidos	14.88	8.33
Pescado	10.47	8.55
Bebidas de dieta	2.81	6.45
Bebidas con alcohol	1.78	4.74

Tabla 10. Frecuencia de consumo por grupos de alimentos.

	Masculino		Femenino	
	Media	D. E.	Media	D. E.
	n= 35		n= 58	
Carnes	27.69	20.22	20.97	14.13
Pescado	12.97	8.94	8.91	7.99
Embutidos	13.36	7.97	15.83	8.49
Frutas	53.11	27.34	42.45	21.49
Verduras	19.25	13.53	15.72	11.19
Papas, legumbres, frutos secos	42.91	22.52	37.34	23.60
Pan, cereales, pasta	55.17	29.10	49.91	24.03
Leche	16.69	9.74	14.09	8.11
Derivados de lácteos	37.50	23.23	33.41	21.51
Azúcares	63.14	39.58	60.55	39.39
Bebidas azucaradas	29.46	13.73	27.17	16.41
Bebidas con alcohol	2.06	5.12	1.62	4.53
Bebidas de dieta	4.46	8.08	1.81	5.04
Consumo total	390.97	161.27	339.53	135.96

En la tabla anterior puede observarse que en el grupo de género masculino la frecuencia de consumo alimentario es mayor que en el grupo de género femenino (\bar{X} = 390.97, D. E.= 161.27; \bar{X} = 339.53, D. E.= 135.96 respectivamente).

Actividad física

El siguiente objetivo consistió en evaluar el nivel de actividad física en la muestra. Se preguntó a los participantes si realizaban las siguientes actividades, cuántos días a la semana y cuánto tiempo al día: uso de la bicicleta, deportes

(actividad física intensa) y actividades de esfuerzo físico moderado (p. ej., caminar).

A lo anterior contestaron 93 participantes, de los cuales: 89.4% sí utiliza la bicicleta, 87.2% sí realiza algún deporte y 90.4% sí realiza actividad física moderada. De acuerdo al género: uso de bicicleta (88.9% hombres, 89.7% mujeres), deportes (94.4% hombres, 82.8% mujeres), actividad moderada (97.2% hombres, 86.2% mujeres). En la tabla 11 y 12 se presentan los estadísticos descriptivos de actividad física.

Tabla 11. Estadísticos descriptivos de actividad física.

		Uso bicicleta	Deportes	Actividad moderada	Actividad sedentaria
Tiempo semanal Hrs/min.	n = 93				
	Media	5.41	5.24	4.17	2.85
	D. E.	6.43	6.23	4.94	2.64

Tabla 12. Estadísticos descriptivos de actividad física por género.

		Uso bicicleta	Deportes	Actividad moderada	Actividad sedentaria
Tiempo semanal Hrs/min.	Masculino				
	n= 35				
	Media	7.97	8.28	6.11	2.85
	D. E.	7.92	6.84	2.50	2.47
	Femenino				
	n= 58				
Media	3.86	3.40	3.01	2.85	
D. E.	4.77	5.07	1.98	2.12	

En la tabla anterior puede observarse que la media de horas de actividad física se presentó mayor en el grupo de género masculino que en el grupo de género femenino.

Habilidades sociales

El siguiente objetivo consistió en evaluar habilidades sociales. En la tabla 13 se presentan los estadísticos descriptivos del cuestionario de Habilidades de Interacción Social (en cada sub-escala la puntuación mínima fue 10 y la máxima posible 50). La consistencia interna de las seis sub-escalas fue mayor a $\alpha=.70$, lo cual indica que los ítems se ajustan en cada una de ellas (Básicas, $\alpha= .743$; Amigos y amigas, $\alpha= .792$; Conversación, $\alpha= .776$; Emociones y sentimientos, $\alpha= .752$; Solución de problemas interpersonales, $\alpha= .854$; Relación con adultos, $\alpha= .720$).

Tabla 13. Estadísticos descriptivos de habilidades sociales.

	Básicas	Hacer amigos	Conversación	Emociones y sentimientos	Solución de problemas interpersonales	Relación con adultos
n	91	90	93	91	92	91
Media	38.79	36.82	36.56	35.91	33.55	34.60
D. E.	6.48	6.93	6.23	6.61	7.60	6.25

En la tabla anterior se observa que el rubro Habilidades Sociales Básicas tuvo la media más alta ($\bar{X}= 38.79$, D. E.= 6.48), mientras que el rubro Solución de problemas interpersonales, tuvo la más baja ($\bar{X}= 33.55$, D. E.= 7.60).

En seguida se presentan los estadísticos descriptivos del inventario de competencia para la conducta asertiva en sus dos sub-escalas: grado de malestar en la situación y probabilidad de respuesta (tabla 14). El puntaje mínimo posible de ambas sub-escalas fue 25 y el máximo 125. La consistencia interna de ambas sub-escalas fue mayor a .85 lo que indica un buen ajuste de los ítems en cada una de ellas (grado de malestar, $\alpha = .905$; probabilidad de respuesta, $\alpha = .859$).

Tabla 14. Estadísticos descriptivos de asertividad.

	Grado de malestar	Probabilidad de respuesta
n	89	90
Media	59.36	79.26
D. E.	18.19	15.30

Satisfacción vital

El siguiente objetivo consistió en evaluar el grado de satisfacción vital en la muestra. Para ello se utilizó la escala de satisfacción vital ($\alpha = .815$) y la Escala de Felicidad Subjetiva ($\alpha = .660$). A continuación se presentan los estadísticos descriptivos de ambas escalas (tabla 15).

Tabla 15. Estadísticos descriptivos de satisfacción vital y felicidad.

	Satisfacción vital	Felicidad
n= 93		
Media	15.20	20.47
Mediana	16.00	21.00
D. E.	3.74	4.66

Correlaciones

Como objetivo final de este estudio se estableció analizar las variables grado de obesidad y conductas asociadas (conducta alimentaria y actividad física), con habilidades sociales y satisfacción vital, para determinar si existe una relación y cómo se presenta.

Siguiendo el último objetivo se presentan a continuación los resultados del análisis de las variables consumo alimentario y actividad física de acuerdo al IMC; posteriormente se presentan los resultados del análisis de correlación de las variables del presente estudio (habilidades sociales, satisfacción vital y felicidad); y finalmente, se presentan los resultados del análisis de las variables de acuerdo al IMC.

Obesidad y conductas asociadas

Siguiendo el último objetivo, enseguida se presentan los resultados del análisis de las variables consumo alimentario y actividad física de acuerdo al IMC.

Tabla 16. Consumo por grupos de alimentos de acuerdo al IMC.

		Infrapeso	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad
Carnes	Media	28.00	24.07	25.80	17.81
	D. E.	21.05	16.73	20.80	10.31
Pescado		19.00	10.35	10.05	9.25
		11.34	8.63	8.34	7.41
Embutidos		23.00	15.28	14.70	11.75
		7.57	8.62	8.95	5.15
Frutas		46.25	49.04	43.55	41.88
		29.62	25.85	25.05	40.50
Verduras		18.25	19.09	15.65	11.75
		16.09	11.93	14.16	8.06
Papas, legumbres, frutos secos		38.00	39.19	46.50	31.33
		29.26	22.01	30.07	12.69
Pan, cereales, pasta		52.25	53.00	58.15	40.44
		8.53	23.05	39.41	12.42
Leche		20.00	14.39	18.95	11.38
		6.53	9.17	7.36	8.05
Derivados de lácteos		43.75	35.94	36.65	27.44
		18.33	36.00	31.46	17.68
Azúcares		74.25	63.81	63.35	47.47
		39.55	38.59	49.17	24.40
Bebidas azucaradas		37.50	27.52	27.75	27.73
		22.94	13.98	17.36	16.54
Bebidas con alcohol		1.25	1.22	2.35	3.20
		1.89	2.56	7.07	7.09
Bebidas de dieta		1.00	2.80	3.40	2.53
		2.00	6.60	8.49	2.82
Consumo total		411.75	365.76	377.25	295.60
		107.18	138.25	203.247	76.89

Como se observa en la tabla 16, algunos de los alimentos consumidos con mayor frecuencia en la muestra, también presentaron un consumo alto en los cuatro grupos, como son: leche, embutidos, productos lácteos, frutas, bebidas azucaradas. También se puede observar que algunos de los alimentos consumidos con menor frecuencia en la muestra, también lo son en los cuatro grupos (bebidas de dieta, pescado). El grupo de bebidas con alcohol, aunque fue de consumo bajo en comparación al resto de los alimentos, presentó mayor frecuencia de consumo en los grupos sobrepeso y obesidad; por su parte el grupo de verduras presentó mayor frecuencia de consumo en los grupos normopeso e infrapeso.

En relación a la actividad física por grupos de IMC, el análisis de frecuencias indica:

- Primer grupo, infrapeso. Todos usan bicicleta y realizan actividad moderada, y 3 participantes realizan deportes.
- Segundo grupo, normopeso. El 85.2% usa bicicleta, el 90.7% realiza deportes y actividad moderada.
- Tercer grupo, sobrepeso. El 95% usa bicicleta, el 85% realiza deportes y actividad moderada.
- Cuarto grupo, obesidad. El 93.8% usa bicicleta y realiza actividad moderada, el 81.3% realiza deportes.

A continuación (tabla 17) se presentan los estadísticos descriptivos del tiempo de actividad física semanal en horas y por grupos de IMC.

Tabla 17. Horas de actividad física semanal de acuerdo al IMC.

	Infrapeso	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad
Media	12.92	14.03	15.33	17.56
Mediana	7.68	11.09	10.50	11.00
D. E.	15.27	13.83	11.92	18.06

En la tabla anterior, se observa una media de horas de actividad física mayor en el grupo de obesidad, aunque es también el valor con mayor desviación estándar (\bar{X} = 17.56, D. E. = 18.06); mientras que el grupo de infrapeso presentó la media con valor más bajo, así como un valor alto en su desviación estándar (\bar{X} = 12.92, D. E. = 15.27).

En la tabla 18 se presentan los resultados del análisis de correlación entre el Índice de Masa Corporal (IMC) y las variables psicológicas y demográficas del presente estudio.

Tabla 18. Índice de correlación de Pearson entre el IMC y las variables de estudio.

IMC	Kg	Mts.	Edad	Prom.	CA	AF	HS	A-M	A-R	SV	F
Peso (Kg.)	.917*										
Altura (Mts.)	.584*	.227*									
Edad	.241*	.378*	.112								
Promedio	-.148	-.025	-.170	-.163							
Consumo alimentario	-.103	-.033	.108	-.234*	-.120						
Actividad Física	.079	-.025	-.114	-.232*	.113	.094					
Habilidades Sociales	.043	.023	.088	.157	.065	-.128	.040				
Asertividad:											
Malestar	-.152	-.222	.067	-.060	.288*	-.081	-.006	-.056			
Respuesta	.036	-.067	-.070	.066	-.124	.140	.126	-.235*	-.050		
Satisfacción Vital	.086	.082	.034	.274*	-.277*	-.112	.213*	-.209*	.235*	.041	
Felicidad	.002	-.138	-.121	-.149	.111	.086	.114	-.072	.343*	.310*	.053

* $p > .05$. La diagonal en negritas corresponde al índice de correlación entre el IMC y el resto de variables. No se incluye el Índice de correlación entre las mismas variables.

Como se observa en la tabla anterior, las variables actividad física y consumo alimentario no presentaron correlación significativa con el índice de masa corporal ($r = .094$, $p = .371$ y $r = -.120$, $p = .254$ respectivamente).

Por su parte no se presentó correlación significativa entre el IMC y las variables psicológicas. Sí se presentó correlación entre Habilidades Sociales y Satisfacción Vital ($r = .213$, $p < .05$); y entre ésta última con Felicidad ($r = .310$, $p < .01$). También se presentó correlación entre asertividad en sus dos componentes y satisfacción vital ($r = -.209$, $p > .05$; $r = .235$, $p > .05$); y entre asertividad en

probabilidad de respuesta y felicidad ($r=.343$, $p> .01$). Por último cabe señalar la correlación de conducta alimentaria con grado de malestar ante una situación social ($r=.288$, $p> .01$) y con la satisfacción vital ($r=-.277$, $p> .01$).

A continuación se presentan los resultados del análisis de correlación, dividido en dos grupos: normopeso y sobrepeso/ obesidad (tabla 19 y 20 respectivamente).

Tabla 19. Grupo normopeso: correlaciones IMC y variables psicológicas.

	Habilidades sociales	Satisfacción vital	Felicidad
IMC	.127	.107	.043
Habilidades Sociales		.231	-.017
Satisfacción vital			.197

Tabla 20. Grupo sobrepeso/ obesidad: correlaciones IMC y variables psicológicas.

	Habilidades sociales	Satisfacción vital	Felicidad
IMC	-.099	.092	.037
Habilidades Sociales		.486	.421
Satisfacción vital			.597

En la tabla 20 se observa la correlación entre habilidades sociales y satisfacción vital y entre esta última con felicidad ($r= .486$, $p< .01$; $r= .527$, $p< .01$): esto se presentó sólo en el grupo con sobrepeso/ obesidad. También se presentó correlación directa entre felicidad y habilidades sociales ($r= .421$, $p< .05$).

Se llevó a cabo el procedimiento de análisis de varianza (ANOVA) de un factor para identificar si el IMC (infrapeso, normopeso, sobrepeso y obesidad), afecta habilidades sociales, satisfacción vital y felicidad (tabla 18).

De acuerdo a la prueba Kolmogorov-Smirnov, la variable IMC se distribuye de forma normal ($Z= 1.21$, $p> .05$), mientras que la variable grado de obesidad no lo hace ($Z= 3.38$, $p< .05$); las variables Habilidades Sociales y Felicidad se ajustan una distribución normal ($Z= .638$, $p > .05$; y $Z= 1.11$, $p> .05$ respectivamente), mientras que la variable satisfacción vital no lo hace ($Z= 1.51$, $p< .05$). Por su parte, la prueba de homogeneidad de varianzas muestra que se cumple el supuesto de homocedasticidad en las tres variables ($p> .05$).

Tabla 21. ANOVA por 4 grupos de IMC.

		Suma de cuadrados	gl	Cuadrado de la media	F	p
Habilidades sociales	Entre grupos	2553.187	3	851.062	.790	.503
	Dentro de grupos	91530.858	85	1076.834		
	Total	94084.045	88			
Satisfacción con la vida		4.014	3	1.338	.093	.964
		1285.104	89	14.439		
		1289.118	92			
Felicidad		18.690	3	6.230	.279	.840
		1986.492	89	22.320		
		2005.183	92			

En la tabla anterior se observa que en las tres variables existe una significancia estadística mayor al 5% ($p> .05$), por lo tanto se acepta que no hay diferencias entre los promedios de los 4 grupos de IMC.

Se realizó el análisis de las variables estudiadas anteriormente, esta vez de acuerdo a dos grupos: normopeso y sobrepeso-obesidad. Debido a que las

variables en conjunto no tienen una distribución normal, se utilizó la prueba U de Mann Whitney. En la tabla 22 se muestran los resultados.

Tabla 22. U de Mann Whitney. Normopeso y sobrepeso.

	Habilidades sociales	Satisfacción con la vida	Felicidad
U de Mann-Whitney	919.500	975.500	981.000
Wilcoxon W	2515.500	1641.500	2634.000
Z	-.038	-.400	-.357
p	.970	.689	.721

En la tabla anterior se observa que el valor de U para las variables, tiene un nivel de significación mayor al 5%, por lo tanto se concluye que no hay diferencia significativa entre los grupos.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En el presente capítulo se discuten los principales resultados del estudio, el cual tuvo como objetivo principal analizar el índice de masa corporal, consumo alimentario, actividad física, habilidades sociales y satisfacción vital, en una muestra de adolescentes escolarizados.

IMC, consumo alimentario, y actividad física

Los resultados de la evaluación de índice de masa corporal (IMC) muestran que el 20% de la muestra presentó sobrepeso y el 16% obesidad; el grupo de hombres presentó en mayor porcentaje sobrepeso u obesidad (50%) en comparación con el grupo de mujeres (31.1%). Estos resultados coinciden con los que presenta la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012), donde se señala que el 21.6% de los adolescentes (12 a 19 años de edad) presentaron sobrepeso y el 13.3 % obesidad. Por otra parte, un porcentaje bajo de la muestra (6.9%) presentó infrapeso y lo hizo en el género femenino, lo cual coincide también con los resultados de la ENSANUT (2012) donde se registró talla baja en adolescentes del género femenino mayormente, con una prevalencia del 5.6% concentrándose especialmente en las adolescentes de 12 años (ENSANUT, 2012).

Los resultados del análisis de consumo alimentario permiten identificar que en la muestra, en general, hubo una mayor frecuencia de consumo de frutas, azúcares y bebidas azucaradas, leche y cereales (panes, cereales y pasta); y por su parte los grupos de alimentos consumidos con menor frecuencia fueron pescado (pescado blanco, pescado azul y mariscos) y bebidas de dieta y con alcohol.

La alta frecuencia de consumo de bebidas azucaradas en la muestra representa un factor de riesgo para desarrollar sobrepeso u obesidad, pues podría tener menor poder de saciedad que otro alimento sólido, pero con el mismo aporte de energía (Meléndez, 2008; Martínez & Maldonado, 2010): además el alto consumo de alimentos con azúcar indica solamente aporte de energía al organismo ya que es un alimento rico en calorías pero no contiene otros nutrientes (Pérez & Zamora, 2002). El consumo de cereales también aporta energía, así como fibra, vitaminas y minerales; el consumo de frutas aporta vitaminas y minerales; y la leche aporta proteínas y es la principal fuente de calcio (Vázquez, de Cos & López, 2005).

Por su parte el consumo de pescado, que fue uno de los alimentos consumidos con menor frecuencia, tiene un alto aporte de proteínas y un bajo valor calórico en comparación con la carne, por lo cual se recomienda su consumo. En cuanto a las bebidas de dieta y con alcohol, éstas tienen un valor nutricional prácticamente nulo (Vázquez, de Cos & López, 2005).

En los resultados del análisis por grupo de acuerdo al grado de obesidad (medido con el índice de masa corporal) se observó una mayor frecuencia de consumo de verduras en los grupos normopeso (en promedio 19 veces al mes) e

infrapeso (en promedio 18 veces al mes); y una mayor frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en los grupos sobrepeso (en promedio 2.35 veces al mes) y obesidad (en promedio 3.20 veces al mes). Los alimentos cuyo consumo fue alto en los cuatro grupos fueron las bebidas azucaradas, frutas, leche y derivados, así como embutidos.

En cuánto a la actividad física, los participantes en su mayoría reportaron realizar algún tipo de actividad o ejercicio: 89.4% utiliza bicicleta, 87.2% realiza algún deporte y 90.4% realiza actividad moderada. Se presentaron diferencias entre el género femenino y masculino, siendo este último el que reportó realizar más horas de actividad física semanal (8 horas aproximadamente en contraste con el género femenino que reportó realizar casi 3 horas y media). Lo anterior indica que los participantes de la muestra, en particular el género masculino, en promedio dedican más de una hora diaria en actividades de esfuerzo físico moderado a intenso, siguiendo con la recomendación de la OMS para jóvenes de realizar 60 minutos diarios de actividad física.

El grupo que presentó obesidad, reportó realizar en promedio más horas de actividad física semanal (en promedio 17.56 horas a la semana), mientras que el grupo que presentó infrapeso reportó realizar en promedio menos horas (en promedio 12.92 horas a la semana), sin embargo este último estuvo constituido únicamente por cuatro mujeres; seguido de éste, el grupo que presentó normopeso reportó realizar menos horas de actividad física semanal (en promedio 14.03 horas a la semana).

Al llevar a cabo el análisis de correlación del IMC con respecto a consumo alimentario y actividad física, no se obtuvieron resultados significativos, esto pudo

deberse por una parte a que los instrumentos utilizados para medir las conductas fueron en versión autoinforme.

Obesidad y variables psicológicas

A partir del análisis de la variable Habilidades Sociales, se observó en los seis rubros del cuestionario de habilidades de interacción social una media superior a 30, es decir, por encima del puntaje medio de las sub-escalas (mínimo= 10, máximo= 50, medio= 30). Para interpretar este puntaje podríamos identificar cuatro grupos: puntaje bajo (10 a 20 puntos), puntaje medio (21 a 30 puntos), puntaje medio-alto (31 a 40 puntos) y otro de puntaje alto (41 a 50 puntos); a partir de lo anterior la muestra presenta un nivel medio-alto en la conducta interpersonal en general.

El rubro de Habilidades Sociales Básicas presentó el puntaje promedio más alto, aunque con poca diferencia del resto (en promedio 38.79 puntos); el puntaje promedio más bajo se presentó en el rubro Solución de Problemas Interpersonales (en promedio 33.55 puntos).

En la evaluación de competencia para la asertividad los participantes reportaron tener menor grado de malestar (en promedio 89.22 puntos) ante una situación social, y más probabilidad de actuar ante la misma (en promedio 79.26 puntos) y ambos puntajes se situaron encima del puntaje medio (mínimo=25, máximo=125, medio=75); hay que recordar que en este cuestionario un mayor puntaje equivale a menor grado de malestar y mayor probabilidad de respuesta. Dividiendo los resultados de este cuestionario, también en cuatro grupos (puntaje

bajo, 25-50; puntaje medio, 51-75 puntos; puntaje medio-alto, 76-100; puntaje alto, 101-125), los participantes reportaron tener un grado medio-alto tanto de bienestar como de probabilidad de actuar ante las situaciones descritas.

Los resultados del análisis de las variables satisfacción vital y felicidad mostraron que: en la escala de satisfacción vital (mínimo= 5, máximo= 20) se obtuvo un puntaje medio-alto (en promedio = 15.20 puntos) y de igual forma en la escala de felicidad (mínimo= 4, máximo= 28) se observó este nivel (media= 20.47).

En el análisis del grado de obesidad y las variables psicológicas del presente estudio, se observó una correlación significativa entre habilidades sociales y satisfacción vital y entre ésta última con felicidad. Lo anterior corresponde con lo que Veenhoven (2007) señala: un alto grado de satisfacción con la vida está generalmente acompañado de asertividad social y atributos de empatía, y añade que los hallazgos sobre la variación individual en satisfacción con la vida se reducen a una diferencia en la capacidad de la persona de controlar su entorno.

Las variables habilidades sociales, satisfacción vital y felicidad, de acuerdo al análisis ANOVA y U de Mann Whitney, no puntuaron de manera diferente en los grupos normopeso y sobrepeso/obesidad, por lo cual se acepta que en el presente estudio no hubo una diferencia significativa en las variables psicológicas en dichos grupos.

Limitaciones del estudio

El diseño de la investigación es no experimental, por lo cual una de las principales limitaciones es la falta de control de las variables de estudio. Por su parte el tipo de muestra no es aleatorio por lo tanto los resultados no pueden generalizarse, aún en población con la misma edad y ciudad de procedencia. En cuanto a los instrumentos para medir de actividad física y consumo alimentario fueron de tipo auto-reporte, por lo cual las medidas de consumo y gasto energético que definirían el estado nutricional del participante, quedan sujetas a la estimación del mismo. Aunado a ello, la conducta alimentaria fue evaluada en forma de frecuencia y la falta de una medida adicional no permite estimar cantidades ingeridas sino tipo de alimentos; ello pudo afectar la estimación del balance energético y en consecuencia la estimación de la relación entre la conducta y el Índice de Masa Corporal.

Conclusión

La hipótesis del presente estudio planteó que el grado de obesidad estaría relacionado con la conducta alimentaria y la actividad física; que la satisfacción vital estaría relacionada con las habilidades sociales; y que habilidades sociales y satisfacción vital podrían estar relacionadas con el grado de obesidad.

Primer planteamiento

El primer planteamiento de la hipótesis no se cumplió debido a que no se presentó una correlación significativa entre el grado de obesidad, medido con el Índice de Masa Corporal (IMC), y la conducta alimentaria y actividad física. Uno de los factores que pudo influir en este resultado es la forma de medición de las

tres variables: por una parte el grado de obesidad se calculó de forma directa con las mediciones de peso y talla de cada participante; por otra parte el consumo alimentario y la actividad física se evaluaron a través de auto reportes, cuyas respuestas están sujetas a la estimación del adolescente.

El consumo alimentario, de acuerdo con Hernández y colaboradores (1999) es un acontecimiento variable, que aunado al método de medición de la ingesta, podría afectar la calidad de los datos obtenidos. Cabe señalar que el cuestionario de frecuencia de consumo alimentario utilizado en este estudio otorga datos cualitativos sobre la ingesta, es decir, no calcula cantidades de alimento ingeridas.

Segundo planteamiento

El segundo planteamiento de la hipótesis fue que la satisfacción vital estaría relacionada con las habilidades sociales. Lo anterior se cumplió, observándose una correlación significativa entre habilidades sociales y satisfacción vital y entre ésta última con felicidad. Este resultado reafirma lo que se ha señalado en estudios anteriores (Veenhoven, 2007).

Tercer planteamiento

Por último en la hipótesis se planteó que habilidades sociales y satisfacción vital podrían estar relacionadas con el grado de obesidad. El anterior planteamiento no pudo aceptarse, ya que no se presentó correlación significativa entre las variables; tampoco se observaron diferencias en habilidades sociales ni en satisfacción vital de acuerdo al grado de obesidad medido con el IMC.

En consideración del autor, la explicación del resultado anterior debe buscarse en los siguientes puntos.

En la variable propuesta. Las Habilidades Sociales incluyen un amplio espectro de conductas de interacción social (Caballo, 2007), por lo tanto fueron medidas con la misma amplitud (habilidades básicas, de conversación, hacer amigos y amigas, resolver problemas interpersonales, etc.). Los resultados señalan que esta variable podría no afectar el grado de obesidad.

Un análisis enfocado en diferentes tipos habilidades sociales, así como en diferentes grupos de referencia, por ejemplo la familia, podría brindar mayor información sobre la influencia de ésta variable en la problemática de obesidad. El adolescente aunque comienza a ser influido por su grupo de iguales, también sigue inmerso en un estilo de vida que comparte con su familia, podría entonces estar desplegando sus habilidades sociales en el núcleo familiar, aunque sus prácticas de alimentación y actividades no fueran las más saludables.

Tipo de efecto de la variable. En este estudio la variable habilidades sociales no mostró ningún efecto en el grado de obesidad, sin embargo la relación de ésta con otras variables psicológicas que influyen en el mantenimiento de la obesidad, como el control emocional, no se descarta. En estudios anteriores se ha indicado que la competencia social está relacionada con el desarrollo infantil y podría estar relacionada de forma indirecta con la prevención de la obesidad (Riggs, Kobayakawa & Pentz, 2007).

La muestra. Por último la muestra evaluada fue un grupo seleccionado y reducido: evaluar una muestra más amplia y diversa podría contribuir a generar resultados que aporten más claridad al planteamiento de este trabajo.

Recomendaciones para estudios posteriores

De los instrumentos de medición. El Cuestionario de Frecuencia de Consumo Alimentario (CFCA) a menudo se utiliza con otras mediciones que sirvan como comparativo. Se recomienda considerar agregar otro instrumento para medir consumo alimentario además del CFCA, como el recordatorio de 24 horas, ya que éste puede dar una imagen de la dieta habitual (Hernández & cols., 1999).

Se recomienda además para evaluar la actividad física considerar incluir instrumentos de medición directa, como el contador de pasos.

De la muestra. Se recomienda evaluar una muestra más amplia, que incluya población de ciudades diferentes a la considerada en este estudio.

REFERENCIAS

- Aedo, A. & Ávila, H. (2009). Nuevo cuestionario para evaluar la autoeficacia hacia la actividad física en niños. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 26(4): 324, 9.
- Almeida, C., Salgado, J. & Nogueira, D. (2011). Estilo de vida y el peso corporal en una comunidad portuguesa en transición: un estudio de la relación entre la actividad física, los hábitos alimentarios y el índice de masa corporal. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*. 2 (1): 27, 56.
- Alvarado, A. M., Guzmán, E. & González, M. T. (2005). Obesidad: ¿baja autoestima? Intervención en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 10 (2): 417, 428.
- Amigo, I., Busto, R., Herrero, J. & Fernández, C. (2008). Actividad física, ocio sedentario, falta de sueño y sobrepeso infantil. *Psicothema*. 20 (4): 516, 520.
- Atienza, F., Pons, D., Balaguer, I. & García, M. (2000). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en adolescentes. *Psicothema*. 12 (2): 314, 319.
- Barbancho, F., Prieto, J., Tirado, F., Hernández, L., Santos, J. & Moreno, A. (2005). Efectos de la televisión sobre la alimentación, la Obesidad y colesterolemia en niñas escolares. *Cultura de los cuidados*. 9 (18).

- Bastos, A., González, R., Molinero, O. & Salguero, A. (2005). Obesidad, nutrición y actividad física. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*. 5 (18): 140,15.
- Berrocal, C., Luciano M., Zaldívar, F. & Esteve, R. (2002). Validez del modelo conductual en su explicación de problemáticas relacionadas con el peso corporal. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 3 (2): 265, 282.
- Bisquerra, R. & Pérez, A. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XX1*. 10: 61, 82.
- Braguinsky, J. (2002). Prevalencia de obesidad en América Latina. *Anales Sis San Navarra*. 25 (1): 109,115
- Caballero, A., Carrera, P., Sánchez, F., Sierra, B. & Briñol, P. (2001). La influencia de los grupos de referencia en el consumo de los adolescentes. *Estudios sobre consumo*. 57: 23, 36.
- Caballo, V. (2006). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. España: Pirámide.
- Caballo, V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales*. España: Siglo XXI.
- Camacho, C. & Camacho, M. (2005). Habilidades sociales en adolescencia: un programa de intervención. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*. 3: 1, 27.
- Canizales, S. (2008). Aspectos genéticos de la obesidad humana. *Revista de Endocrinología y Nutrición*. 16 (1): 9, 15.

- Chapunoff, E. (2010). *La obesidad Mórbida. ¿Permitirá usted que le quite la vida?* Estados Unidos: Xlibris Corporation.
- Contreras, J. (2008). Preferencias y consumos alimentarios: entre el placer, la conveniencia y la salud. *Colección de estudios sociales. Alimentación, consumo y salud.* 24: 153, 188.
- De la Garza, Y. (2005). Situación nutricional del adulto en el estado de Nuevo León. *Revista de salud pública y nutrición.* 16.
- De Onís, M., Onyango, A., Borghi, E., Siyam, A., Nashidaa, C & Siekmanna, J. (2007) Elaboración de un patrón OMS de crecimiento de escolares y adolescentes. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud.* 85: 660, 667.
- Froufe, S. (1998). Familia y medios de comunicación. *Comunicar.* 10: 21, 26.
- García-Brenes, D. (2010). Alimentación y salud, una relación conflictiva: el caso de España. *Salud Pública de México.* 52 (5), 455-460.
- Gil, A., Martínez, E. & Maldonado, J. (2010). *Tratado de nutrición. Tomo III. Nutrición en el estado de salud.* España: Editorial Médica Panamericana.
- Gómez, S. & Marcos, A. (2006). Intervención integral en la obesidad del adolescente. *Revista Médica de la Universidad de Navarra.* 50 (4): 23, 25.
- Gutiérrez, J. P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., Romero-Martínez, M. & Hernández-Ávila, M. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Guzmán, R. & Lugli, Z. (2009). Obesidad y satisfacción con la vida: un análisis de trayectoria. *Suma Psicológica.* 16 (2): 37, 50.
- Hernández, M. & Sastre, A. (1999). *Tratado de nutrición.* España: Díaz de Santos.

- Laguna, A. (2005). Determinantes del sobrepeso: biología, psicología y ambiente. *Revista de Endocrinología y Nutrición*. 13 (4): 197, 202.
- Lorence, B. (2008). Perfil psicológico de la obesidad mórbida. *Apuntes de psicología*. 26 (1): 51, 68.
- Luque, E. (2008). La obesidad, más allá del consumidor: raíces estructurales de los entornos alimentarios. *Colección de estudios sociales. Alimentación consumo y salud*. 24: 130, 149.
- Macedo-Ojeda, G., Bernal-Orozco, P., López-Uriarte, C., Hunot, B., Vizmanos, F. & Rovillé-Sausse, F. (2008). Hábitos alimentarios en adolescentes de la Zona Urbana de Guadalajara, México. *Antropo*. 16: 29, 41.
- Martínez-Gómez, D., Martínez-De-Haro, V., Pozo, T., Welk, J., Villagra, A., Calle, M., Marcos, A. & Veiga, O. (2009). Fiabilidad y validez del cuestionario de actividad física paq-a en adolescentes españoles. *Revista española de salud pública*. 83: 427, 439.
- Martínez, E. & Maldonado, J. (2010). *Nutrición humana en el estado de salud*. España: Editorial Panamericana.
- Martínez, J., Moreno, M., Marques, I. & Martí, A. (2002). Causas de Obesidad. *ANALES Sis San Navarra*. 25 (1): 17, 27.
- Meléndez, G. (2008). *Factores asociados con sobrepeso y obesidad en ambiente escolar*. España: Editorial Panamericana.
- Monjas, M. & González, B. (Dirs.) (2000). Las habilidades sociales en el currículo. Madrid: *Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Centro de Investigación y Documentación Educativa (CIDE)*.
- Moral, J., Ybarra, J., Álvarez, J., Zapata, J. & González, J., (2011). Adolescentes

- escolarizados: sus hábitos de actividad física y alimentación, un estudio comparativo en el noreste de México. *Factores de riesgo y protección en hábitos alimentarios*. México: Fontamara.
- Moreno, B., Monereo, S. & Álvarez, J. (2006). *La obesidad en el tercer milenio*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Muchik, J. (2006). Identidad territorial y calidad de los alimentos: procesos calificación y competencias de los consumidores. *Agroalimentaria*. 22: 89, 98.
- Northrop, L., & Edelstein, B. (1998). An assertive behavior competence inventory for older adults. *Journal of Clinical Geropsychology*. 4: 315, 332.
- Núñez, H. (2007). Las creencias sobre obesidad de estudiantes de la educación general básica. *Revista Educación*. 31(1): 145, 164.
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Kit, B. K. & Flegal, K. M. (2012). Prevalence of Obesity in the United States 2009-2010. *NCHS Data Brief*. 82.
- Ogden, J. (2005). *Psicología de la alimentación*. España: Ediciones Morata.
- Olaiz-Fernández, G., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Rojas, R., Villalpando-Hernández, S., Hernández-Avila, M. & Sepúlveda-Amor, J. (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. *Instituto Nacional de Salud Pública*.
- Organización Mundial de la Salud. Febrero de 2006. Recuperado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
- Osorio, J., Weisstaub, G. & Castillo, C. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista Chilena de Nutrición*. 29 (3). DOI: 10.4067/S0717-7518200200030000.

- Palomo, A. (2011). Revisión de guías clínicas. Guía de práctica clínica sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad infanto-juvenil. *Apuntes de ciencia-Boletín científico HGUCR*. 1 (1): 12, 22.
- Peñafiel, E. & Serrano, C. (2010). *Habilidades sociales*. España: Editex.
- Perea, A., Bárcena, E., Rodríguez, R., Greenwalt, S., Carbajal, L. & Zarco, J. (2009). Obesidad y comorbilidades en niños y adolescentes asistidos en el Instituto Nacional de Pediatría. *Acta Pediátrica de México*. 30 (3): 167, 174.
- Pérez-Salgado, D., Rivera-Márquez, J. & Ortiz-Hernández, L. (2010). Publicidad de alimentos en la programación de la televisión mexicana: ¿los niños están más expuestos? *Salud Pública de México*. 52 (2): 119, 126.
- Pérez, F. & Zamora, S. (2002). *Nutrición y alimentación humana*. España: Aula de mayores.
- Reséndiz, E., Aguilera, P. & Rocher, M. (2010). Estilo de vida e índice de masa corporal de una población de adultos del sur de Tamaulipas, México. *Aquichan*. 10 (3): 244, 252.
- Riggs, N., Kobayakawa, K., Sakuma & Pentz, M. (2007). Preventing Risk for Obesity by Promoting Self-Regulation and Decision-Making Skills. *Evaluation Review*. 31 (3): 287, 310. DOI: 10.1177/0193841X06297243.
- Rodríguez, F., Aranceta, J. & Serra, L. (2008). *Psicología y nutrición*. Barcelona, España: Elsevier Masson.
- Rodríguez, L., Treviño, C., Cantú, R. & Sandoval, A. (2006). Epidemiología de la obesidad en escolares de un área rural de Nuevo León. *Medicina universitaria*. 8 (32): 139, 142.
- Salas-Salvadó, J., Bonada, A., Trallero, R., Saló, M. & Burgos, R. (2008). *Nutrición y dietética clínica*. España: Elsevier Masson.

- Sánchez-Carracedo, D. & Saldaña, C. (1998). Evaluación de los hábitos alimentarios en adolescentes con diferentes índices de masa corporal. *Psicothema*. 10 (2): 281, 292.
- Semrud-Clikeman, M. (2007). *Social competence in children*. Michigan, USA: Springer.
- Shaw, K., O'Rourke, P., Del Mar, C. & Kenardy, J. (2008) Intervenciones psicológicas para el sobrepeso o la obesidad. La Biblioteca Cochrane Plus. 4.
- Silva, R. (2009). Un modelo psicobiológico de sobrealimentación inducida por estrés. *Revista de psicología de la Universidad de Chile*. 18 (2): 43, 63.
- Soca, P. & Niño, A. (2009). Consecuencias de la obesidad. *Acimed*. 20 (4), 84-92.
- Spegman, A. & Houck G. (2005). Assessing the feeding/eating interaction as a context for the development of social competence in toddlers. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 28: 213, 236.
DOI: 10.1080/01460860500396799.
- Subcomisión de Epidemiología y Comité de Nutrición. (2005). Consenso sobre factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en pediatría. Obesidad. *Archivos Argentinos de Pediatría*. 103 (3): 262.
- Suverza, A. & Haua, K. (2009). *Manual de Antropometría*. México: Universidad Iberoamericana.
- Tejada, A. (2007). Desarrollo y formación de competencias: un acercamiento desde la complejidad. *Acción pedagógica*. 16: 40, 47.
- Trazona, D. (2005). Autoestima, satisfacción con la vida y condiciones de habitabilidad en adolescentes estudiantes de quinto año de media. Un estudio factorial según pobreza y sexo. *Revista de Investigación en Psicología* . 8 (2): 57, 65.

- Trinidad, I., Rodríguez, Fernández, J., Cucó, G., Biarnés E. & Arijá, V. (2008). Validación de un cuestionario de frecuencia de consume alimentario corto: reproducibilidad y validez. *Nutrición hospitalaria*. 23 (3): 242, 252.
- Vainio, H. & Bianchini, F. (2002). *Weight control and physical activity*. IARC *handbooks of cancer prevention*. 6: 83, 206.
- Van-der Hofstadt, C. & Gómez, J. (2006). *Competencias y habilidades profesionales para universitarios*. España: Ediciones Díaz de Santos.
- Varó, J., Martínez, M. & Martínez, J. (2002). Prevalencia de obesidad en Europa. *Anales Sis San Navarra*. 25 (1): 103, 108.
- Vázquez, C., de Cos, A., & López, (2005). *Alimentación y nutrición. Manual teórico práctico*. España: Ediciones Díaz de Santos.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*. 3: 87,116.
- Velázquez, O., Rosas, M., Lara, A., Pastelín, G., Attie, F., Tapia, R. & Grupo ENSA 2000. (2002). Hipertensión Arterial en México: resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. *Archivos de Cardiología de México*. 72 (1): 71, 84.
- Vera, P., Celis, K. & Córdova, N. (2011). Evaluación de la felicidad: análisis psicométrico de la escala de felicidad subjetiva en población chilena. *Terapia Psicológica*. 29 (1): 127, 136.