DINÁMICA FAMILIAR (FUNCIONAL /DISFUNCIONAL) Y NIVELES DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES CON OBESIDAD DEL COLEGIO INDUSTRIAL LUIS MADINA DE LA CIUDAD DE SANTIAGO DE CALI.

LISSETTE OCAMPO RIVERA

VIVIANA CAROLINA SÁNCHEZ

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CATÓLICA LUMEN GENTIUM

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

SANTIAGO DE CALI, 2019

DINÁMICA FAMILIAR (FUNCIONAL /DISFUNCIONAL) Y NIVELES DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES CON OBESIDAD DEL COLEGIO INDUSTRIAL LUIS MADINA DE LA CIUDAD DE SANTIAGO DE CALI.

LISSETTE OCAMPO RIVERA

VIVIANA CAROLINA SÁNCHEZ

PROYECTO DE GRADO PRESENTADO PARA OPTAR EL TÍTULO DE PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA

ASESOR

JOAN SEBASTIÁN CARDONA

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CATOLICA LUMEN GENTIUM

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

SANTIAGO DE CALI, 2019

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN **10**

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN **13**

Planteamiento del problema 13

Formulación del problema 15

OBJETIVOS **16**

Objetivo general 16

Objetivos específicos 16

JUSTIFICACIÓN **17**

MARCO DE REFERENCIA **22**

Antecedentes 22

MARCO CONCEPTUAL **32**

Obesidad 32

Dinámica familiar 34

Adolescencia 37

Ansiedad 38

MARCO TEÓRICO **40**

Adolescencia, una etapa de transición 40

Desarrollo físico y biológico en la adolescencia 41

Desarrollo cognitivo y emocional 41

Desarrollo psicosocial 43

Riesgos en la salud de los adolescentes 44
Teoría psicológica de la obesidad 44
Teoría general de sistemas y la familia como sistema 49
MARCO LEGAL 54
MARCO ÉTICO 59
MARCO METODOLÓGICO 61
Paradigma 61
Método 62
Variables 64
Contextualización 64
Población y muestra 66
Instrumentos 67
Fases de la investigación 70
RESULTADOS 72
DISCUSIÓN 84
CONCLUSIONES 90
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 92
ANEXOS 100
Anexo A. Cuestionario de Ansiedad de Beck 100
Anexo B. APGAR Familiar 101
Anexo C. Consentimiento informado 103
Anexo D. Tablas de Estadísticos 105

Anexo E. Tablas de Frecuencias. 105
Anexo F: Prueba T – Ansiedad 107
Anexo G: Prueba T – Dinámica Familiar 108
Anexo H: Correlaciones 109
Anexo I: Anova 110
Anexo J: Coeficientes 110
Anexo K: Estadística de residuos. 111

TABLA DE ILUSTRACIONES

ILUSTRACIÓN 1: Edad. Se describe el porcentaje por rangos de edad de los adolescentes con IMC altos. 73

ILUSTRACIÓN 2: Edad. Se describe el porcentaje de los rangos de edad para los adolescentes con IMC normales y bajos. 73

ILUSTRACIÓN 3: Género. Identidad de género de los adolescentes con IMC alto. 74

ILUSTRACIÓN 4: Género. Identidad de género de los adolescentes con IMC normal o bajo 74

ILUSTRACIÓN 5: Cohabitación. Cantidad de personas con las que conviven los adolescentes con IMC alto. 75

ILUSTRACIÓN 6: Cohabitación. Cantidad de personas con las que conviven los adolescentes con IMC bajo o normal. 75

ILUSTRACIÓN 7: Dinámica familiar. Se describe el porcentaje de la funcionalidad o disfuncionalidad de los adolescentes con IMC alto. 76

ILUSTRACIÓN 8: Dinámica familiar. Se describe el porcentaje de funcionalidad y disfuncionalidad de los adolescentes con IMC normal o bajo. 76

ILUSTRACIÓN 9: Niveles de ansiedad. Se describe el porcentaje de los niveles de ansiedad presentados por la población con IMC alto. 77

ILUSTRACIÓN 10: Niveles de ansiedad. Se representa el porcentaje de los niveles de ansiedad presentados por la población con IMC normal o bajo. 78

ILUSTRACIÓN 11: Comparación de Género en ambos grupos. Se evidencia la frecuencia, la media y la desviación estándar de ambos grupos. 78

ILUSTRACIÓN 12: Comparación de edades en ambos grupos. Se presenta la frecuencia, la media y la desviación estándar de ambos grupos. 79

ILUSTRACIÓN 13: Comparación de la Cohabitación en ambos grupos. Se presenta la frecuencia, la media y la desviación estándar de la cantidad de miembros con la que conviven los adolescentes. 80

ILUSTRACIÓN 14*:* Comparación de la variable Dinámica familiar. Se evidencia la frecuencia, la media y la desviación estándar de la dinámica familiar en ambos grupos. 81

ILUSTRACIÓN 15: Comparación de la variable Dinámica familiar. Se evidencia el paralelo de la variable de dinámica familiar en ambos grupos. 81

ILUSTRACIÓN 16: Comparación de la variable Niveles de ansiedad. Se evidencia la frecuencia, la media y la desviación estándar de los niveles de ansiedad de ambos grupos. 82

ILUSTRACIÓN 17: Comparación de la variable Niveles de ansiedad. Se evidencia el paralelo de los niveles de ansiedad de ambos grupos. 83

RESUMEN

El objetivo general del estudio es conocer la relación que existe entre la dinámica familiar (funcional/disfuncional) y los niveles de ansiedad de 25 adolescentes con obesidad del colegio Industrial Luis Madina en la ciudad de Santiago de Cali. Al mismo tiempo se plantea como objetivos específicos 1) identificar el tipo de dinámica familiar (funcional/disfuncional) presentes en 50 adolescentes (25 con obesidad y 25 que no presentan dicho estado); 2) establecer los niveles de ansiedad de los 50 adolescentes (25 con obesidad y 25 que no presentan dicho estado); y 3) relacionar el tipo de dinámica familiar (funcional/disfuncional) y los niveles de ansiedad presentes en los 25 adolescentes en estado de obesidad. Para ello se realiza un estudio cuantitativo basado en dos instrumentos: APGAR familiar y el Inventario de ansiedad de Beck. Entre los resultados, se determina que la mayor cantidad de adolescentes presentan una familia funcional y niveles de ansiedad bajos. Se concluye que no existe una relación entre la ansiedad y la dinámica familiar en los adolescentes, por lo que es necesario buscar las causas de su estado desde otros escenarios y factores.

Palabras clave: obesidad, ansiedad, dinámica familiar, adolescencia.

ABSTRACT

The general objective of the study is to know the relationship between family dynamics (functional / dysfunctional) and anxiety levels of 25 adolescents with obesity at the Luis Madina Industrial School in the city of Santiago de Cali. At the same time, the following specific objectives are proposed: 1) to identify the type of family dynamics (functional / dysfunctional) present in 50 adolescents (25 with obesity and 25 who do not have such status); 2) establish the levels of anxiety of the 50 adolescents (25 with obesity and 25 who do not have this state); and 3) relate the type of family dynamics (functional / dysfunctional) and levels of anxiety present in the 25 adolescents in the state of obesity. To do this, a quantitative study is carried out based on two instruments: family APGAR and the Beck anxiety inventory. Among the results, it is determined that the largest number of adolescents have a functional family and low levels of anxiety. It is concluded that there is no relationship between anxiety and family dynamics in adolescents, so it is necessary to look for the causes of their condition from other scenarios and factors.

Keywords: obesity, anxiety, family dynamics, adolescence.

INTRODUCCIÓN

El sobrepeso –estado previo a la obesidad–, afecta al 30% de los niños y jóvenes en Cali (El País, 2017). Dicha situación resulta preocupante, pues la obesidad no sólo es una enfermedad en sí misma sino la causa de otras, tales como diabetes, insuficiencia renal, algunos tipos de cáncer, entre otras (El País, 2018). Al respecto, cabe señalar que los efectos negativos no son exclusivamente físicos sino también mentales, siendo los daños en la autoestima una de sus principales consecuencias (Rodríguez, 2006). Por lo anterior, este trastorno cobra vital importancia desde una perspectiva psicológica, aunque sin desconocer otros puntos de vista como las investigaciones médicas, sociológicas y demás.

Ahora bien, desde un enfoque psicológico la obesidad presenta múltiples causas, como lo son los síntomas de ansiedad o depresión, los cuales se exponen en sentido bidireccional y pueden expresarse también como consecuencias (Jaramillo y Betancur, 2016). Tales síntomas deben considerarse especialmente si se originan en el entorno familiar, pues constituye el grupo social natural primario cuyo objetivo es ser matriz del desarrollo psicosocial de sus miembros (Gutiérrez, Camacho y Martínez, 2007). En otras palabras, los efectos de la dinámica familiar son altamente influyentes en la salud mental de sus integrantes y, por ende, un factor a considerar en el estudio de cualquier tipo de trastorno.

A partir de los anteriores elementos se expone el contexto del presente trabajo: altos índices de sobrepeso y obesidad en los adolescentes de Santiago de Cali, lo cual no sólo se relaciona con malos hábitos alimenticios o poca actividad física sino también con factores psicológicos originados en gran medida en la familia. De tal manera, la pregunta problema que rige esta investigación es: ¿Existe correlación entre la dinámica familiar (funcional/disfuncional) y los niveles de ansiedad de 25

adolescentes con obesidad del colegio Industrial Luis Madina en la ciudad de Santiago de Cali? Para llevar a cabo la pregunta problema se plantea el siguiente objetivo general, demostrar la relación que existe entre la dinámica familiar (funcional/disfuncional) y los niveles de ansiedad de 25 adolescentes con obesidad del colegio Industrial Luis Madina en la ciudad de Santiago de Cali, del cual se desprenden tres objetivos específicos: 1) identificar el tipo de dinámica familiar (funcional/disfuncional) presentes en 50 adolescentes (25 con obesidad y 25 que no presentan dicho estado); 2) establecer los niveles de ansiedad de los 50 adolescentes (25 con obesidad y 25 que no presentan dicho estado); y 3) relacionar el tipo de dinámica familiar (funcional/disfuncional) y los niveles de ansiedad presentes en los 25 adolescentes en estado de obesidad. En otras palabras, se busca demostrar cómo la dinámica familiar afecta los niveles de ansiedad de los adolescentes y, a la vez, cómo dicha ansiedad se convierte en un factor causante de obesidad.

Dicha pregunta problema y objetivos implican llevar a cabo un estudio cuantitativo como Monje (2011) señala:

> Su propósito es buscar explicación a los fenómenos estableciendo regularidades en los mismos, esto es, hallar leyes generales que explican el comportamiento social. Con esta finalidad la ciencia debe valerse exclusivamente de la observación directa, de la comprobación y la experiencia. El conocimiento debe fundarse en el análisis de los hechos reales, de los cuales debe realizar una descripción lo más neutra, lo más objetiva y lo más completa posible (p. 11).

Para la recolección de los datos se emplearon dos instrumentos: el APGAR Familiar para determinar cómo perciben el funcionamiento de la unidad familiar los adolescentes y el Inventario de Ansiedad de Beck –cuyo propósito es medir los niveles de ansiedad de los adolescentes.

La investigación igualmente expone una serie de antecedentes, entre los cuales cabe destacar los siguientes debido a su semejanza en el objeto de estudio: *La obesidad y los factores psicológicos y psicosociales asociados* (Castro y Benedetti, 2012), *Obesidad y su asociación con factores emocionales: estudio comparativo entre alumnos universitarios de nuevo ingreso* (Cárdenas, Alquicira, Martínez y Robledo, 2017) y *Ansiedad, estrés y obesidad en una muestra de adolescentes de México* (Pompa y Meza, 2017). En todos éstos se tiene en cuenta la ansiedad como un factor desencadenante de obesidad; sin embargo, a diferencia del presente análisis toman muestras amplias y no desarrollan un estudio de caso.

Finalmente, cabe señalar que el trabajo presenta cuatro marcos: conceptual, teórico, legal y ético. El primero aborda los términos de obesidad, dinámica familiar, adolescencia y ansiedad; el segundo alude a la adolescencia como una etapa de transición, la teoría psicológica de la obesidad y la teoría general de sistemas y la familia como sistema; el tercero se refiere al artículo 4 de la Constitución Política –el cual señala los derechos de los niños y los adolescentes–, la Ley 1098 de 2006 –Código de la Infancia y la Adolescencia– y la Ley 1355 de 2009 –donde se definen la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles–; y por último, el cuarto presenta la Ley 1090 de 2006 –mediante la cual se dicta el Código Deontológico y Bioético de la Psicología y se reglamenta el ejercicio de la profesión.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Planteamiento del problema

Según la encuesta Nacional de Situación Nutricional realizada por el Ministerio de Salud en el año 2017, el 60% de la población adulta en Colombia sufre de obesidad, de la cual la población adulta en Cali presenta cifras de sobrepeso en un 13.9% y de obesidad en un 28.5%; a su vez, el 30% de los niños y jóvenes tienen sobrepeso (El País, 2017). En palabras del mismo diario, quien sufre obesidad puede tener hasta cinco años menos de vida: “Por ello, se encienden las alertas para concientizar a la sociedad sobre los riesgos y enfermedades que trae consigo este padecimiento, como problemas respiratorios y cardiovasculares, diabetes, insuficiencia renal, cáncer de mama o colon, entre otros” (El País, 2018, p. 1).

Las anteriores cifras revelan la gravedad de la situación y cómo la obesidad se ha convertido en una problemática para la ciudad. Ahora bien, ¿cuáles son los efectos y las causas de dicho trastorno? Además de los mencionados perjuicios para la salud, la obesidad genera dificultades en las personas para contactarse adecuadamente con sus emociones; lo anterior implica limitaciones para el reconocimiento y posterior modulación afectiva, especialmente de estados emocionales negativos (De Lenclave, Florequin y Bailly, 2001). Asimismo, esta condición médica puede ocasionar daños en la autoestima de quien la padece: en el pasado la obesidad era sinónimo de salud, mientras que hoy se considera como fealdad y enfermedad desde un punto de vista cultural estigmatizando el cuerpo obeso (Rodríguez, 2006).

En cuanto a las causas de la obesidad, es necesario tener en cuenta múltiples factores: genéticos (predisposición a la acumulación de energía en forma de grasa), estilo de vida (sedentarismo, poca actividad física), conducta alimentaria inadecuada (comida en exceso) y psicológicos. En relación a estos últimos, se destacan los trastornos de ansiedad, depresión, déficit de atención, hiperactividad, espectro autista y estrés postraumático; cabe señalar que tales trastornos se presentan de manera bidireccional, es decir, son tanto causas como consecuencias de la obesidad (Jaramillo y Betancur, 2016). Al respecto, Bresh (2006) señala que muchas personas refieren que comen cuando están deprimidas y ansiosas, de manera que la ingesta de alimentos reduce sus ansiedades y depresiones. De igual forma, Cabello y Zúñiga (2007) plantean que la génesis de la obesidad se relaciona con eventos de vida estresantes, por lo cual se emplea la comida como refugio ante frustraciones, depresión, necesidades y temores (Braguinsky, Markman y Katz, 1995).

En el marco de dichos elementos causantes de obesidad sobresale el rol preventivo de la familia; como plantean Gutiérrez, Camacho y Martínez (2007):

> El clima familiar se considera un factor importante en el desarrollo de la personalidad, el autoconcepto y el desarrollo afectivo. La familia es el grupo social natural primario que tiene los objetivos de ser protector y matriz del desarrollo psicosocial de sus miembros a través de los padres, además de transmitir la cultura con el fin de que el adolescente tenga los valores y las bases para una autoestima alta y la autorrealización (p. 1).

Tales efectos de la familia sobre sus miembros no se presentan de igual manera en todas las situaciones, sino que por el contrario dependen de su funcionalidad o disfuncionalidad. Sobre dichos términos, Paladines y Narcisa (2010) proponen que

una familia funcional preserva un estado de equilibrio que la mantiene unida a pesar de las crisis y garantiza que cada miembro alcance un mayor grado de madurez; a su vez, definen la familia disfuncional como aquella donde existe una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de sus miembros. En otras palabras, la disfuncionalidad familiar se expone como un escenario propicio para la ansiedad, la depresión y demás factores causantes de obesidad.

A partir de los anteriores elementos, se ofrece un panorama donde la obesidad representa una importante problemática para la ciudad de Santiago de Cali; esto teniendo en consideración sus efectos para la salud física y mental de las personas. En este contexto se hace evidente el rol de la familia y sus repercusiones positivas o negativas en el surgimiento de temores, frustraciones, e incluso ansiedad y/o depresión, que pueden desencadenar en dicho trastorno. En consecuencia, resulta pertinente correlacionar la dinámica familiar (funcional/disfuncional) y uno de los factores generadores de obesidad, como es la ansiedad, en adolescentes que presentan dicha condición.

Formulación del problema

Por lo anterior, la pregunta que rige el presente trabajo es: ¿Existe relación causal entre la dinámica familiar (funcional/disfuncional) y los niveles de ansiedad de 25 adolescentes con obesidad del colegio Industrial Luis Madina en la ciudad de Santiago de Cali.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Conocer la relación entre la dinámica familiar (funcional/disfuncional) y los niveles de ansiedad de 25 adolescentes con obesidad del colegio Industrial Luis Madina en la ciudad de Santiago de Cali.

Objetivos específicos

- Identificar el tipo de dinámica familiar (funcional/disfuncional) presentes en 50 adolescentes (25 con obesidad y 25 que no presentan dicho estado).
- Establecer los niveles de ansiedad de los 50 adolescentes (25 con obesidad y 25 que no presentan dicho estado).
- Relacionar el tipo de dinámica familiar (funcional/disfuncional) y los niveles de ansiedad presentes en los 25 adolescentes en estado de obesidad.

JUSTIFICACIÓN

La obesidad es un tema ampliamente abordado desde el enfoque médico, sociológico y demás; no obstante, debido a su relación de causa y consecuencia con factores como ansiedad, depresión, frustraciones y temores resulta pertinente estudiarlo desde la psicología. Como se ha mencionado anteriormente, dicha condición médica puede generar daños en la autoestima de las personas, por lo cual se reafirma la importancia de estudios desde tal perspectiva.

En palabras de Rodríguez (2006):

> Es un hecho comprobado que el sobrepeso y la obesidad en adultos y niños se ha transformado en un problema mundial de carácter epidemiológico que conlleva graves repercusiones en la salud y la calidad de vida de las personas y en los costos de la atención a la salud de las mismas. Analizar las diversas causas o factores que se relacionan con el origen y curso de la obesidad permitiría practicar intervenciones tempranas a nivel individual, grupal o poblacional que impidan el desarrollo del fenómeno (p. 1).

Desde un contexto socio – antropológico Martínez y García (2007) mencionan que la obesidad es vista desde dos perspectivas; como una condición adaptativa favorable o como un padecimiento, según como el abastecimiento de reservas resulta como un factor de protección ante la carencia de alimentos o se defina en una sobrecarga metabólica. Cabe señalar que la obesidad ha estado presente a lo largo de la historia del hombre, con un cambiante significado social según las características y condiciones de vida en los distintos momentos evolutivos de la

humanidad, incluso en una época en donde se disparó la capacidad de la sociedad para producir y distribuir los alimentos, con lo cual disminuyo el hambre, e implícitamente comenzó la epidemia de la obesidad, producto de las formas de actuar de los individuos con respecto al consumo desordenado o en exceso de los alimentos por diversas características culturales, religiosas o de costumbres, en las que el acto alimentario llego a tener interpretaciones o connotaciones negativas. A causa de las interrelaciones que se crean a través de las experiencias, ideas o percepciones de los individuos de una sociedad se ejerce una influencia en los factores biológicos, psicosociales y culturales que influyen en sus patrones alimenticios y percepción de la imagen corporal (Martínez y García, 2007).

De tal manera, la obesidad se presenta como una problemática de graves consecuencias sociales, justificando la necesidad de estudios que permitan su comprensión y resolución. Ahora bien, surge la pregunta de por qué abordar dicha temática en un contexto familiar y a partir del estudio de varios adolescentes. Como señala Rodríguez (2006): “La familia se considera el grupo básico más relevante de la sociedad. Esta es una afirmación defendida desde numerosas disciplinas –antropología, sociología, psicología, economía, etc.– y que goza de un respetable consenso” (p. 1). Desde la antropología la familia es vista como un “sistema de parentesco” que se podía comparar, identificar, describir y analizar, en donde el parentesco dominaba la sociedad o únicamente era potestad de lo domestico y lo privado, siendo irrelevante para el estudio de la sociedad (Bestard, 1991).

En las sociedades simples el parentesco era considerado como la forma más elemental de lazo social, por el contrario, en las sociedades complejas el parentesco era sustituido por la economía, dado que era considerado como la institución dominante de la sociedad primitiva (Bestard, 1991)., es decir que en una predomino la relación que se tiene con el otro, mientras que en la otra influyo el rango social.

Por su parte, la historia de la familia se planteaba en términos de un creciente desarrollo de la familia conyugal y de una ruptura del individuo del grupo familiar, con el consiguiente predominio de las relaciones afectivas sobre las relaciones instrumentales, donde la familia moderna podía pensarse en términos de un cambio hacia la emoción, el individualismo y lo privado, es decir que la familia podía ser influenciada sin cambiar su estructura y pasar a un aislamiento social (Bestard, 1991).

Finalmente, la historia de las relaciones familiares comenzó con la desintegración de los lazos primarios del parentesco, donde hubo una construcción de una tipología de la familia campesina, en la que el grupo domestico era considerado como un todo ligado a la tierra y al patrimonio.

Por otro lado, desde lo político y lo social la familia es vista como el primer socializador del individuo, donde los padres son la influencia permanente y un modelo a seguir para los hijos, en este sentido puede decirse que esta es el grupo básico de la sociedad, la cual le permite al individuo la inserción a la vida social, así como la adquisición de normas y valores esenciales para la comunidad (Castillo, 2000). De igual manera, el comportamiento político este marcado por determinantes de índole privado y condicionado por las experiencias aprendidas y trasmitidas en el seno familiar, aunque hoy en día ya no se espera de los hijos un apego incondicional a las creencias de sus padres en el ámbito político, sino que se les forma para que desarrollen su propia identidad en el marco de una socialización mucho menos autoritaria (Castillo, 2000).

Finalmente, desde lo psicológico la familia es vista como una institución básica de la sociedad, considerado un sistema abierto, en donde el individuo adquiere sus primeras experiencias, valores, concepción del mundo, etc. Es constituido el espacio por excelencia para el desarrollo de la identidad y es la primera fuente de socialización del individuo (Valladares, 2008). Por lo tanto, abordar una problemática que se desarrolla y repercute dicho contexto, y en consecuencia favorece su comprensión y resolución, se expone como un valioso aporte.

Igualmente, se destaca la relevancia de investigar sobre la adolescencia, pues es un período de la vida con profundos cambios físicos, psíquicos y sociales que convierten al niño en adulto (Rivero y González, 2005), de tal forma que los resultados de un estudio con miembros de esta población son de gran interés e impacto social.

Por otro lado, cabe señalar que el presente trabajo permitirá generar aportes prácticos y metodológicos, en varios sentidos:

1) A partir de los resultados del análisis los adolescentes pueden tomar conciencia del origen de su ansiedad y como su entorno puede afectar su autoestima, etc. A su vez, como estas condiciones pueden modificar su conducta alimentaria.

2) La familia de los adolescentes abordados puede determinar cómo la dinámica familiar lo afecta e incrementa sus niveles de ansiedad, permitiéndole plantearse estrategias para ayudarlo.

3) El estudio se presenta como un documento de consulta para otras familias que posean algún miembro con dicho trastorno alimenticio. A través de investigaciones como estas pueden desarrollar factores de protección frente a las problemáticas.

4) La investigación realizada puede servir como un insumo bibliográfico para las instituciones estatales y privadas encargadas de diseñar políticas públicas para prevenir la obesidad.

MARCO DE REFERENCIA

Antecedentes

Desde una perspectiva psicológica, la temática de la obesidad posee amplios antecedentes en el contexto internacional (y en menor medida en el nacional); diversos estudios exploran su relación con factores como la ansiedad o el estrés, a la vez que el vínculo y los efectos de la dinámica familiar. A continuación, se presentan algunas de estas investigaciones, destacando sus objetivos, métodos, resultados y conclusiones.

En primer lugar, cabe destacar el estudio de Castro y Benedetti (2012) denominado *La obesidad y los factores psicológicos y psicosociales asociados*. Como el título lo indica, el objetivo del trabajo es identificar la relación de tales aspectos con la obesidad en adultos; para ello, se realiza una investigación de tipo descriptiva a partir de revisión de literatura sobre la temática. Una de las conclusiones del análisis es la complejidad para "determinar qué elementos favorecen la aparición de la obesidad o por el contrario son producto de la presencia de ésta como la depresión y ansiedad" (p. 40). Igualmente, se advierte que los resultados pueden variar de un contexto a otro o la muestra adoptada por una determinada investigación no será tan significativa para arrojar datos concluyentes.

Por otro lado, Cárdenas, Alquicira, Martínez y Robledo (2017) plantean un estudio titulado *Obesidad y su asociación con factores emocionales: estudio comparativo entre alumnos universitarios de nuevo ingreso*. Como objetivo principal, la investigación se propone determinar si la obesidad en un grupo de estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) se relaciona con variables

como ansiedad, depresión, baja autoestima y afrontamiento pasivo. El trabajo se desarrolla con 100 estudiantes de diferentes programas académicos, a quienes se aplican cuatro instrumentos: Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad de Beck, cuestionario de autoestima y escala de afrontamiento. El análisis estadístico señala que no hay diferencias significativas en la relación de peso normal y sobrepeso con los factores emocionales; a su vez, se concluye que no hay un perfil psicológico que determine al obeso.

También en México, en el trabajo titulado *Ansiedad, estrés y obesidad en una muestra de adolescentes de México*, Pompa y Meza (2017) desarrollan un estudio con 849 adolescentes para determinar los efectos de tales variables en trastornos de sobrepeso. La muestra se conforma por estudiantes con edades entre 11 y 16 años, con una media de 13,17. La evaluación del estrés se desarrolla mediante la Escala de Estrés Percibido, mientras que la evaluación de la ansiedad se lleva a cabo con la Escala de Ansiedad Manifiesta Revisada. Entre los resultados, se revela que las mujeres con obesidad presentan niveles de estrés y ansiedad más elevados. Como conclusión, los autores plantean que en la atención del sobrepeso y la obesidad se requiere mayor atención a la influencia de perturbaciones emocionales, además de destacar la pertinencia de evaluar otras variables psicológicas “a fin de que las estrategias de intervención en esta problemática sean sensibles a los factores psicosociales que se asocian, y no sólo a la cuestión nutricional y de actividad física” (Pompa y Meza, 2017, p. 8).

Por su parte, Cabrera, González Rico, González Pérez, Vásquez y Troyo (2012), en su investigación *La disfunción familiar como factor de riesgo para obesidad en escolares mexicanos*, se proponen como objetivo identificar la relación entre estas dos variables. Con dicho propósito encuestan a las familias de 452 niños de ambos sexos con edades entre 6 y 9 años; lo anterior teniendo en cuenta ocho áreas:

dinámica de pareja; formación de identidad; comunicación; estructura de autoridad; manejo del conflicto y agresividad; disciplina y método; sistema de valores; y aislamiento e integración sociocultural. Entre los resultados se encuentra que la probable disfunción familiar se presenta en un 52% en niños obesos y en un 40% en niños no obesos. Como conclusión, señalan que es necesario explorar a profundidad la influencia de la dinámica familiar en la patogenia de la obesidad y sus comorbilidades, las cuales pueden dejar secuelas irreversibles en los niños.

En Ecuador, Mora (2017) aborda una temática semejante en el estudio *Percepción de la persona con obesidad sobre su dinámica familiar*. La investigación lleva a cabo entrevistas con 23 personas teniendo en cuenta factores como estereotipo familiar, eventos de la vida, dificultad para el desplazamiento, rol de género, autoridad patriarcal y falso apoyo. Según los resultados, la disfunción familiar se presenta mayoritariamente en las personas con obesidad severa. No obstante, concluye que la estructura familiar no resulta determinante en la presencia de obesidad, puesto que tiene lugar en todo tipo de familias.

También en Ecuador, Carrión (2017) desarrolla la investigación titulada *Funcionalidad familiar y su relación con el sobrepeso y obesidad en adolescentes de bachillerato*. Con el objetivo de relacionar tales variables lleva a cabo una encuesta anónima con 956 estudiantes (hombres y mujeres) de primero, segundo y tercero de bachillerato entre 15 y 19 años; esto teniendo en consideración características sociodemográficas, tipología familiar, Test de Funcionalidad Familiar (FFSIL) y toma de medidas antropométricas. Los resultados determinan que el 25.94% sufren de sobrepeso y obesidad, presentándose mayoritariamente en las mujeres con el 56.05%. El estudio concluye que no existe relación entre funcionalidad familiar y sobrepeso u obesidad, pero “al considerar la variable sexo se determina que los adolescentes varones de familias disfuncionales presentan

riesgo de 3,04 veces más de probabilidad de presentar obesidad que las mujeres con las mismas características" (p. 2).

A su vez, existen otras investigaciones que abordan las temáticas de adolescencia, obesidad, dinámica familiar y ansiedad de manera independiente o en relación a otro tipo de variables, pero que igualmente representan un punto de partida para el presente trabajo; a continuación, se exponen algunas.

Según Fuirellat (2004), en la adolescencia las relaciones sociales, los eventos sociales y la integración al colectivo constituyen principios que rigen y caracterizan esta etapa evolutiva de la vida, donde las grandes contradicciones y crisis ocupan un espacio importante que pueden determinar positiva o negativamente en el propio desarrollo del adolescente. Asimismo, Collipal, Silva, Vargas y Martínez (2006) plantean que en dicha etapa las personas cambian su estructura corporal y mental, por lo cual la imagen corporal de un adolescente se encuentra estrechamente relacionada con su peso.

Carmona (2011) añade la funcionalidad de la familia como un pilar fundamental en la conducta del adolescente, tanto a nivel psicológico y social como alimenticio. Por tal motivo, factores como la alteración en la comunicación, la rebeldía, la no aceptación de los roles, el aislamiento u otros repercuten en sus hábitos. Otro de los elementos que más incide en la obesidad del adolescente es la relación que presente con sus padres, puesto que si tienen tiempo y espacio de calidad para brindarle todo su desarrollo y funcionalidad es mejor. Por el contrario, si los padres son divorciados o existe la ausencia de uno de ellos se presenta una crisis en la que cambia la dinámica de la familia, la jerarquía, los roles y la comunicación,

transmitiéndole a los hijos su propia hostilidad y generando factores que conducen a la obesidad del adolescente.

González, Aguilar, García García, García López, Álvarez, Padilla y Ocete (2012) señalan otro de los factores familiares que inciden en el adolescente:

> Y es que se sabe que un factor de vital importancia en la adopción de hábitos alimentarios poco saludables, y por ello en la aparición de sobrepeso y obesidad entre la población infantil, es el nivel educativo de los progenitores, especialmente de la madre. Son numerosos los estudios que confirman la existencia de una relación significativa entre el bajo nivel cultural de los padres y un estado nutricional inadecuado de sus hijos. De acuerdo con esos trabajos, los progenitores influyen en el contexto alimentario infantil con modelos, a menudo permisivos con la elección de la alimentación de sus hijos y en aspectos tales como el tipo, la calidad, la cantidad y los horarios en que se lleva a cabo (p. 1).

Hay que mencionar además que la influencia de la familia es un elemento sustantivo en la consolidación de la autoestima, el desarrollo de la personalidad, el autoconcepto y el desarrollo afectivo. Por tal motivo, es importante que el adolescente se sienta aceptado y valorado por su entorno familiar: la carencia de estímulos emocionales familiares empobrece la autoimagen y el sentido de vida de los adolescentes, a la vez que les genera un sentimiento de soledad y necesidad de refugio, el cual encuentran muchas veces en la comida. Además, la soledad y el distanciamiento pueden dar paso a la aparición de complejos y sentimientos de culpabilidad que se trasforman en ideas negativas de su vida y para el futuro (Carmona, 2011).

Ahora bien, en cuanto a la obesidad es importante destacar que la Organización Mundial de la Salud (citado en Encinas y Sandoval, 2007) la define como la epidemia del siglo XXI debido a que afecta personas de todos los continentes. La organización plantea que el aumento de este trastorno en muchos países puede estar relacionado con los cambios en la dieta y la disminución de actividad física de la población, ambos fenómenos relacionados con el desarrollo socioeconómico y los cambios en el estilo de vida que dicho desarrollo ocasiona. Por su parte, Collipal *et al.* (2006) señalan que la obesidad se ocasiona cuando se ingieren más calorías de las que se queman. En relación a lo anterior coincide la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) al definir la obesidad como un desbalance entre las calorías ingeridas y gastadas, lo que lleva a un depósito anormal o excesivo de grasa corporal (Castillo, García y Guzmán, 2010).

La OMS añade que existen en el mundo más de un billón de adultos con sobrepeso, de los cuales aproximadamente 300 millones padecen obesidad. Igualmente, señala que si bien la obesidad es fácil de identificar es sumamente difícil de definir en el aspecto psicológico, por lo cual no basta con centrarse en el organismo como sistema biológico para conceptualizar esta enfermedad, sino que es importante analizar los aspectos psicológicos, sociales y culturales que implica. A partir de lo anterior, las consecuencias psicosociales que conlleva esta enfermedad afectan de manera negativa la calidad de vida de las personas, ocasionando que el estigma social contribuya a los índices más altos de ansiedad, depresión y baja autoestima (Encinas y Sandoval, 2007). En el mismo sentido se expresa Vázquez (2004), al plantear las consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas o de los ciclos de pérdida-recuperación de peso en donde los pacientes se sienten culpables por sus fracasos.

En relación a las causas de obesidad, Tapia (citado por Castillo, García y Guzmán, 2010), plantea que su desarrollo y aparición se vincula con diversos factores de origen heterogéneo, pero que desembocan en un fenotipo obeso de la misma forma. De tal manera, este trastorno puede explicarse a partir de factores biológicos, pero también en gran medida desde aspectos ambientales, socioeconómicos, culturales y psicológicos.

Denton y Walters (citado por Campillo, Zafra y Redondo, 2008) destacan la influencia de factores como ansiedad y depresión, así como la ausencia de ejercicio físico. En el mismo sentido, Gómez, Santandreu y Egea (1995) plantean que el abandono del ejercicio, independientemente del sexo, edad, peso y nivel de condición física incrementa los síntomas de negatividad, por lo cual desde un punto de vista biomédico la actividad física crea una serie de hábitos y actitudes que resultan aconsejables. A lo anterior se adhieren Bane y McAuley (citado por Campillo, Zafra y redondo, 2008), quienes afirman que el ejercicio físico tiene efectos positivos en la autoestima, el autoconcepto y la aceptación personal.

Encinas y Sandoval (2007) agregan que para entender la obesidad es necesario considerar los hábitos alimenticios, pues en la última década el comer fuera de casa se ha vuelto cada vez más habitual. Seguido a esto se encuentra la vida sedentaria, ya que la adquisición y disponibilidad extensa de los juegos de televisión, computadora y videojuegos se asocia a una actividad sedentaria en aumento, mientras que la actividad física disminuye. Los autores también aluden a la genética debido a que el predominio de obesidad en la familia sugiere una tendencia genética a ser gordo: los niños obesos tienen generalmente antecedentes familiares de obesidad, especialmente por parte de su madre.

En el marco de los factores que causan la obesidad es necesario reiterar los efectos del contexto familiar, ya sea en cuanto a aspectos psicológicos o de hábitos y costumbres. Esto debido a que, como señalan Cabrera *et al*. (2012), la familia representa la estructura social adecuada para el crecimiento y desarrollo del ser humano, en donde las posibles alteraciones en su dinámica pueden provocar trastornos en el comportamiento de sus miembros, especialmente de los más vulnerables, lo que conlleva repercusiones biológicas y psicoafectivas a largo plazo.

En relación a los factores psicológicos de la dinámica familiar, Cisneros (2011) afirma que la aparición o no de los desórdenes alimenticios se debe a los conflictos y tensiones construidas a lo largo del tiempo entre sus miembros, opuesto a las relaciones entre padres e hijos desarrolladas desde unos estándares de funcionalidad y estabilidad emocional. En tal medida, la familia puede actuar como un factor etiológico de la obesidad debido a que su funcionamiento puede propiciarla o fomentar su preservación (Treasure, Sepúlveda, Whitaker, Todd, López y Whitney, 2007). López y Macilla (citado por Encinas y Sandoval, 2007) añaden que la familia juega un papel determinante en el origen de los problemas alimenticios y que la obesidad puede ser generada por una dinámica familiar disfuncional en donde el individuo obeso funciona como un medio para disminuir los conflictos y tensiones que se presentan por dicha dinámica. En consecuencia, el sobrepeso está directamente relacionado con una alta problemática familiar.

En palabras de Hernández (2006), la familia en su conjunto cumple desde el punto de vista sistémico un rol indispensable en la concepción corporal y el desarrollo de actitudes alimentarias. De tal manera, las conductas negativas hacia la alimentación pueden explicarse por normas y comportamientos perjudiciales inculcados por parte de los padres a sus hijos. Como señala Carmona (2011), resulta entonces evidente que la funcionalidad familiar tiene gran importancia en la obesidad de los

adolescentes debido a que dicho trastorno es una respuesta específica a dificultades del desarrollo. A su vez, el autor plantea que la obesidad no debe entenderse como un problema individual, sino que es una forma de funcionamiento donde la familia tiene un peso importante tanto en su etiología como posterior tratamiento.

En cuanto a los hábitos y costumbres de la familia que pueden generar sobrepeso, Encinas y Sandoval (2007) señalan que es importante darse cuenta de qué manera se lleva a cabo la alimentación, pues en muchas ocasiones los padres no implementan pautas saludables. Asimismo, González *et al.* (2012) plantean que es importante tener en cuenta quién prepara el menú diario, debido a que muchos estudios indican que el estado nutricional de los adolescentes se deteriora cuando no es la madre la persona responsable de programar y elaborar la comida familiar y ésta queda en manos de la abuela, el padre o la empleada doméstica. Los mismos autores destacan que otro factor de gran relevancia es si la familia come reunida o no y el tiempo que los padres pasan por fuera del hogar, pues los adolescentes que comen solos tienden a exceder la ingesta de alimentos.

Por último, otros antecedentes que resulta pertinente mencionar son los relacionados a la ansiedad. Uno de éstos es el llevado a cabo por Guajardo y Peña (2014) en México con 601 estudiantes jóvenes de educación secundaria. En la investigación se determina que las mujeres, al tener un aumento en el índice de masa corporal (IMC), exponen mayores síntomas depresivos que los hombres; es decir, que el presentar depresión en la adolescencia podría asociarse con un factor de riesgo para el surgimiento de obesidad en la adultez joven. A su vez, el estudio evidencia que la ansiedad fisiológica está relacionada con el mayor peso, puesto que puede ser confundida con el hambre y, por lo tanto, el adolescente intenta aminorar tal ansiedad con comida.

En otros estudios, como los de Fassino, Piero y Abbate (citado por Guajardo y Peña, 2014), se plantea que la falta de conciencia perceptiva puede resultar un problema para diferenciar entre los sentimientos de hambre y saciedad, especialmente en las personas con comportamiento desordenado para comer. Asimismo, en el estudio realizado por García y Pompa (citado por Guajardo y Peña, 2014) la obesidad es expresada como un factor de riesgo para la ansiedad, la cual puede ser mitigada a través de las intervenciones multidisciplinarias. Sánchez, Aparicio y Dresch (2006) agregan que la ansiedad afecta de manera directa la salud mental en determinadas etapas de la vida, como la adolescencia, y que niveles altos de ésta pronostican problemas emocionales que se acompañan de ciertas patologías y rasgos perjudiciales.

De tal manera, los trabajos expuestos permiten destacar varios elementos. En primer lugar, se observa que la relación de la obesidad con la dinámica familiar o factores como la ansiedad no obtienen los mismos resultados en todos los contextos. En segundo lugar, se revela que en las investigaciones donde se asume una muestra amplia el factor sexo resulta determinante. En tercer lugar, las investigaciones abordadas permiten identificar instrumentos pertinentes para llevar a cabo la recolección de datos, tales como el Inventario de Ansiedad de Beck. Finalmente, se destaca que ninguno de dichos trabajos aborda la temática de la obesidad de manera amplia y detallada, siendo este uno de los principales aportes del presente estudio.

MARCO CONCEPTUAL

Para llevar a cabo el análisis planteado, resulta necesario definir una serie de conceptos; entre éstos se destacan los siguientes: obesidad, dinámica familiar, adolescencia y ansiedad.

Obesidad

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (citado en Moreno, 2012), la obesidad es una enfermedad crónica caracterizada por el aumento de la grasa corporal asociada a mayor riesgo para la salud. La clasificación actual de obesidad propuesta por la OMS se basa en el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual corresponde a la relación entre el peso expresado en kilos y el cuadrado de la altura; de tal manera, las personas cuyo cálculo de IMC sea igual o superior a 30 kg/m^2 se consideran obesas.

Por su parte, Savarin (citado en García, 2004), plantea que la obesidad es “un estado de congestión grasosa en la cual sin que el individuo esté enfermo los miembros aumentan poco a poco de volumen y pierden su forma y armonía original” (p. 1). A lo anterior se añade la definición de Amatruda (citado en García, 2004), quien plantea que se trata de un desorden metabólico caracterizado por un exceso de grasa corporal: “Esto distingue a la obesidad del sobrepeso, el cual se define como un exceso de peso en referencia con un estándar arbitrario, usualmente el peso deseable de acuerdo con las tablas de peso y talla” (p.1).

Según la Norma Oficial Mexicana (citado en García, 2004), la obesidad también puede definirse como:

> Un estado pre-mórbido, una enfermedad crónica caracterizada por almacenamiento excesivo de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud, asociada en la mayoría de los casos a patología endocrina, cardiovascular y ortopédica principalmente y relacionada a factores biológicos, socioculturales y psicológicos (p. 1).

En palabras de la OMS (2018), la causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. Se ha observado una tendencia mundial a tener una mayor ingesta de alimentos ricos en grasa, sal y azúcares, pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes. La organización señala que otro aspecto de relevancia es la disminución de la actividad física debido a la mayor automatización de las actividades laborales y los métodos modernos de transporte de la vida urbana.

Moreno (2012) comenta que los pacientes que aumentan de peso suelen preservar tal estado a través de mecanismos tanto biológicos como psicológicos. Por consiguiente, “se considera que en las primeras etapas de la obesidad la presencia de mínimos desbalances del equilibrio energético puede llevar a una acumulación gradual y persistente de grasa en la composición corporal” (p. 1). Tales desbalances se observan en la vida cotidiana a través de situaciones donde se disminuye la actividad física; por ejemplo, abandonar un deporte o cambiarse a un estilo de vida más sedentario.

Es importante señalar que la obesidad se considera un factor de alto riesgo para enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, trastornos del aparato locomotor e incluso algunos cánceres (endometrio, mama y colon). A su vez, se considera que sus efectos psicológicos y sociales deterioran la calidad de vida de las personas (Moreno, 2012).

Dinámica familiar

Según Palacios y Sánchez (1996) la dinámica familiar es el tejido de relaciones y vínculos atravesados por la colaboración, intercambio, poder y conflicto que se generan entre los miembros de la familia a partir de la distribución de responsabilidades en el hogar, la participación y la toma de decisiones. En este sentido, la dinámica familiar se puede demostrar como el encuentro de las subjetividades, reglas, normas, limites, jerarquías y roles que normalizan la convivencia, permitiendo que el funcionamiento de la vida familiar se desarrolle armónicamente. Para esto es fundamental que cada individuo que hace parte del núcleo familiar conozca y asuma su rol dentro del mismo, facilitando en gran medida su adaptación a la dinámica interna del grupo. A su vez, Torres, Ortega, Garrido y Reyes (citado en Ceballos, 2017) coinciden en parte en tal definición al señalar que se trata de las relaciones de cooperación, intercambio, poder y conflicto que existen en las familias, las cuales permiten comprender cómo es la relación de éstas a nivel interno.

Por su parte, Gallego (2012) comenta:

> … la dinámica familiar se puede interpretar como los encuentros entre las subjetividades, encuentros mediados por una serie de normas, reglas, límites, jerarquías y roles, entre otros, que regulan la convivencia y permiten que el

> funcionamiento de la vida familiar se desarrolle armónicamente. Para ello, es indispensable que cada integrante de la familia conozca e interiorice su rol dentro del núcleo familiar, lo que facilita en gran medida su adaptación a la dinámica interna de su grupo (p. 333).

Agudelo (2005) complementa estas definiciones al ubicar las dinámicas familiares en las dimensiones psicológica, biológica y social presentes en las relaciones que les permiten a los miembros de la familia el ejercicio de la cotidianidad respecto a comunicación, afectividad, autoridad y crianza. Lo anteriormente mencionado, alude a como las familias en su dinámica interna están atravesadas por una tradición, que, aunque los miembros del grupo comparten desde su individualidad toman diversas posturas frente a lo que los permea como grupo, asimismo, la forma de afrontar situaciones adversas es distinta. A su vez, la dinámica familiar se caracteriza por tener distintos factores, uno de ellos es la comunicación como punto crucial, ya que dentro del grupo familiar se necesita un intercambio de pensamientos, emociones y sentires por medio de un lenguaje verbal o no verbal dentro de las personas vinculadas al grupo familiar.

Magaña (2006) coincide con el anterior planteamiento, afirmando que la comunicación, permite que el ser humano se exprese como es gracias a la interacción con sus semejantes, logrando un desarrollo individual, cultural y social, en tanto exista una retroalimentación e intercambio en las ideas, sentimientos y deseos. Por el contrario, Ares (citado en Gallego, 2012) afirma que dentro de la comunicación en el grupo familiar es necesario tener claridad en los límites, las jerarquías, los roles y los espacios que ocupan, debido a que, si lo anterior no se da, el vínculo y la interacción familiar se puede ver afectada por los malos entendidos entre los miembros del grupo, generando una ruptura en el vínculo afectivo y comunicativo.

Seguido a esto, Bowlby (citado en Gallego, 2012) asevera que el afecto es una de las interacciones más significativas en la vida del ser humano, debido a que la sensación de sentirse amado, respetado y reconocido fortalece la satisfacción personal y el desarrollo humano al interior del grupo familiar, así mismo, el afecto es fundamental para comprender la dinámica familiar.

Por otro lado, la autoridad según Gallego (2012) hace parte de dichos factores, en donde las relaciones humanas están atravesadas por intercambios de poder en relación con la obediencia en cuanto hay un reconocimiento de poder. Habría que decir también, que la división de roles surge a partir del género, es decir que la cultura ha estereotipado, caracterizado y distinguido los comportamientos tanto para hombres como para mujeres, así, por ejemplo, los comportamientos y sentimientos de ternura y llanto son característicos del género femenino, por el contrario, el género masculino es visto por ser emocionalmente fuerte. En este sentido, se puede señalar que los seres humanos se han olvidado de demostrar sentimientos propios de su ser, tales como el amor, el llanto, la tristeza, el cariño y la pasión.

En contraste, Edgell, Rapoport y Rapoport (citado en Gallego, 2012) señalan que el rol ha estado determinado por la obtención de un salario, situación que a lo largo de la historia ha ubicado al género masculino en una situación de privilegio, debido a que, este es el responsable del sustento económico en el núcleo familiar, dejando a la mujer sin privilegios, es decir que mientras el hombre asume el rol de proveedor, esta se encarga de la crianza del cuidado de los hijos, así mismo como del vínculo afectivo que ahí se genera. En este orden de ideas, en el seno de la familia la asignación de roles está sujeta a la productividad de sus miembros.

Finalmente, Yedra y González (2002) plantean que mediante dichas dinámicas aprendemos a relacionarnos unos con otros, manifestar nuestras emociones, expresar sentimientos, alimentar la autoestima y reconocernos como personas únicas e irrepetibles.

Adolescencia

Como señala Alba (2012), la palabra “adolescencia” proviene del verbo latino “adolescere”, que significa crecer. En tal medida, este período de la vida se considera un *constructum*, “es decir, un concepto que se inventó para organizar el conocimiento de un sector de la experiencia humana con variaciones en su duración, sus características, el tipo de vivencias que se dan dentro de la familia de los jóvenes y sus implicaciones sociales” (p. 31).

La OMS (citado por Alba, 2012) plantea que en esta etapa la persona adquiere la capacidad de reproducirse, transita desde los patrones psicológicos de la niñez a los de la vida adulta y consolida su independencia económica. En términos de Luzuriaga (2013), en este período se alcanza un nivel de independencia en relación a la familia, se establecen relaciones de cooperación con los pares, se adquiere sentido de identidad y la vida toma rumbo.

Alba (2012) advierte que en algunas ocasiones se utilizan otros términos como si fueran sinónimos; por ejemplo, “pubertad”, que significa “edad fértil” y se refiere a los cambios físicos que permiten alcanzar la madurez sexual, o el término “juventud”, el cual comprende el período entre los 15 y 24 años de edad y se emplea más aludiendo a los cambios psicológicos y de interacción social que definen la

identidad. En tal medida, la autora recuerda que la adolescencia se define como: …el período que transcurre entre los 10 y 19 años, que comprende la adolescencia inicial o pre-adolescencia, entre los 10 y 14 años, y la adolescencia final, o adolescentes jóvenes, entre los 15 y 19 años, en donde el sujeto alcanza la madurez sexual y busca alcanzar la madurez emocional y social (p. 31).

Por otra parte, como expone Dávila (2004), la teoría psicoanalítica plantea que la adolescencia es el resultado del desarrollo producido en la pubertad y que lleva a cambios en el equilibrio psíquico. En dicha etapa se presenta una transformación en los lazos familiares de origen, otorgándose mayor importancia a la construcción de una identidad. Desde esta teoría la adolescencia se atribuye principalmente a cambios internos. El mismo autor comenta que, en contraste, en la teoría sociológica la adolescencia se entiende a partir de causas sociales externas al sujeto, siendo el resultado de tensiones y presiones que provienen del contexto social, principalmente respecto al proceso de socialización que lleva a cabo el sujeto y la adquisición de roles sociales.

Ansiedad

Según el Diccionario de la Real Academia Española (citado en Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003), el término ansiedad proviene del latín “anxietas” y hace referencia a un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, presentándose como una emoción compleja y displacentera. Por su parte, Johnson y Melamed (1979) plantean que la ansiedad consiste en la emisión de una respuesta difusa, sin causa aparente y descrita como aprensión para el individuo; a lo anterior agregan que el principal atributo es su carácter anticipatorio, es decir que el individuo tiene la capacidad de prever el peligro o amenaza.

En palabras de Marks (citado por Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003), la ansiedad se refiere a la combinación de diferentes manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se expresan en forma de crisis o como un estado persistente y difuso pudiendo llegar al pánico. El autor plantea que la ansiedad puede relacionarse con el miedo, pero se diferencian en la medida que éste se refiere a una perturbación a partir de estímulos presentes.

Sierra, Ortega y Zubeidat (2003) agregan que desde la psicología de la personalidad la ansiedad es entendida en términos de rasgo y estado: desde el punto de vista del rasgo (personalidad neurótica), se presenta una tendencia a responder de forma ansiosa, es decir, "se tiende hacia una interpretación situacional-estimular caracterizada por el peligro o la amenaza, respondiendo ante la misma con ansiedad" (p. 16); por el contrario, cuando la ansiedad es entendida como un estado "se asimila a una fase emocional transitoria y variable en cuanto a intensidad y duración" (p. 16). Como resumen dichos autores:

> … la ansiedad alude a un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto (p. 17).

MARCO TEÓRICO

De manera complementaria a los anteriores conceptos, resulta necesario plantear un conjunto de principios teóricos que permitan abordar el objeto de estudio. Dichos principios se presentan a continuación a partir de tres enfoques: 1) adolescencia, una etapa de transición; 2) teoría psicológica de la obesidad; y 3) teoría general de sistemas y la familia como sistema.

Adolescencia, una etapa de transición

En palabras de Ramos (2012), cuando hablamos de adolescencia hacemos referencia a una etapa conflictiva, de rebeldía e inestabilidad, a la vez que a un proceso de reajuste y descubrimiento de ideales y convicciones. En dicha etapa se generan cambios mentales, sociales y corporales, por lo cual los adolescentes deben adaptarse a su nueva condición de vida. La Organización Mundial de la Salud (citado por Soto, 2013) coincide en tales postulados al afirmar que esta etapa se caracteriza por cambios en tres sentidos: 1) un desarrollo biológico desde el comienzo de la pubertad hasta la total madurez reproductiva y sexual; 2) la evolución desde los estilos cognitivos y emocionales del niño hacia los estilos cognitivos y emocionales del adulto; y 3) un desarrollo social donde el sujeto pasa de un estado de total dependencia de la niñez a un estado de independencia relativa. Asimismo, Piaget (citado por Soto, 2013) señala que durante la adolescencia suelen incrementarse las habilidades cognitivas y se logra tener una capacidad de visualizar situaciones futuras como de considerar las diversas alternativas asociadas a un hecho y de razonar de modo abstracto; en otras palabras, el sujeto adquiere características propias del pensamiento formal.

En consecuencia, la adolescencia se expone como una etapa de reajustes y aprendizaje en diversas dimensiones, por lo cual se torna pertinente desarrollar tales aspectos.

Desarrollo físico y biológico en la adolescencia

Según Ramos (2012), en la adolescencia se llevan a cabo muchos cambios físicos y biológicos que determinan el camino hacia una maduración sexual y corporal que están interrelacionadas con las diversas manifestaciones emocionales, sexuales y de imagen corporal. A su vez, el aumento de talla y de peso en esta etapa es muy notorio, lo que hace que el adolescente presente un cambio marcado de estatura y peso.

Desarrollo cognitivo y emocional

Las operaciones formales de Jean Piaget (1964), nombradas en el libro *Seis estudios de psicología*, plantean que los adolescentes dan un paso a un nivel más alto de desarrollo cognoscitivo debido a que se produce un pensamiento abstracto. Lo anterior, generalmente a los 11 años de edad, cuando pueden construir sistemas y teorías acerca de lo conocido y lo desconocido, es decir, que ya se tiene la capacidad para anticipar, suponer y prever situaciones futuras construyendo teorías abstractas que permitan dar paso a la reflexión. De tal manera, el cambio de pensamiento concreto al pensamiento formal se le atribuye a una combinación entre la maduración del cerebro que se da en esta etapa y al aumento de estímulos ambientales que el adolescente presenta.

Se debe agregar que, en la adolescencia, al ser una etapa de transición entre la niñez y la edad adulta, se presenta una confusión del rol y de las actitudes de los adolescentes, por lo cual existen signos de inmadurez que llevan consigo actitudes y manifestaciones infantiles. Papalia, Olds y Feldman (citado por Ramos, 2012), en su libro *Desarrollo humano*, resumen las características inmaduras del pensamiento del adolescente; una de éstas es el idealismo y carácter crítico, es decir que el adolescente forma un mundo ideal imaginario al cual no hace parte necesariamente, por lo cual responsabiliza a los adultos y los critica, sintiéndose superior a ellos y, por lo general, encontrando críticas y defectos en sus padres. Seguido a esto se encuentra la característica denominada *tendencia a discutir*, en donde el adolescente, al poseer un nuevo razonamiento formal y abstracto, a menudo lo demuestra discutiendo y argumentando cualquier supuesto de los adultos, sea este correcto o no. A su vez, encontramos la *indecisión*, una etapa de descubrimiento de la vida y el ambiente donde los adolescentes manifiestan muchas alternativas en mente, pero debido a su carencia de estrategias de decisión se llenan de incertidumbre. Por otro lado, se encuentra la *hipocresía aparente*, en donde el adolescente no sabe diferenciar entre querer algo y el sacrificio que tiene que hacer para conseguirlo o estar a la altura del mismo. Igualmente, la *autoconciencia* hace parte de esas características inmaduras del pensamiento, en la cual el adolescente –al tener un pensamiento abstracto– ya puede razonar acerca de las ideas de él y de otros; sin embargo, si presenta una preocupación excesiva en lo que piensa a menudo creerá que todos están pensando lo mismo. Por último, se encuentra la *suposición de ser especial e invulnerable*, en donde es común que los adolescentes crean que son especiales, que sus experiencias son únicas y que no están sujetos a ninguna regla; este pensamiento egocentrista da lugar a conductas negativas y de autodestrucción.

Desarrollo psicosocial

Para Ramos (2012), “el desarrollo psicosocial está dado por una serie de aspectos importantes como las relaciones sociales que tiene el adolescente con su familia y amigos” (p. 28). Es aquí donde las habilidades sociales se van adquiriendo a medida que existe un mayor contacto social que le permite al adolescente mejorar y reafirmar sus ideologías, ideales e identidad. Así mismo, los valores y las relaciones con su sistema familiar, junto a las amistades surgidas en el colegio y sus primeras relaciones amorosas, van moldeando y formando su propia identidad.

Para Erikson (citado por Ramos, 2012), en esta etapa el adolescente se enfrenta a una *crisis de identidad*, la cual generalmente nunca se soluciona por completo y se mantiene a lo largo de la vida. Sin embargo, es en esta etapa donde se da un proceso de transformación y búsqueda debido al desarrollo cognitivo y el paso hacia un pensamiento abstracto, en donde el adolescente debe instaurar, conocer y organizar sus propias habilidades, necesidades, intereses y deseos en un contexto no sólo individual sino también social.

Por otro lado, Erikson (citado por Ramos, 2012) plantea que el primer peligro que se presenta en esta etapa es la *confusión de identidad*; no obstante, con el pasar del tiempo el adolescente deberá ir buscando su propio camino mediante la resolución de tres conflictos o problemas: la elección de una ocupación, la adopción de valores en qué creer y por qué vivir, y el desarrollo de una identidad satisfactoria. Para que el adolescente resuelva tales conflictos requiere de ciertos medios y estímulos; sin embargo, cuando no logra afrontarlos se presenta una vulnerabilidad y un alto riesgo de involucrarse en conductas perjudiciales para su vida, tales como el consumo de sustancias adictivas, conductas antisociales, trastornos alimenticios, entre otros.

Riesgos en la salud de los adolescentes

Ramos (2012) plantea que, de acuerdo con los razonamientos que se han venido realizando, resulta importante resaltar que la adolescencia –al ser una etapa de transición donde se presentan múltiples modificaciones en todas las esferas de la persona– representa un proceso complejo que puede dar paso a una serie de riesgos y dificultades para el adolescente. Por lo tanto, la aparición de dichas dificultades dependerá de los estímulos proporcionados por el sistema familiar y social de cada adolescente, como también de las habilidades que posea para enfrentarlas.

Teoría psicológica de la obesidad

Para Hidalgo y Muñoz (2012), “la obesidad es el trastorno nutricional más frecuente en la población infantojuvenil y tiene su origen en una interacción genética y ambiental-conductual, siendo esta última la más importante en el desarrollo de la enfermedad” (p. 568) debido a que crea un desequilibrio entre la ingesta de comida y el gasto energético. Cabe señalar que el progreso de esta enfermedad gira en torno a vivir en *la sociedad de la abundancia* donde hay una importante oferta de alimentos hipercalóricos, cambios en los estilos de vida e inadecuados hábitos alimentarios; así mismo, una ingesta basada en las características físicas de los alimentos y el desconocimiento de sus aportes nutricionales.

Igualmente, la obesidad es vista como una enfermedad multifactorial cuya patología, expresión clínica y tratamiento sólo se pueden entender mediante un enfoque biopsicosocial. Para Velásquez y Alvarenga (2001), ésta es fácil de

identificar y sumamente difícil de definir en el aspecto psicológico; lo anterior en la medida que supone enfrentar y asumir el hecho de que no existe una definición única sino múltiples conceptualizaciones que responden a la existencia de diversas teorías etiológicas, tales como “la energética, la neuroquímica, la genética, la celular, la endocrina, la ambiental y, finalmente, las teorías psicológicas” (p. 92).

Por su parte, Fuirellat (citado por Albornoz, Fuenmayor y José, 2012) considera que existe una relación entre las alteraciones nutricionales y las psicológicas; esto fundamentado sobre la base del carácter particularmente social que tienen la alimentación y la nutrición, como por la influencia que puedan tener en el desarrollo de los procesos psíquicos fundamentales y, sobre todo, por las implicaciones psicológicas y en el orden de las interacciones sociales.

En relación a los aspectos psicológicos de la obesidad, existen diferentes teorías que mencionan factores etiopatogénicos, aunque empíricamente las investigaciones no arrojan resultados claros e indiscutibles que las comprueben. Así, por ejemplo, “es común la atribución psicoanalítica de que el acto de comer posee un *significado simbólico* o bien es posible considerar la obesidad como una manifestación de neurosis con sus componentes depresogénicos, ansiedad y culpa” (Buschiazzo y Saez, 2018). Por esta razón, Caparrós y Sanfeliú (citado por Meza y Moral, 2011) manifiestan que el obeso no sufre de un exceso de apetito sino de un *ansia* de comer, es decir, se encuentra aquejado de una forma particular de control sobre sí mismo.

A partir de lo mencionado anteriormente, la obesidad se considera como una respuesta a tensiones emocionales o como un síntoma de una enfermedad mental

subyacente (Buschiazzo y Saez, 2018). No obstante, no existe total claridad respecto a las causas de este síndrome, por lo cual se revela la necesidad de abordar psicológicamente este problema con un enfoque que considere variables cognitivas, ambientales y afectivas, entre otras: “Esto debiera traducirse en un abordaje idiosincrático y específico a cada paciente, surgiendo, por lo tanto, la necesidad de realizar una evaluación completa de personalidad y del sistema ambiental del paciente obeso que consulta por este problema” (Buschiazzo y Saez, 2018, p. 1).

Para Wadden y Stunkard (citado por Vázquez, 2004) existen tres mecanismos fisiopatológicos para el abordaje de esta enfermedad: primero, la obesidad puede ser un factor de riesgo de otros trastornos; segundo, ser un síntoma de otras condiciones patológicas; y tercero, llegar a ser el estado final de regulaciones homeostáticas. Al respecto, se destaca que las dos primeras se asocian a la psicopatología. Por su parte, Gold (citado por Vázquez, 2004) clasifica en tres mecanismos el patrón alimentario asociado al ajuste emocional en donde, primeramente, la actividad oral funciona como un mecanismo de adaptación ante la presencia de signos de ansiedad, tensión, tristeza y frustración; seguido a esto el hambre reemplaza situaciones de excitación, melancolía o ira y, por último, la comida actúa como una droga para hacer frente a la carencia de ajuste social.

En referencia a lo anterior, la consideración de que diferentes estados disfóricos conllevan a una conducta de sobreingesta se sitúa en la base de todas las teorías psicosomáticas formuladas desde la publicación del trabajo de Kaplan (citado por Vázquez, 2004), en donde señala que la sobreingesta de comida sería una conducta aprendida por el paciente con finalidad ansiolítica; en otras palabras, se busca reducir la activación secundaria a estados emocionales internos. Sin embargo, Robbins y Fray (citado por Vázquez, 2004) manifiestan que la sobreingesta de

comida es el resultado del estrés y la relación entre ansiedad e ingesta resulta curvilínea; de tal manera, el bajo grado de activación incrementa la ingesta mientras que los elevados grados de activación tienen una capacidad inhibidora de la ingesta y el obeso mantiene la alteración de la ingesta no por su capacidad ansiolítica sino porque el alimento actúa como un refuerzo positivo de esta conducta. Igualmente, las condiciones del ambiente en que se desenvuelve un paciente influyen en la percepción que éste tenga en cuanto a su funcionamiento, así como al propio bienestar psicológico o social, especialmente por las características de una enfermedad estigmatizada por la sociedad como lo es la obesidad. Al respecto, los autores plantean que la sociedad es hostil con los individuos que tienen sobrepeso; esto debido a que desde tiempos pasados la sociedad ha creído que la pérdida de peso es una cuestión de fuerza de voluntad, por lo tanto, los individuos obesos se consideran débiles y poco motivados, una visión que se ajusta a las demandas de pérdida de peso fácil prometida por muchos libros de dietas.

Por otra parte, Vázquez (2004) menciona que las actitudes que se tienen respecto a la obesidad parecen estar cambiando con el reconocimiento de que es un padecimiento complejo, multideterminado y con un componente genético. Así mismo, indica que la preocupación por la comida independientemente del grado de obesidad se puede relacionar con la insatisfacción de la imagen corporal y el desarrollo de prácticas riesgosas como son las dietas restrictivas, las cuales conducen al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, situación que causa y preserva el problema de obesidad. En efecto, durante muchos años se ha mantenido la creencia de que los obesos son personas que tienen problemas afectivos o de personalidad que intentan aliviar su problema mediante la conducta de comer; esto ligado a las condiciones ambientales, culturales y sociales en que se desenvuelve un paciente, por lo cual influye en su funcionamiento y bienestar psicológico, físico y social.

Cabe agregar que la obesidad puede ser vista como un síntoma o la consecuencia de un problema de ajuste psicológico o social; no obstante, se debe recordar que ésta es en sí misma un estado patológico que se encuentra permeado por estigmas sociales, lo cual atenta contra las cualidades emocionales de carácter o personalidad de la persona, afectando a cualquier tipo de población independientemente de su edad. Esto sin olvidar las consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas (aumento de depresión, ansiedad, nerviosismo e irritabilidad) o de los ciclos de pérdida-recuperación de peso, en donde los pacientes llegan a sentirse culpables, avergonzados y criticados por su fracaso en distintos escenarios: familiar, social, profesional… Dicha situación conduciendo a la persona obesa a un círculo vicioso del que resulta difícil salir, regresando a la depresión, ansiedad u otro tipo de trastorno (Vázquez, 2004).

Por último, es importante resaltar que las teorías psicológicas en torno a la obesidad surgen “desde la distinción de una obesidad tipo exógeno, en donde no hay alteraciones biológicas que son responsables del exceso de peso corporal, por lo que se busca dar una explicación del problema desde diversos enfoques psicológicos” (Meza y Moral, 2011, p. 2). Para Stroe (citado por Meza y Moral, 2011), estas teorías psicológicas se pueden dividir en subgrupos, teniendo por un lado el enfoque cognitivo-conductual, por otro las teorías interpersonales y de sistemas y, finalmente, la teoría psicoanalítica. Así mismo, respecto a las teorías que integran aspectos biológicos, sociales y psicológicos buscando expresar la obesidad desde la interacción de estas variables, se destaca que: “… asumir un enfoque biopsicosocial de la obesidad conlleva a la necesidad de posicionarse en torno a una teoría psicológica para abordar este tema” (Meza y Moral, 2011, p. 2).

Teoría general de sistemas y la familia como sistema

En términos de Arnold y Osorio (2013), los sistemas son “conjuntos de elementos que guardan estrechas relaciones entre sí, que mantienen al sistema directa o indirectamente unido de modo más o menos estable y cuyo comportamiento global persigue, normalmente, algún tipo de objetivo” (p. 18). A partir de tal definición –y como plantean Feixas y Miró (citado por Cuervo, 2007)–, es posible considerar la familia como sistema y totalidad y no sólo como la suma de sus miembros, pues el cambio en uno de ellos afecta a los otros y sus acciones se encuentran interconectadas.

Asimismo, Friedemann (citado por Refugio y Rodríguez, 2009) plantea que la familia se define como un sistema de miembros que han decidido vivir juntos o interrelacionarse afectivamente con el objetivo de apoyarse unos con otros. Esta teoría comprende cuatro dimensiones: primero, la *coherencia*, la cual alude a las relaciones armónicas que se dan entre los miembros de la familia y que proveen un sentido de unidad y pertenencia familiar a través del respeto, amor e interés unos por otros, además de incluir valores y creencias que les permiten tener vínculos emocionales para la sobrevivencia del sistema. Segundo, la *individuación*, que se refiere a la estructura de identidad personal desarrollada mediante la comunicación con otros sistemas; en esta dimensión hay un fortalecimiento de talentos, iniciativas y conocimientos, los cuales proveen la capacidad de aprender tanto de sí mismo como de los otros. Tercero, el *mantenimiento del sistema*, lo cual abarca la mayor parte de las estrategias de la vida familiar y personal que proveen un sentido de seguridad y autonomía e implican elementos como roles, patrones de comunicación, rituales, normas, valores, toma de decisiones, entre otros elementos. Cuarto, el *cambio de sistema*, que alude a la incorporación de nuevos conocimientos para asumir diferentes conductas respecto a presiones internas personales,

familiares y del ambiente, y así mismo fortalece el control y crecimiento familiar y personal.

A su vez, esta teoría plantea cuatro grandes metas, las cuales se logran a través del equilibrio de las dimensiones mencionadas anteriormente. La primera meta es la *estabilidad familiar*: ésta atiende a la estructura, organización y comunicación que se da en la familia, lo que implica valores y patrones que se transmiten de generación en generación. La segunda es la *espiritualidad*: implica armonía en los patrones de la persona unificada, es decir, ofrece una seguridad interior que le permite a la persona tener un desarrollo interactivo con otros sistemas abiertos mediante lo que aprende de sí mismo y de otros. La tercera es el *crecimiento*: hace referencia a que la meta del crecimiento demanda una reorganización sustancial de valores y prioridades básicas, es decir, que el individuo intenta alcanzar un nuevo nivel de estabilidad basado en un conjunto de valores y prioridades de la vida. Por último, se encuentra el *control*: en ésta se disminuyen las amenazas que surgen del ambiente, se fortalece el sistema y se logra la autoconfianza de sus miembros.

Por otro lado, en un trabajo presentado por Bronfrenbenner (citado por Cuervo, 2007), expresa que la familia es vista como un microsistema interactivo en donde se establecen relaciones con otros microsistemas y, a la vez, se está inmerso en sistemas más amplios. Ese microsistema incluye todas las relaciones directas que los individuos realizan en su vida cotidiana, por ejemplo, la escuela, los amigos y, por supuesto, la familia, la cual es considerada por muchos el microsistema primario del individuo. Por el contrario, el mesosistema comprende las interacciones entre los diversos microsistemas, es decir, la relación entre la familia y la escuela, familia y amigos, familia y vecinos, etc. Para el exosistema las interacciones que se establecen entre la familia se dan por medio de otros sistemas sociales como la comunidad o las instituciones culturales y de asistencia social; sin embargo, el

macrosistema toma en cuenta las características de un sistema socio-cultural en donde se incluyen las estructuras socioeconómicas, creencias religiosas, valores, actitudes rechazadas o valoradas socialmente y circunstancias históricas del lugar y el momento.

A partir de los anteriores planteamientos –y como señala Cuervo (2007)–, es posible determinar que el sistema familiar está compuesto por subsistemas que interactúan constantemente entre sí, dentro de los cuales se encuentran: el conyugal, integrado por los miembros de la pareja; el parental, que empieza tras el nacimiento de los hijos; y, por último, el subsistema filial, integrado por los hermanos. A su vez, el sistema familiar interactúa con otros mesosistemas y exosistemas, los cuales se derivan de las familias extensas y diversas instituciones sociales.

En relación a los conceptos que se involucran en la comprensión de la familia como sistema, Cuervo (2007) expone que la *permeabilidad* es uno de éstos. Dicho concepto parte de la idea de entender la relación de la familia con los demás sistemas sociales; en otras palabras, como su grado de apertura a los contextos en que se encuentra inserta, de lo cual parte la idea de que pueda entenderse como un sistema que tiende a ser permeable o no permeable.

Por otra parte, como expone Hoffman (citado por Cuervo, 2007), el concepto de *circularidad* se define como la interactividad que existe entre los miembros de la familia, la cual permite explicar el hecho de que los cambios de cualquier integrante provoquen cambios en todos los demás:

> La autora ilustra dicho fenómeno cuando se establece la diferencia entre patear una piedra y patear a un perro. En el caso de la piedra la energía que se trasmite por el golpe hará que la piedra recorra cierta distancia, lo que

> puede predecirse por el peso de la piedra y la fuerza del golpe. Sin embargo, si un hombre patea a un perro, la reacción que toma el perro no depende necesariamente de la energía del hombre, porque el perro tiene su propia fuente de energía y el resultado es impredecible, siendo a su vez condicionada la nueva conducta del hombre por la respuesta del perro, y así repetidamente. Este hecho ilustra claramente que para entender el comportamiento humano se hace necesario verlo desde un marco interactivo (Cuervo, 2007, p. 20).

Un tercer concepto derivado de la teoría de sistemas es el de *equifinalidad*, el cual explica el hecho de que un mismo efecto puede deberse a diversas causas. Esto debido a que los cambios que se originan en un sistema están determinados más por las características de la relación establecida entre sus diversos componentes que por la naturaleza inicial de los mismos:

> Por ejemplo, dos parejas pueden presentar similares manifestaciones de agresividad entre ellos; sin embargo, pueden ser muy diferentes en cuanto al tipo de relación que sostienen, sus características de personalidad y las particularidades de sus familias de origen (Cuervo, 2007, p. 21).

Ahora bien, a los anteriores conceptos se adhieren los postulados de Romero (2004). Según la autora, a pesar de las transformaciones sufridas por la familia –tales como la diversificación de formas de agrupación familiar y modificación de expectativas, además de los roles, reglas y límites que estructuran sus pautas de interacción–, ésta continúa desempeñando gran parte de sus funciones y finalidades como sistema, entre las cuales se encuentran:

> (a) como estructura básica conformadora de la personalidad individual y social de sus miembros;

(b) como agencia primaria de socialización;

(c) como red social interpersonal compuesta de “otros significativos” para los que existe, como bien señala Sluzki, C. E. (1998) un “rótulo” (familia, hogar, padre, madre, hermanos, tíos, etc.);

(d) como una estructura que se caracteriza por la espontaneidad y confianza entre los miembros de la red familiar (la expresión “sentirse como en casa” clarifica esta idea) (p. 5).

Para finalizar –y teniendo en cuenta los planteamientos de Romero (2004)–, es importante destacar dos aspectos. El primero de éstos, que la Teoría General de Sistemas proporciona una herramienta conceptual y metodológica para abordar las problemáticas que afectan a dicha institución, incluyendo los sistemas y subsistemas implicados. El segundo, que dicha teoría permite comprender las relaciones bidireccionales entre sus miembros: “De este modo, por ejemplo, la familia representa un contexto de aprendizaje no sólo para los hijos, sino también para los propios padres y restantes miembros del sistema (ley de la reciprocidad de la influencia –causalidad bidireccional–)” (p. 7).

MARCO LEGAL

En el marco del presente estudio es necesario considerar una serie de principios legales en torno a los derechos de los adolescentes; con este objetivo se alude al artículo 44 de la Constitución Política de Colombia –que define los derechos de los niños y futuros adolescentes– y a la Ley 1098 de 2006 –por la cual se dicta el Código de la Infancia y la Adolescencia–. A su vez, es preciso referirse a la Ley 1090 de 2006, mediante la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles.

Según el artículo 44 de la Constitución Política:

> Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos (Congreso de la República de Colombia, 1991, p. 21).

A su vez, dicho artículo establece que los niños gozarán de los demás derechos consagrados en la Constitución y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. También agrega que la familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de proteger a los niños para garantizar su desarrollo integral y el ejercicio pleno de sus derechos.

Por otro lado, con el ánimo de ratificar los derechos de los niños, niñas y adolescentes se crea la Ley 1098 de 2006, mediante la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. Dicha ley establece su finalidad y objeto en los artículos 1 y 2:

> Artículo 1. Finalidad: este código tiene por finalidad garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna.
>
> Artículo 2. Objeto: el presente código tiene por objeto establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes, garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades consagrados en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos, en la Constitución Política y en las leyes, así como su restablecimiento. Dicha garantía y protección será obligación de la familia, la sociedad y el Estado (Congreso de la República, 2006a, p. 1).

La misma ley define en su artículo 7 a qué se refiere la protección integral de los niños, planteando que se entiende como su reconocimiento de sujetos de derechos y la garantía y cumplimiento de éstos. A lo anterior, agrega que “la protección integral se materializa en el conjunto de políticas, planes, programas y acciones que se ejecuten en los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal con la correspondiente asignación de recursos financieros, físicos y humanos” (Congreso de la República, 2006a, p. 2).

Por otro lado, en relación a la obesidad, la Ley 1355 de 2009 señala que es una enfermedad crónica de salud pública, “la cual es causa directa de enfermedades

cardiacas, circulatorias, colesterol alto, estrés, depresión, hipertensión, cáncer, diabetes, artritis, colon, entre otras, todas ellas aumentando considerablemente la tasa de mortalidad de los colombianos" (Congreso de la República, 2009, p. 1). En cuanto a su ámbito de aplicación, el artículo 2 plantea:

> Las determinaciones establecidas en esta ley serán aplicables a las entidades y organizaciones del Estado a nivel nacional y territorial responsables de promover los ambientes sanos, la actividad física, la educación, la producción y la distribución de alimentos, así como a las entidades encargadas de la prestación y la garantía de los servicios de salud y los sectores de transporte, planeamiento y seguridad vial. Serán beneficiarios de esta ley la población colombiana, en especial los grupos vulnerables (Congreso de la República, 2009, p. 1).

Dicha ley establece igualmente que el Estado, a través de los Ministerios y entidades nacionales públicas como Coldeportes, ICBF y Departamento Nacional de Planeación promoverá políticas de seguridad alimentaria, nutricional y de actividad física con el propósito de favorecer ambientes saludables; lo anterior en complemento con estrategias de comunicación, educación e información (Congreso de la República, 2009).

Entre las estrategias para promover una alimentación saludable, la ley plantea en su artículo 4 las siguientes acciones:

- Los establecimientos educativos públicos y privados del país en donde se ofrezcan alimentos para el consumo de los estudiantes deberán garantizar la disponibilidad de frutas y verduras.
- Los centros educativos públicos y privados del país deberán adoptar un programa de educación alimentaria siguiendo los lineamientos y guías que

desarrollen el Ministerio de la Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, para promover una alimentación balanceada y saludable, de acuerdo con las características culturales de las diferentes regiones de Colombia.

- El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, deberá establecer mecanismos para fomentar la producción y comercialización de frutas y verduras, con participación de los entes territoriales, la empresa privada y los gremios de la producción agrícola (Congreso de la República, 2009, p. 2).

A lo anterior se adhieren las estrategias para promover actividad física estipuladas en el artículo 5 de la misma ley, entre las cuales se destaca el incremento y calidad de las clases de educación física en los niveles de educación inicial, básica y media vocacional (Congreso de la República, 2009). Por último, resulta pertinente aludir al artículo 13, en donde se señalan las estrategias de información, educación y comunicación para fomentar ambientes saludables:

> El Ministerio de la Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) adelantarán actividades educativas y acciones que propendan por ambientes saludables dirigidos a promover la alimentación balanceada y saludable de la población colombiana en especial de niños y adolescentes, haciendo énfasis en la generación de ambientes saludables. Para tales propósitos, el Ministerio de la Protección Social y el ICBF atenderán los lineamientos de las Organizaciones Mundial y Panamericana de la Salud (Congreso de la República, 2009, p. 2).

En consecuencia, el marco legal expuesto permite aproximarse al objeto de estudio y sus variables; es decir, a la situación de un adolescente de 16 años con obesidad tipo III y la incidencia de la dinámica familiar en sus niveles de ansiedad. Esto teniendo en cuenta la responsabilidad de cada uno de los distintos actores, como

son las entidades estatales, las instituciones educativas y, de manera destacada, la familia.

MARCO ÉTICO

El desarrollo de la presente investigación implica tener en cuenta ciertas normas que rigen la Psicología y protegen la integridad de la población con la cual se trabaja. A continuación, se citan algunos artículos del Código Deontológico y Bioético establecido por la Ley 1090 de 2006 para dicha profesión.

Según el artículo 2 de la ley, los psicólogos que ejercen su profesión en Colombia deben regirse –entre otros– por los siguientes principios:

> 1. Responsabilidad. Al ofrecer sus servicios los psicólogos mantendrán los más altos estándares de su profesión. Aceptarán la responsabilidad de las consecuencias de sus actos y pondrán todo el empeño para asegurar que sus servicios sean usados de manera correcta.
>
> (…)
>
> 5. Confidencialidad. Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás solo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona u a otros.
>
> (…)
>
> 8. Evaluación de técnicas. En el desarrollo, publicación y utilización de los instrumentos de evaluación, los psicólogos se esforzarán por promover el bienestar y los mejores intereses del cliente. Evitarán el uso indebido de los resultados de la evaluación. Respetarán el derecho de los usuarios de conocer

> los resultados, las interpretaciones hechas y las bases de sus conclusiones y recomendaciones (Congreso de la República, 2006b, p. 1).

A partir de las anteriores consideraciones, se evidencia la responsabilidad del presente trabajo en sus distintos aspectos y etapas, desde la selección de las técnicas empleadas y la competencia para ejecutarlas, hasta la confidencialidad de los resultados y el compromiso con las consecuencias. Asimismo, la ley destaca que la profesión debe encontrarse tanto al servicio del paciente como de toda la sociedad.

Por último, cabe señalar que dicha ley también regula aspectos de la profesión como los requisitos para su ejercicio, los deberes y derechos del profesional, la propiedad intelectual de las investigaciones, entre muchos otros.

MARCO METODOLÓGICO

Paradigma

La presente investigación se desarrolla a partir de un enfoque cuantitativo propio del paradigma positivista. En cuanto a dicho paradigma, Ricoy (2006) plantea: “Su aparición se sitúa en el siglo XIX y principios del XX. Se basa en la teoría positivista del conocimiento. Su acuñamiento se le atribuye a A. Compte y podemos citar entre sus representantes otros autores como Durkheim, Mill, Popper, etc.” (p. 15). La autora agrega que el paradigma positivista se adoptó como modelo de investigación en las ciencias físicas y naturales, y se aplicó posteriormente al campo social y educativo. Entre sus principales supuestos se encuentran:

> – La existencia de un mundo real exterior e independiente de los individuos como seres despersonalizados.
>
> – El conocimiento de ese mundo puede conseguirse de un modo empírico mediante métodos y procedimientos adecuados libres de enjuiciamientos de valor para ganar el conocimiento por la razón.
>
> – El conocimiento es objetivo (medible), cuantifica los fenómenos observables que son susceptibles de análisis matemáticos y control experimental.
>
> – Las condiciones para la obtención del conocimiento se centran esencialmente en la eliminación de los sesgos y compromisos de valor para reflejar la auténtica realidad (Ricoy, 2006, p. 15).

No obstante, Ortíz (2000) expone que el paradigma positivista ha sido reformulado y actualmente es más preciso hablar de post-positivismo, el cual se entiende como un realismo crítico: “… la realidad existe, pero no es completamente aprehensible. Sólo podemos aproximarnos a la realidad” (p. 43).

Por otro lado, en relación al enfoque cuantitativo, Monje (2011) señala:

> Su propósito es buscar explicación a los fenómenos estableciendo regularidades en los mismos, esto es, hallar leyes generales que explican el comportamiento social. Con esta finalidad la ciencia debe valerse exclusivamente de la observación directa, de la comprobación y la experiencia. El conocimiento debe fundarse en el análisis de los hechos reales, de los cuales debe realizar una descripción lo más neutra, lo más objetiva y lo más completa posible (p. 11).

Igualmente, Monje (2011) plantea que debido a la neutralidad valorativa de este enfoque se debe prescindir de todo tipo de enunciados precientíficos, tales como las creencias, la percepción subjetiva, las valoraciones y los prejuicios. En tal medida, el presente estudio se ajusta al enfoque cuantitativo por cuanto realiza una descripción neutra y objetiva de las distintas variables incluidas en la pregunta problema; lo anterior, generando conocimiento a partir del análisis de los hechos registrados.

Método

Como señala Monje (2011), en un estudio cuantitativo el análisis de la información recolectada tiene como propósito determinar el grado de significación de las relaciones entre las variables. Para ello, “el procedimiento que se sigue es hipotético-deductivo, el cual inicia con la formulación de las hipótesis derivadas de la teoría, continúa con la operacionalización de las variables, la recolección, el procesamiento de los datos y la interpretación”. Así mismo, el autor plantea que los datos empíricos constituyen la base para la prueba de las hipótesis; en tal sentido, la presente investigación se ajusta a este método debido a que se obtiene información empírica a través de los instrumentos de APGAR Familiar y Test de

Ansiedad de Beck, lo cual permite determinar la influencia de la dinámica familiar y el nivel de ansiedad en el estado de obesidad de los adolescentes abordados.

A partir de lo anterior, la investigación desarrollada se expone igualmente de tipo correlacional; al respecto, Hernández, Fernández y Baptista (2010) comentan:

> … tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular. En ocasiones sólo se analiza la relación entre dos variables, pero con frecuencia se ubican en el estudio relaciones entre tres, cuatro o más variables (p. 81).

A su vez, teniendo en cuenta el objeto de estudio del trabajo de investigación presenta una perspectiva epidemiológica, porque se trabaja con un tema específico de las ciencias de la salud, así como se abordan las tendencias de una población con respecto a su distribución, frecuencia y factores determinantes del desarrollo de las enfermedades existentes en poblaciones humanas.

Por último, se resalta que el diseño del presente estudio es no experimental. Hernández, Fernández y Baptista (2010) establecen al respecto: “En la investigación no experimental las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas, no se tiene control directo sobre dichas variables ni se puede influir sobre ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos” (p. 149). En otras palabras, el presente estudio no manipula las variables de dinámica familiar y ansiedad, sino que tan sólo se limita medirlas.

Variables

Según plantea Romero (s.f.), “la investigación cuantitativa evalúa la influencia de ciertas condiciones específicas (variables independientes) sobre un fenómeno de interés (variable dependiente) de manera que el resultado pueda ser expresado a través de un lenguaje numérico” (p. 4). De tal manera, las variables independientes del presente estudio son la dinámica familiar y el nivel de ansiedad de los adolescentes abordados, de lo cual se establece su influencia en el estado de obesidad de tales adolescentes. A su vez, cabe señalar que se tomaron dos grupos, uno con obesidad y otro sin obesidad (grupo de control) y se toma en consideración la influencia de factores como edad, género y cohabitación.

Contextualización

El estudio se desarrolla en el Centro Educativo Industrial Luis Madina, con resolución de aprobación Nº 4143.2.21.3289 de junio 15 de 2007, ubicado en la Carrera 94 # 4C- 04 en el barrio Meléndez.

Es una institución privada de carácter mixto, en la cual se maneja calendario A, su rector es el Mg. Anderson Flórez Restrepo, sus coordinadores son el Lic. Alexander Parra Burbano (académico) y Lic. Julián Andrés Flórez Jaramillo (convivencia). Cuenta con la modalidad Técnico – Industrial, ofrece los niveles de primera infancia, básica primaria, básica secundaria y media técnica industrial, dentro de las modalidades técnicas se encuentra electricidad, mecánica automotriz, mecánica industrial, sistema de información y procesos administrativos, así mismo, cuenta con actividades lúdicas como el coro infantil, porrismo, dibujo artístico, obra musical, banda musical, concurso de la canción y concurso literario y en el área deportiva cuenta con futbol, microfutbol y natación.

La misión y visión que corresponde a la institución, fue compartida por un miembro administrativo de la misma.

Misión: El Centro Educativo Industrial Luis Madina educa personas integras con visión humanista apoyadas en el evangelio, formación en habilidades técnicas y calidad en la educación desde la pedagogía social, capaz de ser movilizadores de cambio familiar, social y regional; acorde con las exigencias de un mundo globalizado.

Visión: El Centro Educativo Industrial Luis Madina será reconocido en la ciudad de Cali como una institución Arquidiocesana con proyección universitaria, experta en procesos educativos entorno a la formación de líderes y gestores de paz desde el sentir de la iglesia.

A continuación, se dará a conocer los objetivos organizacionales de la institución, los cuales fueron dados por un miembro administrativo de la misma.

1. Promover el desarrollo integral de la persona en todas las dimensiones desde la perspectiva que promueve la escuela católica.
2. Capacitar convenientemente al estudiante en una especialidad técnica – industrial que le permita integrarse a la actividad creativa y productiva en las mejores condiciones posibles para el desarrollo de la ciudad y la región.
3. Formar personas críticas, analíticas e investigativas en las diferentes áreas del conocimiento, de tal manera que pueda ingresar a la educación superior con buenas posibilidades de permanencia y de éxito.

4. Desarrollar un proyecto de vida en el transcurso de su permanencia escolar, para que pueda canalizar todas sus potencialidades en la búsqueda de mejores condiciones individuales y colectivas.

En el siguiente apartado se hará una descripción del área donde se encuentra ubicada la institución. El barrio Meléndez se encuentra ubicado al sur de Cali en la comuna 18, estrato 3, presenta una infraestructura bastante inestable, ya que gran parte de las viviendas están acentuadas en lugares de alto riesgo, se caracteriza por ser una zona de mucho comercio, sus barrios aledaños son Los Chorros, prados del sur, Lourdes, Caldas. Como punto de referencia se encuentra la estación del Mio Meléndez por la Calle 5, la universidad católica y el Colegio Luis Madina. Finalmente, se encuentra que dentro de las problemáticas sociales están la contaminación auditiva, invasión del espacio público, deficiencia de servicios públicos, hurto y lesiones a personas por parte de menores de edad, homicidios y transporte ilegal (moto ratones, piratas).

Población y muestra

Según plantea Echevarría (2016), la *población* o *universo* corresponde al conjunto de los individuos de interés para la investigación a partir de los objetivos planteados; a su vez, señala que cuando no se puede trabajar con el conjunto de éstos se selecciona un subconjunto, denominado *muestra*. En tal medida, la población del presente estudio corresponde a los estudiantes de grado 8º, 9º y 11º del colegio Luis Medina de la ciudad de Santiago de Cali (175 personas).

Al respecto, cabe señalar que tanto la elección de un colegio como de una población conformada por adolescentes corresponde a un *muestreo por conveniencia*, el cual

“permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos; esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador” (Otzen y Manterola, 2017, p. 230).

Como parte de los criterios de selección de la muestra, se procede a medir el Índice de Masa Corporal (IMC) y se toma una *muestra intencional* de 25 estudiantes que presentan obesidad, es decir, un IMC igual o superior a 30 kg/m^2. Tal tipo de muestra se toma porque “permite seleccionar casos característicos de una población limitando la muestra sólo a estos casos” (Otzen y Manterola, 2017, p. 230), es decir, restringiéndola a los estudiantes con obesidad. A su vez, de los 150 estudiantes sin obesidad se toma un grupo control de igual número de integrantes (25) a partir de un *muestreo aleatorio simple*, es decir, aquel donde se “garantiza que todos los individuos que componen la población tienen la misma oportunidad de ser incluidos en la muestra” (Otzen y Manterola, 2017, p. 230).

Instrumentos

En la recolección de los datos se emplean dos instrumentos: 1) el APGAR Familiar, para determinar cómo perciben los estudiantes abordados el funcionamiento de su unidad familiar; y 2) el Inventario de Ansiedad de Beck, cuyo propósito es medir los niveles de ansiedad de dichos adolescentes. A continuación, se describen tales instrumentos.

Según Suárez y Alcalá (2014), el APGAR Familiar:

> “… es un instrumento de origen reciente, habiendo sido diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington), quien basándose en su experiencia como Médico de Familia propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de Atención Primaria, en su aproximación al

análisis de la función familiar. Este test se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos" (p. 1).

De tal manera, el APGAR Familiar es un instrumento útil en la medida que permite a los equipos de salud tener una aproximación en la identificación de familias con problemas o conflictos; esto con el fin de conocer las necesidades de orientación y fortalecimiento que lleven a la transformación familiar en pro de una sana convivencia y salud mental. Se recomienda aplicar dicho test en situaciones específicas, tales como: pacientes poli- sintomáticos en los cuales se perciba un componente predominantemente psicosocial de las dolencias, particularmente en la ansiedad o depresión; en grupos familiares o pacientes crónicos; cuando es necesaria la participación de la familia en el cuidado de un paciente; a los integrantes de una familia que atraviesa una crisis; a los miembros de familias problemáticas; cuando hay poca o ninguna respuesta a tratamientos recomendados, especialmente en enfermedades crónicas; y en los casos en que otros instrumentos de atención a la familia describan algún evento problemático (Suárez y Alcalá, 2014).

El cuestionario posee cinco preguntas en una escala que evalúa diferentes componentes relacionados con las funciones básicas de la familia: a) adaptación: es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis; b) participación: o cooperación, es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar; c) gradiente de recursos: es el desarrollo de la maduración física, emocional y autorealización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento

mutuo; d) afectividad: es la relación de cariño-amor que existe entre los miembros de la familia; e) recursos o capacidad resolutiva: es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia; generalmente implica compartir ingresos y espacios. También cabe señalar que las respuestas del cuestionario se puntúan entre 0 y 4 puntos, de la siguiente manera: 0: Nunca; 1: Casi nunca; 2: Algunas veces; 3: Casi siempre; y 4: Siempre (Suárez y Alcalá, 2014).

Por otro lado, el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicología (2013) señala que el Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory –BAI–) fue construido por Aarón y Steer y actualizado por última vez en 2011; éste se encuentra diseñado para medir de manera auto-informada “la ansiedad clínica” y el estado de “ansiedad prolongada”. Según este organismo, la puntuación total del BAI es la suma de las respuestas dadas por la persona evaluada a los 21 síntomas. Cada síntoma se puntúa en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, representando lo siguiente: 0, “en absoluto”; 1, “levemente, no me molesta mucho”; 2, “moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo”; y 3, “severamente, casi no podía soportarlo”.

El Consejo General de Colegios Oficiales de Psicología (2013) agrega:

> El BAI se ha diseñado específicamente para medir “la ansiedad clínica”, el estado de “ansiedad prolongada” que en un entorno clínico es una evaluación muy relevante. Mientras que varios estudios han demostrado que varias medidas de la ansiedad (por ejemplo, el STAI) están muy correlacionadas o son indistinguibles de las de la depresión, el BAI se muestra menos contaminado por el contenido depresivo (p. 3).

Asimismo, el instrumento posee varios elementos a favor; entre éstos se destacan: puede aplicarse a una variedad de diferentes grupos de pacientes y a la población normal, a adultos y adolescentes (12 años o más); los materiales son adecuados, claros y sencillos de utilizar; y los ítems representan bien el dominio de los trastornos de ansiedad (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicología, 2013).

Fases de la investigación

En términos de Monje (2011), la investigación cuantitativa se divide en cinco etapas: 1) conceptual; 2) planeación y diseño; 3) empírica; 4) analítica; y 5) difusión. A continuación, se detallan tales fases para la presente investigación.

1) Conceptual: se revisan los antecedentes en torno al tema de la obesidad tanto en el ámbito nacional e internacional, a la vez que se asume la siguiente pregunta problema: ¿de qué manera influyen la dinámica familiar y el nivel de ansiedad de un grupo de estudiantes de bachillerato en su estado de obesidad? Igualmente, se construye un marco teórico a partir de la adolescencia como una etapa de transición, la teoría psicológica de la obesidad y la teoría general de sistemas y la familia como sistema.

2) Formulación y delimitación del problema: se delimita la investigación a los estudiantes de 8º, 9º y 11 del colegio Luis Medina de la ciudad Santiago de Cali. Asimismo, se selecciona el paradigma cuantitativo y los instrumentos de APGAR Familiar e Inventario de Ansiedad de Beck como herramientas para la recolección de información de las variables a correlacionar.

3) Fase empírica: se mide el Índice de Masa Corporal de los estudiantes de 8º, 9º y 11 del colegio Luis Medina de la ciudad de Santiago de Cali; esto con el objetivo de establecer cuáles presentan obesidad y, por ende, asegurar los criterios de selección de la muestra. A dichos estudiantes con obesidad –y a un grupo de igual número sin obesidad, el cual constituye el grupo de control– se les aplica el APGAR Familiar y el Inventario de Ansiedad de Beck.

4) Fase analítica: se contrastan los resultados del APGAR Familiar y el Inventario de Ansiedad de Beck entre los dos grupos: con obesidad y sin obesidad (grupo de control). Lo anterior para determinar si la dinámica familiar y la ansiedad influyen en el estado de obesidad de los estudiantes.

5) Fase de difusión: se difunden los resultados de la investigación con el propósito de contribuir a reducir los factores de riesgo de la obesidad de los adolescentes que presentan dicha condición.

RESULTADOS

La recolección de los datos a cada uno de los 175 adolescentes, se llevó a cabo por medio de un formato creado en Excel, con el fin de conocer el IMC (índice de masa corporal) y así poder clasificar la población con la que se trabajó. Además, durante la aplicación se pudo conocer que solo 25 adolescentes presentan IMC altos, lo cual nos indica que para trabajar con un grupo de control homogéneo frente a la cantidad de adolescentes se necesitarían solo 25 con IMC normal o bajo. Teniendo en cuenta que nuestro objeto de estudio son los de IMC alto. Así mismo, se aplicaron dos cuestionarios para medir la dinámica familiar y los niveles de ansiedad en ambos grupos. Igualmente fue posible obtener datos en relación a las características sociodemográficas de la población objeto de estudio, las cuales fueron recolectadas inicialmente en el momento de la ejecución del formato en Excel, aunque no son de mayor relevancia para el cumplimiento de los objetivos. A continuación, se presentan los resultados generales de algunos de los principales aspectos sociodemográficos.

Se identifica que, respecto a la categoría de edad para los adolescentes con IMC alto, la mayor parte de la población se encuentra entre los 13 y 16 años con un 28% cada uno, seguido por un 16% la edad de 14 años. Los demás rangos de edad pueden observarse en la ilustración 1. Por el contrario, el grupo de adolescentes con IMC normal o bajo, la mayor parte del grupo se encuentra en un rango de edad de 13 años con un 60%, seguido por un 20% la edad de 14 años. Los demás rangos de edad pueden visualizarse en la ilustración 2.

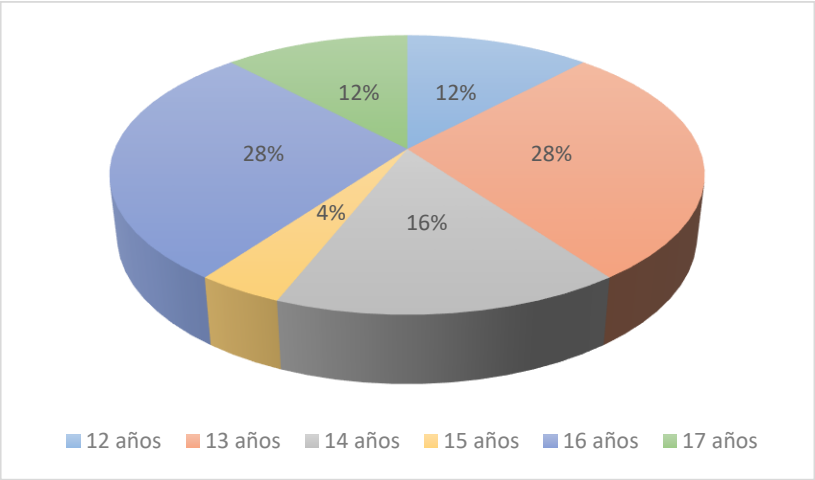


***ILUSTRACIÓN 1**:* Edad. Se describe el porcentaje por rangos de edad de los adolescentes con IMC altos**.**

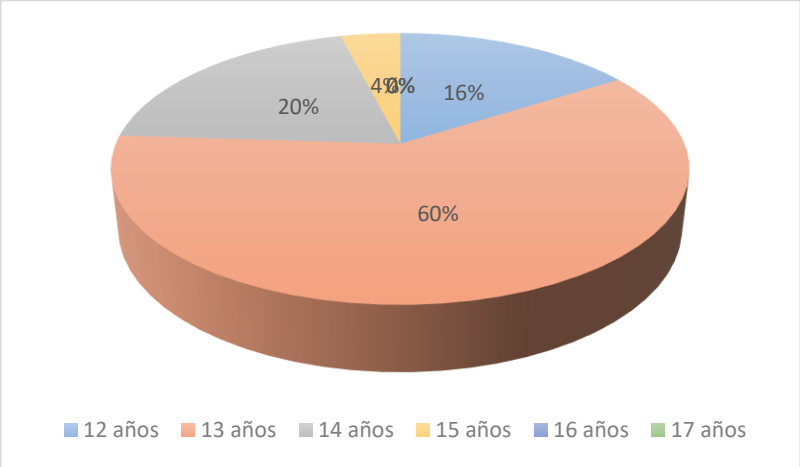


ILUSTRACIÓN 2: Edad. Se describe el porcentaje de los rangos de edad para los adolescentes con IMC normales y bajos.

Por otro lado, haciendo referencia a la categoría de género (ver ilustración 3 y 4), se determina que la mayor parte de la población participe de la investigación en ambos grupos, pertenece al género femenino con un 52%, el 48% al género masculino y el 0% responde a otro.

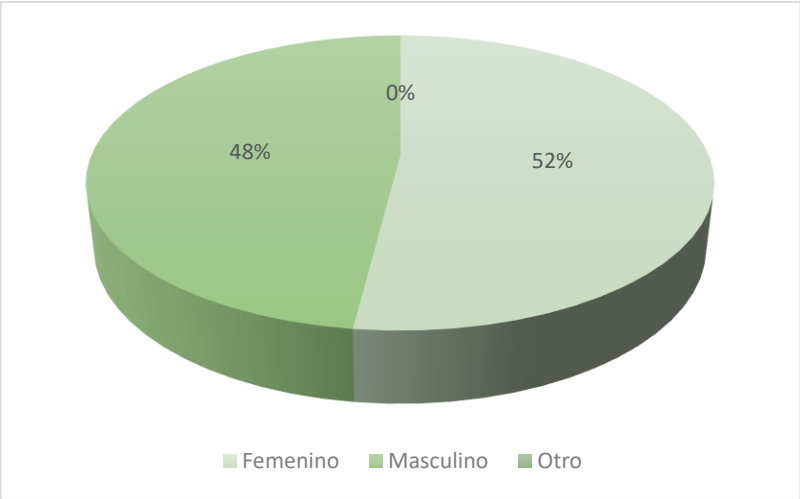


ILUSTRACIÓN 3: Género. Identidad de género de los adolescentes con IMC alto.

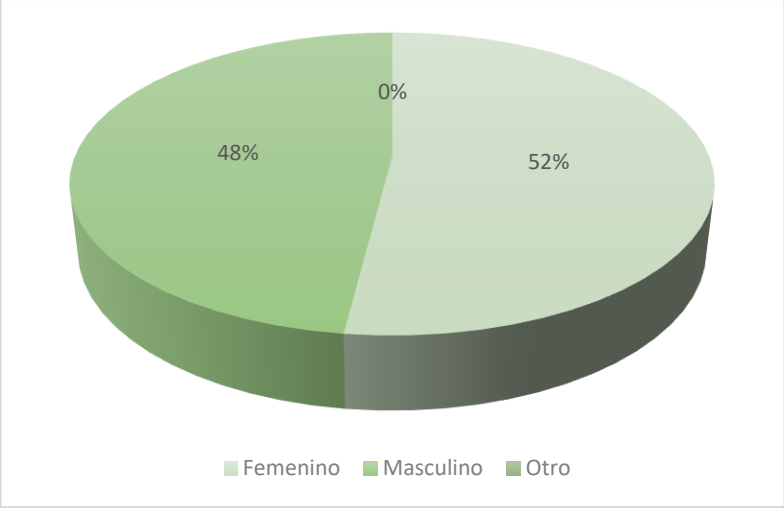


ILUSTRACIÓN 4: Género. Identidad de género de los adolescentes con IMC normal o bajo

Finalmente, en la categoría de cohabitación se encontró que el mayor número de personas con quien conviven los adolescentes es de 3 individuos, con un 44% en ambos grupos, seguido de un 20%, 4 personas para la muestra y un 16% para el grupo control. Los otros rangos se pueden evidenciar en las ilustraciones 5 y 6.

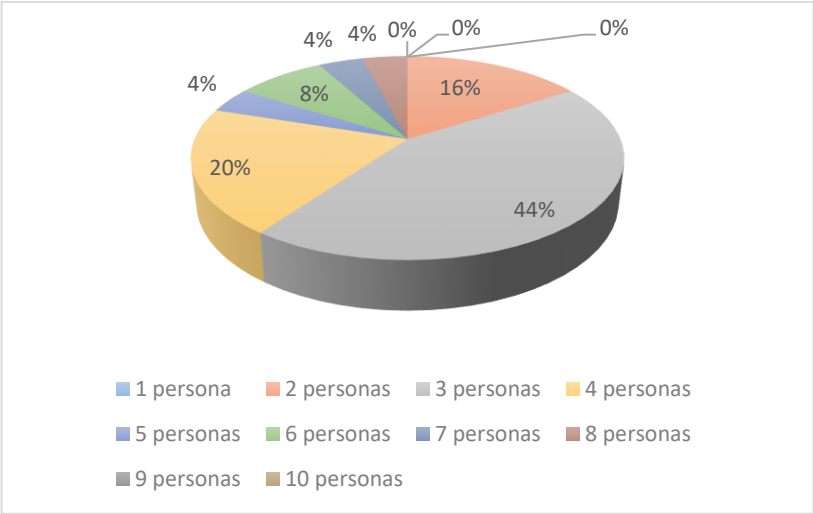


ILUSTRACIÓN 5: Cohabitación. Cantidad de personas con las que conviven los adolescentes con IMC alto.

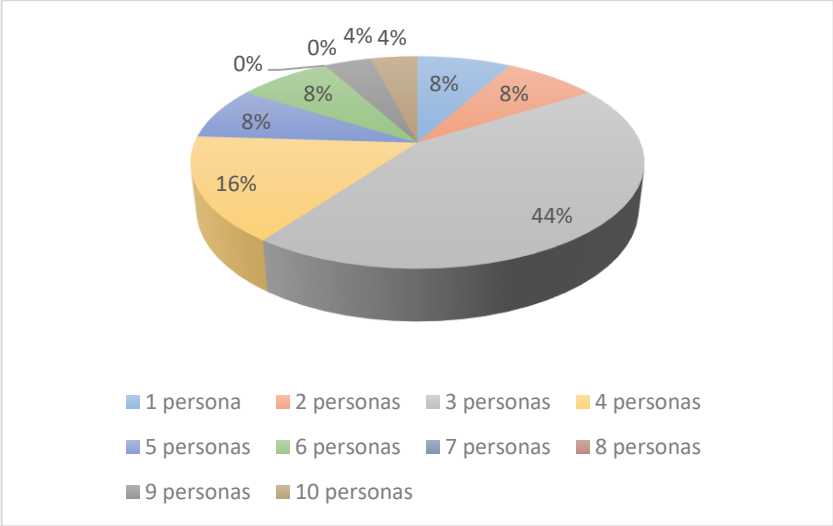


ILUSTRACIÓN 6: Cohabitación. Cantidad de personas con las que conviven los adolescentes con IMC bajo o normal.

A continuación, se presentan los principales datos sobre las variables abordadas. En relación a la variable de dinámica familiar de los adolescentes que presentan IMC altos el 56% presenta una dinámica familiar normal, el 32% disfunción leve, el

12% disfunción moderada y un 0% disfunción severa. Por el contrario, los adolescentes que presentan IMC normal o bajo, muestran un 28% dinámica familiar normal, disfunción leve un 52%, disfunción moderada el 16% y disfunción severa 4%. Como se puede observar en las ilustraciones 7 y 8.

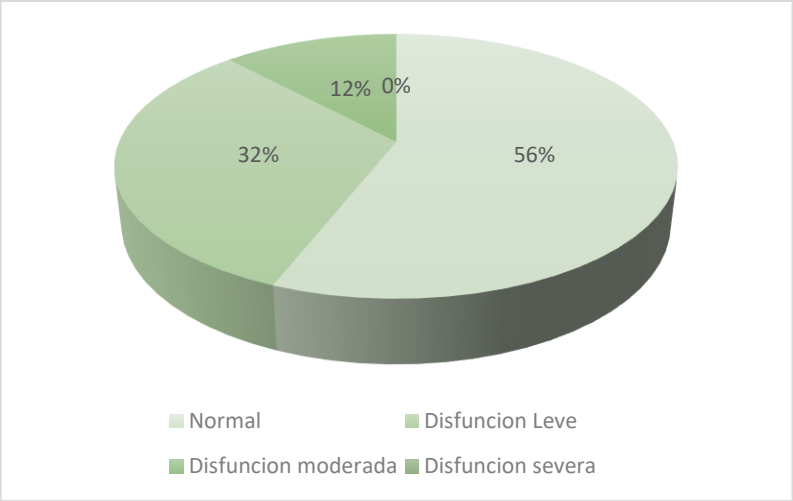


ILUSTRACIÓN 7: Dinámica familiar. Se describe el porcentaje de la funcionalidad o disfuncionalidad de los adolescentes con IMC alto.

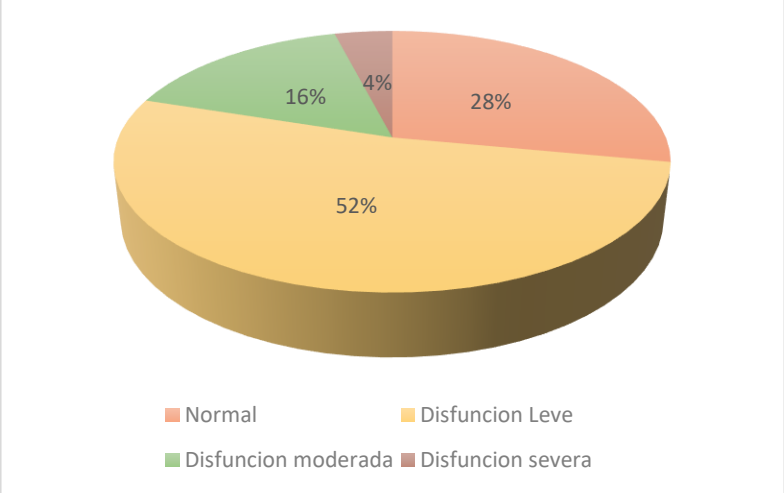


ILUSTRACIÓN 8: Dinámica familiar. Se describe el porcentaje de funcionalidad y disfuncionalidad de los adolescentes con IMC normal o bajo.

Finalmente, haciendo referencia a los niveles de ansiedad (ver ilustración 9 y 10), se determina que, en la población con IMC alto, el 56% presenta una ansiedad baja, el 36% ansiedad moderada y el 8% ansiedad severa. Mientras que en la población con IMC normal o bajo el nivel de ansiedad bajo se encuentra en un 72%, ansiedad moderada en un 28% y no se presenta ansiedad severa con un 0%.

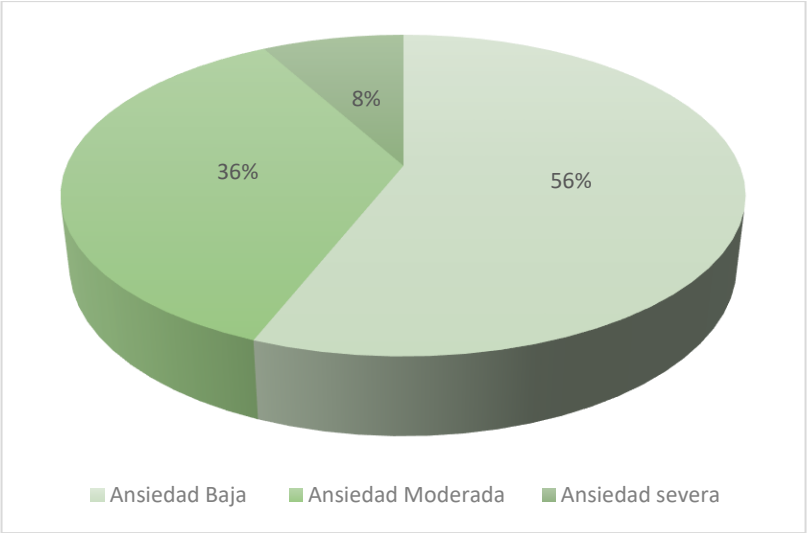


ILUSTRACIÓN 9: Niveles de ansiedad. Se describe el porcentaje de los niveles de ansiedad presentados por la población con IMC alto.

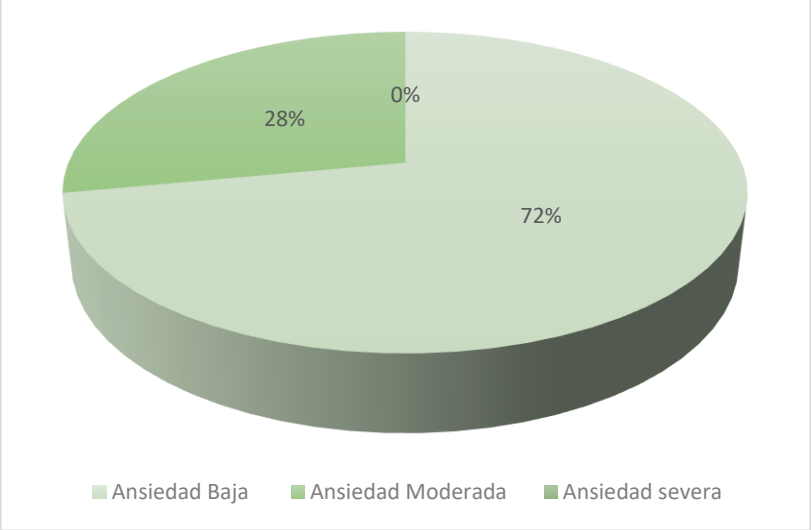


ILUSTRACIÓN 10: Niveles de ansiedad. Se representa el porcentaje de los niveles de ansiedad presentados por la población con IMC normal o bajo.

Respecto al género en ambos grupos se presenta una tendencia de 1,52 y una desviación estándar de 0,505, siendo el género femenino el que predomina (ver ilustración 11).

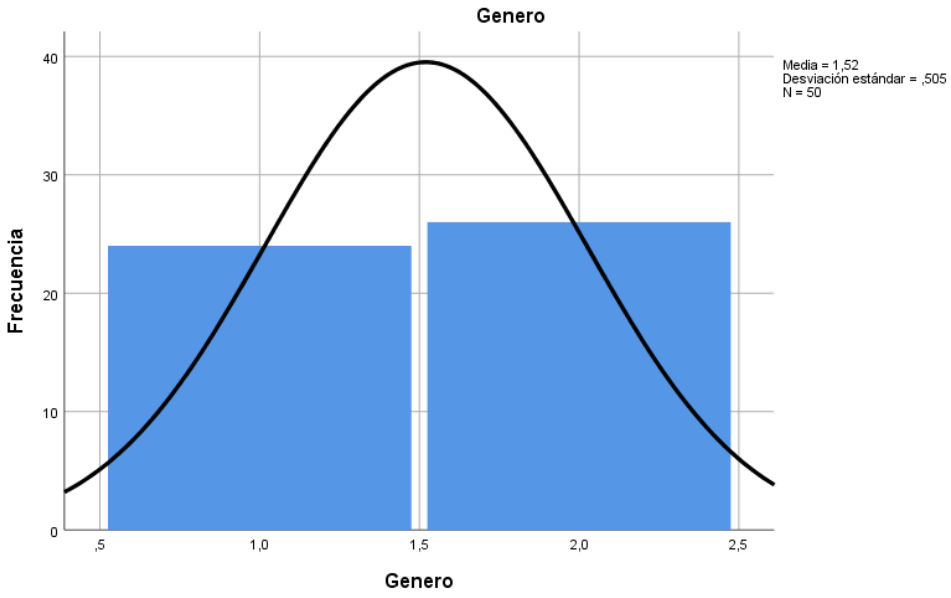


ILUSTRACIÓN 11: Comparación de Género en ambos grupos. Se evidencia la frecuencia, la media y la desviación estándar de ambos grupos.

Referente a la edad de ambos grupos, se muestra una tendencia del 13,78 y una desviación estándar de 1,461, siendo la edad de 13 años la que más frecuencia tiene (ver ilustración 12).

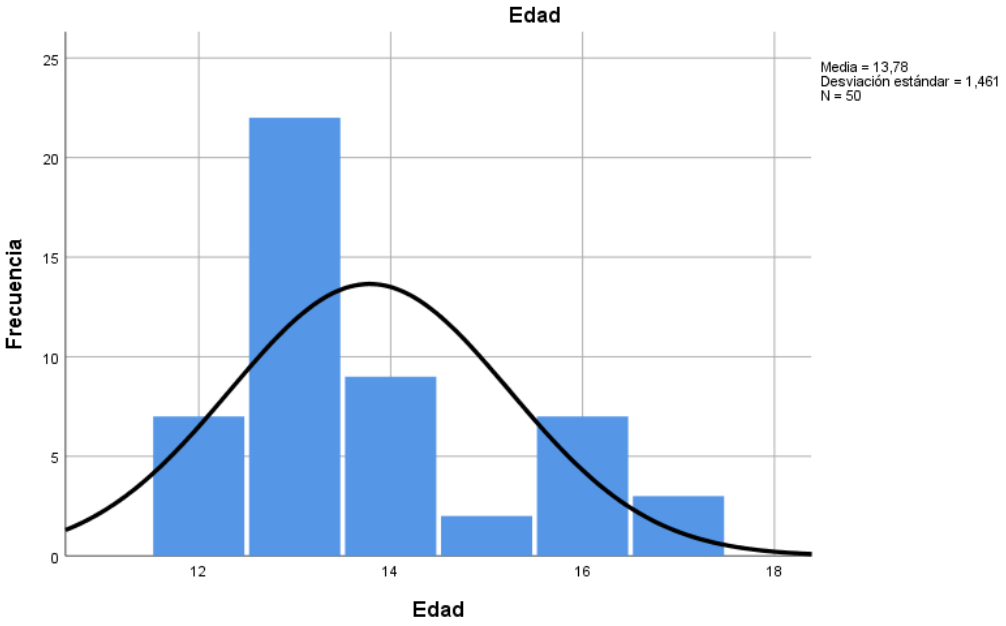


ILUSTRACIÓN 12: Comparación de edades en ambos grupos. Se presenta la frecuencia, la media y la desviación estándar de ambos grupos.

En cuanto a la cohabitación de ambas poblaciones, se observa que existe una tendencia de 3,78 y una desviación estándar de 1,844, siendo 3 personas la cantidad de miembros de la familia que más predomina en los adolescentes (ver ilustración 13).

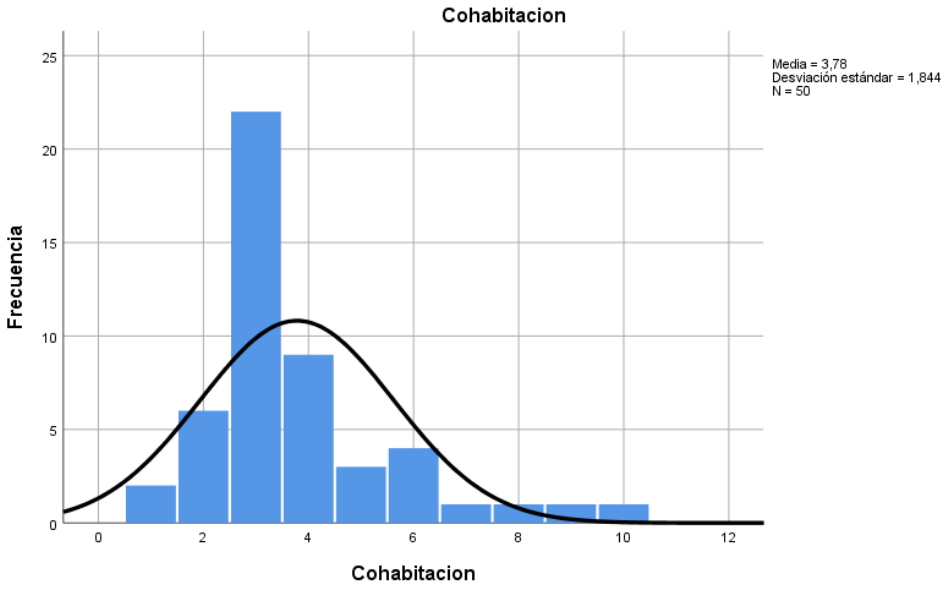


ILUSTRACIÓN 13: Comparación de la Cohabitación en ambos grupos. Se presenta la frecuencia, la media y la desviación estándar de la cantidad de miembros con la que conviven los adolescentes.

Finalmente, se comparan las dos variables que rigen nuestro trabajo de investigación en ambas poblaciones. En cuanto a la dinámica familiar, se evidencia una media de 1,76 y desviación estándar de 0,771. Esto confirma que la disfuncionalidad moderada y severa tiene mayor tendencia en el grupo control, por el contrario, la dinámica familiar normal y la disfuncionalidad baja se presenta en mayor tendencia en la muestra (ver ilustración 14 y 15).

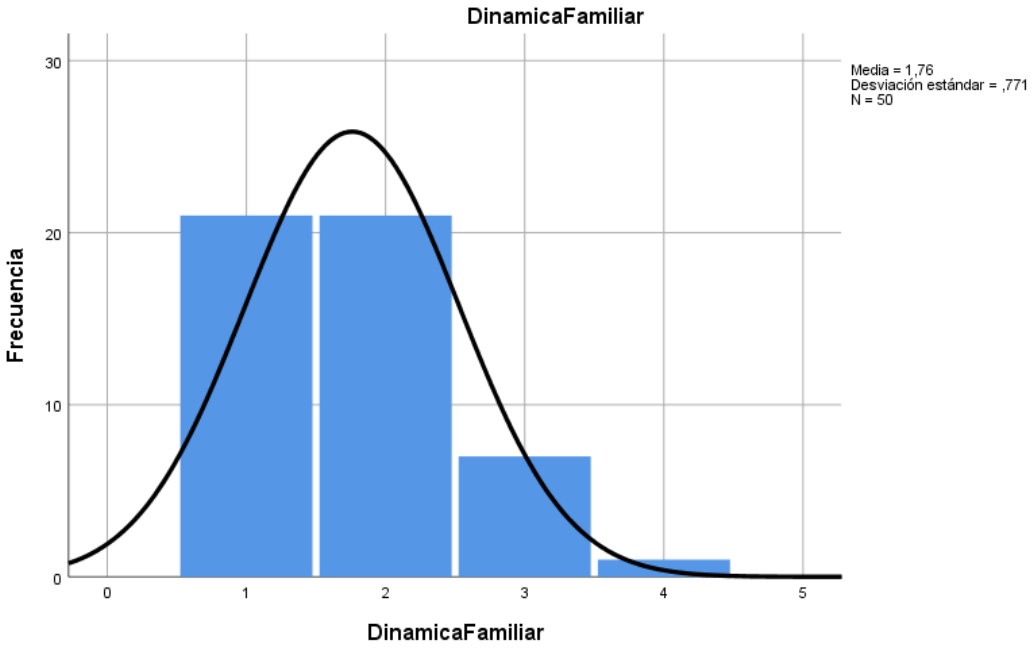


ILUSTRACIÓN 14: Comparación de la variable Dinámica familiar. Se evidencia la frecuencia, la media y la desviación estándar de la dinámica familiar en ambos grupos.

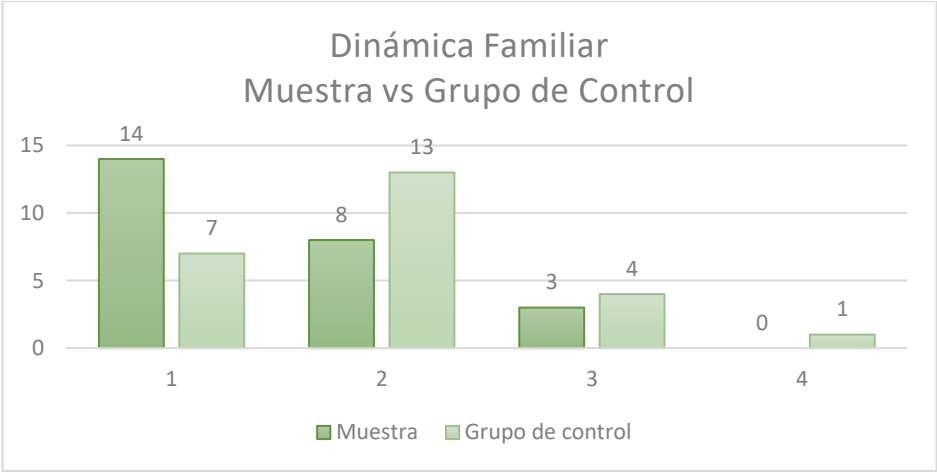


ILUSTRACIÓN 15: Comparación de la variable Dinámica familiar. Se evidencia el paralelo de la variable de dinámica familiar en ambos grupos.

En referencia a los niveles de ansiedad, se observa que se hay una media de 1,4 y una desviación estándar de 0,571, donde se deduce que la ansiedad moderada y severa tiene mayor tendencia en la muestra, mientras que en el grupo control predomina la ansiedad baja (Ver ilustración 16 y 17).

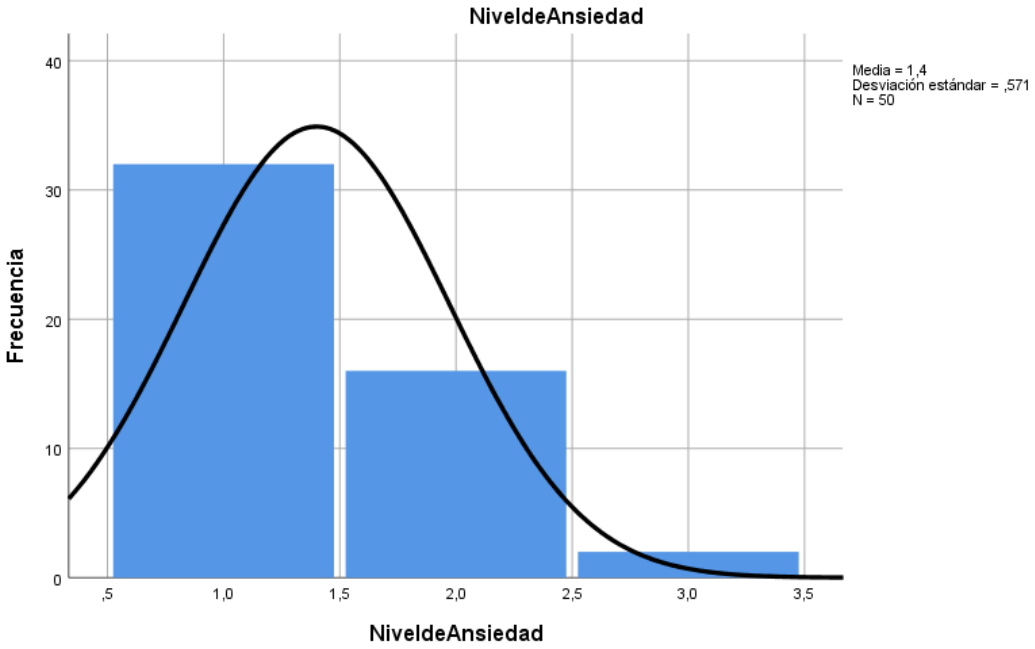


ILUSTRACIÓN 16: Comparación de la variable Niveles de ansiedad. Se evidencia la frecuencia, la media y la desviación estándar de los niveles de ansiedad de ambos grupos.

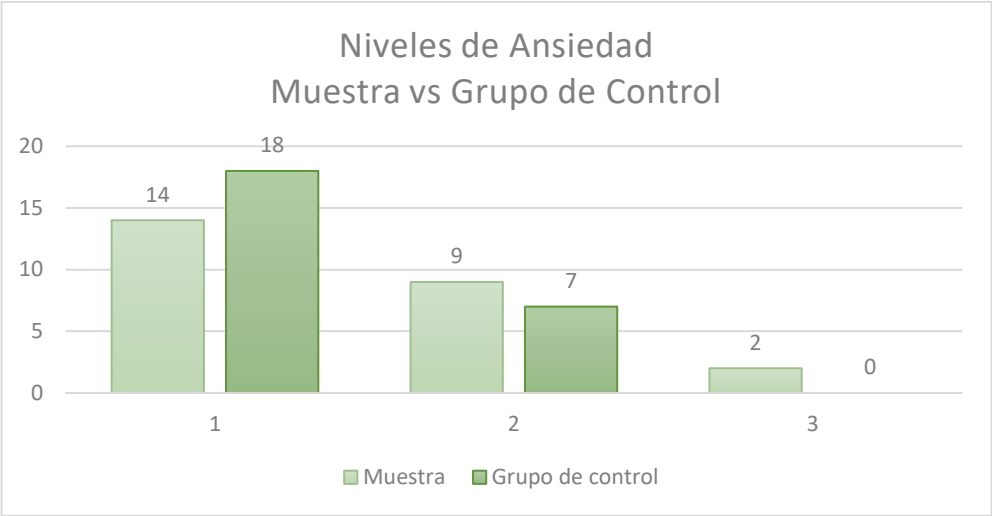


ILUSTRACIÓN 17: Comparación de la variable Niveles de ansiedad. Se evidencia el paralelo de los niveles de ansiedad de ambos grupos.

DISCUSIÓN

Para el análisis de los datos obtenidos, se empleó el programa estadístico informático JASP, con el fin de darle tratamiento estadístico a la información.

A continuación, se presentan los hallazgos evidenciados en el desarrollo del presente estudio, para esto, se hace referencia a las correlaciones de las variables dinámica familiar y niveles de ansiedad de los adolescentes con obesidad, para lo cual, se toma el porcentaje global de los resultados del APGAR familiar y cuestionario de ansiedad de Beck. A partir de esto, es posible identificar que, la población objeto de estudio en comparación al grupo control no muestran variaciones significativas (F= 2,074) con respecto a la distribución de las variables independientes (dinámica familiar y niveles de ansiedad), por tal motivo solo se trabajó con los adolescentes con IMC altos. Así mismo se presenta una correlación de 194 respecto al coeficiente de correlación de Pearson entre el IMC y niveles de ansiedad, entre niveles ansiedad y dinámica familiar se presenta una correlación de 083 respecto al coeficiente de correlación de Pearson y entre el IMC y la dinámica familiar se presenta una correlación negativa de -192, respecto al coeficiente de correlación de Pearson. Por medio de este puntaje es posible establecer que la dinámica familiar no aumenta ni disminuye el IMC de los adolescentes, pero la ansiedad tiende a presentarse en adolescentes con obesidad, aunque este no sea el único detonante de esta condición.

Estos resultados obtenidos confirman que la variable de dinámica familiar en nuestro objeto de estudio se presenta de manera funcional, es decir que los adolescentes le otorgan los puntajes mas altos a los cinco componentes que mide

el APGAR familiar (adaptación, participación, gradiente de recursos, afectividad, y recursos o capacidad resolutiva). De tal manera se logra determinar que los padres de los adolescentes objetos de estudio dedican tiempo y espacio de calidad (Carmona, 2011) desde su infancia. A su vez, en el componente de adaptación se evidencia que puede existir buenos recursos para la resolución de conflictos dentro del entorno familiar, tales como el diálogo. La participación también se expresa en términos positivos, pues cada miembro ejerce un papel importante tanto en la toma de decisiones como en la responsabilidad frente a los roles del hogar. En cuanto al componente de crecimiento se podría observar una maduración emocional, física y de autorrealización entre los miembros de la familia, lo cual se explica en gran medida gracias al soporte y ayuda mutua. En el área afectiva se expresa una relación de amor y atención entre los individuos, a la vez que en el componente de recursos se podría evidenciar un compromiso y determinación en la dedicación tiempo, espacio y dinero entre los mismos. Todo lo anterior revela dinámicas familiares funcionales, lo que permite que el vínculo de los adolescentes con los integrantes de la familia se presente de manera armónica, como se afirmo arriba, Friedemann (citado por Refugio y Rodríguez, 2009), menciona la coherecia como una de las dimensiones de la teoria general de los sistemas, haciendo referencia a esas relaciones armonicas que se dan entre los miembros de la familia, donde estan presentes valores y creencias que le permiten al individuo tener vinculos emocionales para la sobreviviencia del sistema. A su vez, se ve reflejada la dimension del mantenimiento del sistema donde la mayoria de los integrantes de la familia adoptan estrategias que promueven el sentido de seguridad y autonomia, en estas se ven implicados elementos como los roles, patrones de comunicación, normas, valores, entre otros elementos, seguido a esto se evidencia el cambio de sistema, en el cual se incorporan nuevos conocimientos, con el fin de asumir diferentes conductas respecto a presiones internas.

Finalmente, se observo que dentro de estas dimensiones se da cumpliemiento a las cuatro metas, primeramente, se evidencia la estabilidad familiar, la cual se encarga de la estructura, organización y comunicación de los miembros de la familia, la segunda es la espiritualidad, donde la armonia en los patrones de la persona unificada, ofrece seguridad interior permitiendole a la persona tener un desarrollo interactivo con otros sistemas abiertos, mediante lo que aprende de otros y de si mismo, tercero el crecimiento, en donde el individuo intenta alcanzar un nuevo nivel de establidad basado en un conjunto de valores y prioridades de la vida y por ultimo esta presente el control, en el cual se logra la autoconfianza de sus miembros y el fortalecimiento del mismo, gracias a la disminucion de amenazas que surgen del ambiente.

Mediante la realización del Inventario de ansiedad de Beck, se encontró que los adolescentes objetos de estudio tienen mayor tendencia a una ansiedad moderada y severa, factor que puede ser positivo a la hora de mantener concentrado y de afrontar los retos que la sociedad o los pares le imponen por su condicion fisica, o negativo cuando esa ansiedad es desproporcionada con el entorno y ésta no le permite una reacción frente a una situación de peligro, ocasionando que se sientan indefensos y haya un deterioro en el funcionamiento psicosocial y físico.

Por lo anterior se determina que la mayoría de los adolescentes con IMC alto u obesos, objetos de estudio pertenecen a una familia funcional donde se expresan relaciones de afecto y armonía con sus padres y demás miembros de la familia, por lo cual las dinámicas familiares no inciden negativamente en sus niveles de ansiedad y, por ende, de obesidad.

Lo anteriormente mencionado es fundamentado a partir de planteamientos teóricos como Camacho, Nakamura y Mathews (citado por Carrión, 2017), quien explica ¿qué es una familia funcional y cómo los adolescentes abordados y su entorno familiar se ajustan a dicha definición?, la familia funcional es aquella cuyas relaciones e interacciones hacen que su eficacia sea aceptable y armónica. En tal tipo de dinámica familiar los roles de todos los miembros se encuentran establecidos y no se presentan posiciones de superioridad artificial por ninguno de éstos; a su vez, se caracteriza porque todos sus miembros trabajan y contribuyen por el bienestar colectivo. Lo anterior se ve reflejado en la mayoría de los adolescentes con IMC alto ya que desde su infancia han contado con el apoyo de su familia, a la vez que se evidencian recursos –tales como el diálogo– idóneos para la resolución de conflictos. Igualmente, se tienen en cuenta las decisiones de cada miembro de la familia, así como la responsabilidad que cada uno ejerce en el hogar, al mismo tiempo que se observan límites claros y permeables con reglas flexibles, por lo cual el funcionamiento familiar es armónico entre sus integrantes.

En relación a lo anterior, Cisneros (citado por Williamson, 1990) afirma que la aparición o no de los desórdenes alimenticios se debe a los conflictos y tensiones construidos a lo largo del tiempo entre los miembros de la familia, esto se ve evidenciado en algunos adolescentes que presentaron IMC normal o bajo. En tal medida, ésta puede actuar como un factor etiológico o causante debido a que su funcionamiento propicia la aparición de dichos trastornos, a la vez que si ya existen permite que los síntomas permanezcan a través del tiempo (Treasure, Sepúlveda, Whitaker, Todd, López y Whitney, 2007). López y Macilla (citado por Encinas y Sandoval, 2007) se adhieren a tales planteamientos y argumentan que la familia juega un papel determinante en el origen de los problemas alimenticios y que la obesidad puede ser proporcionada por relaciones familiares disfuncionales; en otras palabras, el sobrepeso está directamente relacionado con una alta problemática familiar. No obstante, se ha señalado que tales factores familiares no son el

detonante de la ansiedad –y posterior obesidad– de los adolescentes abordados, por lo cual es necesario considerar otras causas. Carrión (2017) señala al respecto:

> Se han realizado estudios en escolares sobre funcionalidad familiar y la relación con la presencia de obesidad, encontrándose que un ambiente familiar disfuncional y una estructura monoparental son factores de riesgo para padecer sobrepeso y obesidad (Flores Miguel, 2012); pero existen otras investigaciones que indican que no existe relación entre funcionalidad familiar y esta patología (p. 20).

De tal manera, el presente estudio hace parte de las *otras investigaciones* donde se considera que la disfuncionalidad familiar no es el factor causante de obesidad; esto por cuanto los adolescentes objetos de estudio posee un contexto familiar funcional y aun así padecen dicho trastorno alimenticio. Lo anterior puede interpretarse de dos formas: en primer lugar, como explica Hernández (2004), “algunas clasificaciones etiológicas tratan de comprender el fenómeno en distintas categorías. Desafortunadamente, es una combinación de factores lo que afecta con este procedimiento a la mayoría de las personas” (p. 27). En segundo lugar, si bien una parte de los adolescentes con IMC alto, manifiestan ansiedad moderada ésta no se origina en el contexto familiar, por lo cual sería necesario explorar múltiples escenarios (amigos, colegio, entre otros).

En tal medida, el análisis desarrollado expone coincidencias con múltiples autores. Lo primero, debido a que considera la obesidad como un trastorno que no sólo se genera por las dinámicas familiares y estados emocionales generados a partir de éstas, sino que reconoce –al igual que Hernández (2004)– sus diversas causas. Asimismo, en cuanto expone –en concordancia con Calderón *et al.* (2010) y Castillo, García y Guzmán (2010)– que la obesidad no solamente es consecuencia de

estados de ansiedad, sino que también puede presentarse como un causante de ésta y de otros trastornos de tipo físico y psicológico.

Finalmente, las limitaciones y aportes obtenidos en el desarrollo del estudio de investigación encontramos la dificultad de acceder a la población objeto de estudio, así mismo, el tiempo fue otro factor limitante para la realización del mismo y no se tuvo en cuenta otros factores desencadenantes de la ansiedad (área afectiva, social, académica, etc.) En cuanto a los aportes se evidencia que no hay diferencias significativas con la población objeto de estudio y el grupo control respecto a las variables de niveles de ansiedad y dinámica familiar, lo cual resulta pertinente realizar investigaciones de tipo longitudinal para identificar los otros factores que generan la obesidad (hábitos alimenticios, sedentarismo, factores genéticos, sociodemográficos o sociales). Se sugiere crear nuevas hipótesis teniendo en cuenta las variables de género, edad y cohabitación.

CONCLUSIONES

Como resultado de la investigación realizada es posible plantear algunas conclusiones. En primer lugar, se destaca que el sobrepeso y la obesidad afectan al 30% de los niños y adolescentes en Cali (El País, 2017); tal situación se entiende como un problema de salud pública y obliga a pensar en medidas correctivas desde diferentes enfoques: médico, social y psicológico. Al respecto, es necesario señalar que ninguna de estas perspectivas es plenamente independiente, pues las causas de la obesidad suelen ser diversas e implican desde una tendencia genética o cambios en la dieta hasta trastornos de tipo emocional.

Ahora bien, entre los factores causantes de obesidad y que resultan propios de la Psicología se encuentra la ansiedad, la cual puede entenderse en gran medida desde el contexto familiar. Como se ha expuesto, el presente estudio abordó dicho factor y escenario, respecto a lo cual sobresalen dos aspectos: primero, las dinámicas familiares de la mayor parte de los adolescentes objetos de estudio se presentan de tipo funcional, lo cual obliga a buscar las causas de su ansiedad en otros escenarios; segundo, resulta necesario plantear estrategias de la mano de la familia para que el estado de obesidad de los adolescentes no genere mayores consecuencias.

Por lo anterior, es necesario resaltar que algunos planteamientos del presente estudio deben entenderse en el marco y los límites del análisis desarrollado. En tal medida, trabajos llevados cabo en otros contextos o a partir de otro tipo de población y muestra pueden plantear conclusiones muy diferentes. No obstante, se considera que algunos postulados sí poseen un carácter general y menos controvertible; entre éstos, la importancia de la dinámica familiar en el desarrollo integral del adolescente,

como también la relación de causa o consecuencia de la obesidad con otro tipo de trastornos médicos y psicológicos.

Finalmente, se hace necesario que la institución tome el trabajo investigativo como un insumo bibliográfico que le permita crear estrategias de prevención, tratamiento y resolución de la problemática que presentan los adolescentes con un acompañamiento interdisciplinario, con el fin de abordar todas las variables que desencadenan este fenómeno. Así mismo, se propone para nuevos estudios se explore a mayor profundidad el papel que desempeña la dinámica familiar (funcional/disfuncional) en los trastornos alimenticios y las consecuencias que se desprenden de ésta; lo anterior, porque pueden dejar secuelas irreversibles en la vida de los niños o adolescentes ya que se encuentran en una etapa crítica de crecimiento y desarrollo. A su vez, se sugiere fortalecer los instrumentos de análisis propios de la Psicología –como el APGAR Familiar y el Inventario de Ansiedad de Beck con otro tipo de técnicas de investigación. Lo anterior permitiría recolectar más datos de las variables abordadas y entender de manera más completa la problemática y analizar la relación entre ansiedad y obesidad en otras dimensiones, tales como la social, profesional, académica, etc. Finalmente se recomienda llevar a cabo un estudio que haga énfasis en la prevención de la obesidad en lugar de los enfoques dirigidos a su tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agudelo, E. (2005). *Descripción de la dinámica interna de las familias monoparentales, simultáneas, extendidas y compuestas del municipio de Medellín, vinculadas al proyecto de prevención temprana de la agresión*. Medellín: Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales.

Alba, L. (2012). *Salud de la adolescencia en Colombia: bases para una medicina de prevención*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Tomado de: http://www.redalyc.org/pdf/2310/231018676001.pdf.

Arnold, M. y Osorio, F. (2013). *La Teoría General de Sistemas y su aporte conceptual a las ciencias sociales*. Tomado de: http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/122268/La_teoria_general_de_sistemas_y_su_aporte.pdf;sequence=1.

Bestard-Camps, J. (1991). La familia: entre la antropología y la historia. *Papers: revista de sociologia*, (36), 079-91.

Braguinsky, J., Markman, C. y Katz, S. (1995). *Una señal de alarma: el aumento de prevalencia de la obesidad*.

Bresh, S. (2006). *La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales*. Colombia: Revista Colombiana de Psiquiatría.

Buschiazzo, D. y Saez, C. (2018). *Obesidad: factores psiquiátricos y psicológicos*. Chile: Revista de Ciencias Médicas.

Cabello, G. y Zúñiga, Z. (2007). *Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico.* México. Tomado de: http://eprints.uanl.mx/1770/1/OBESIDAD.pdf.

Cabrera, C., González Rico, J., González Pérez, G., Vásquez E. y Troyo R. (2012). *La disfunción familiar como factor de riesgo para obesidad en escolares mexicanos*. México: Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. Tomado de: http://www.redalyc.org/pdf/4577/457745494004.pdf.

Calderón, C., Forns, M., y Varea, V. (2010). *Implicación de la ansiedad y la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad*. Madrid: Nutrición Hospitalaria.

Campillo, N., Zafra, A. y Redondo, A. (2008). *Relaciones entre la práctica de actividad física y el autoconcepto, la ansiedad y la depresión en chicas adolescentes*. España: Cuadernos de Psicología del Deporte.

Cárdenas, L., Alquicira, R., Martínez, M. y Robledo, A. (2017). *Obesidad y su asociación con factores emocionales: estudio comparativo entre alumnos universitarios de nuevo ingreso*. Ecuador. Tomado de: http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27316/1/TESIS.pdf.

Carmona (2011). *Percepción de la funcionalidad familiar en el adolescente con obesidad de 10 a 14 años de edad de áreas de nutrición de UMF del área metropolitana de la Cd. de Aguascalientes*. México.

Carrión, G. (2017). *Funcionalidad familiar y su relación con el sobrepeso y obesidad en adolescentes de bachillerato*. Ecuador.

Castillo, A. M. J. (2000). Familia y socialización política. La transmisión de orientaciones ideológicas en el seno de la familia española. *Reis*, 71-92.

Castillo, A., García M. y Guzmán, R. (2010). *Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad*. México.

Castro, S. y Benedetti, S. (2012). *La obesidad y los factores psicológicos y psicosociales asociados.* Cartagena: Universidad Tecnológica de Bolívar. Tomado de: http://biblioteca.unitecnologica.edu.co/notas/tesis/0064125.pdf.

Ceballos, M. (2017). *Dinámicas familiares en adolescentes con ideación suicida*. Colombia. Tomado de: https://repository.uniminuto.edu/bitstream/handle/10656/5156/TP_GuerraMartinezDaisonGuillermo_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Cisneros, P. (2001). *Una perspectiva sociológica de la anorexia y la bulimia*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Collipal, E., Silva, H., Vargas, R. y Martínez, C. (2006). *Significado de la obesidad para los adolescentes de Temuco-Chile*. Chile. Tomado de: http://www.scielo.cl/pdf/ijmorphol/v24n2/art22.pdf.

Congreso de la República (1991). *Constitución Política de Colombia.* Colombia. Tomado de: http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia.pdf.

Congreso de la República (2006a). *Ley 1098 de 2006.* Colombia. Tomado de: https://www.oas.org/dil/esp/Codigo_de_la_Infancia_y_la_Adolescencia_Colombia.pdf.

Congreso de la República (2006b). *Ley 1090 de 2006*. Tomado de: http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/LEYES/1090%2006.pdf.

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicología (2013). Evaluación del inventario BAI. España. Tomado de: https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BAI.pdf.

Corte Constitucional (2016). *Constitución Política de Colombia*. Tomado de: http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia.pdf

Cuervo, Á. (2007). *Familia y desarrollo: intervenciones en terapia familiar*. México: El Manual Moderno.

Dávila, O. (2004). *Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes*. Chile: Última Década. Tomado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22362004000200004.

De Lenclave, M., Florequin, C. y Bailly, D. (2001). *Obesity, alexithymia, psychopathological disorders, and binge eating: a comparative study between 40 obese subjects and 32 controls.* L'Encephale.

Echevarría, H. (2019). Los diseños de investigación cuantitativa en psicología y educación. Argentina: Universidad Nacional de Río Cuarto.

El País (2017). *Alerta padres: 30% de los niños en edad escolar en Cali padecen sobrepeso*. Cali. Tomado de: https://www.elpais.com.co/cali/alerta-padres-30-de-los-ninos-en-edad-escolar-en-padecen-sobrepeso.html.

El País (2018). *Ojo con la obesidad, la enfermedad que le puede quitar hasta 5 años de vida*. Cali. Tomado de: https://www.elpais.com.co/familia/obesidad-un-problema-que-va-en-aumento.html.

Encinas, D. y Sandoval, D. (2007). *Obesidad infantil, ansiedad y familia*. México.

Fuirellat, R. (2004). *Psicología y nutrición en el desarrollo ontogenético en la edad infanto-juvenil*. Tomado de: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v19n4/original2.pdf.

Gallego Henao, A. M. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte,* (35).

García, E. (2004). *¿Qué es la obesidad?* México: Revista de Endocrinología y Nutrición.

Gómez, A., Santandreu, M. y Egea, A. (1995). *El ejercicio en la rehabilitación de los ancianos.*

González J., Aguilar C., García García, C., García López, P., Álvarez F., Padilla L. y Ocete H. (2012). *Influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad en una población de escolares de Granada (España)*. España: Nutrición Hospitalaria. Tomado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttextypid=S0212-16112012000100021ylng=esytlng=es.

Guajardo, E. y Peña, C. (2014). *Ansiedad manifiesta en jóvenes adolescentes con sobrepeso y obesidad*. Bogotá: Fundación Universitaria Los Libertadores.

Gutiérrez, P., Camacho, N. y Martínez, M. (2007). *Autoestima, funcionalidad familiar y rendimiento escolar en adolescentes*. España: Atención Primaria.

Hernández, M. (2006). *Las influencias familiar y social en la anorexia y la bulimia, el caso de Saltillo, México*. México: Episteme. Tomado de: http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero8y9-06/reportes/a_anorexia.asp.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill.

Hernández, S. (2004). *Fisiopatologia de la obesidad*. México: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición. Tomado de: http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2004/gms042d.pdf.

Hidalgo, M. y Muñoz, M. (2012). *Obesidad en la infancia y en la adolescencia*. Pediatría Integral. Tomado de: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/679036/obesidad_g%C3%BCemes_pi_2015.pdf?sequence=1.

Jaramillo, N. y Betancur, M. (2016). *Factores psicológicos asociados a la obesidad en niños, niñas y adolescentes.* Tomado de: http://repositorio.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/10785/4122/1/DDEPCEPNA51.pdf.

Johnson, S. y Melamed, B. (1979). *The Assessment and treatment of children´s fears*. New York: Plenum Press.

Martínez, P. C. C., & García, D. M. (2007). Obesidad: una perspectiva epidemiológica y sociocultural. *Revista Salud Pública y Nutrición*, *8*(4), 4-5.

Magaña, M. L. (2006). ¿Qué es la comunicación? División de educación continua. Facultad de psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de: http://dec.psicol.unam.mx/capsulas/salud%20emocional/7_Que%20es%20la%20comunicacion.pdf

Meza C. y Moral J. (2011). *Obesidad: una aproximación desde la psicología psicoanalítica*. España: Aperturas Psicoanalíticas.

Monje, C. (2011). Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica. Neiva: Universidad Surcolombiana.

Mora, M. (2017). *Percepción de la persona con obesidad sobre su dinámica familiar*. Ecuador. Tomado de: http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18305/1/TESIS%20MFC-DRA%20LILIANA%20C.%20PDF.pdf.

Moreno, G. (2012). *Definición y clasificación de la obesidad*. Chile: Revista Médica Clínica Las Condes.

Ortíz, J. (2000). Paradigmas de la investigación. Venezuela: Universidad Nacional Abierta. Tomado de: http://postgrado.una.edu.ve/filosofia/paginas/ortizunadoc.pdf.

Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. Revista Internacional de Morfología. Tomado de: https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf.

Palacios, J. y Sánchez, Y. (1996). *Relaciones padres-hijos en familias adoptivas*. España: Universitat de Barcelona.

Paladines, M. y Narcisa, M. (2010). *Disfuncionalidad familiar en niñas y su incidencia en el rendimiento escolar*. Ecuador: Universidad de Cuenca. Tomado de: http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2267/1/tps602.pdf.

Piaget. J. (1964). *Seis estudios de psicología*. México: Editorial Seix Barral.

Pompa, E. y Meza, C. (2017). *Ansiedad, estrés y obesidad en una muestra de adolescentes de México*. México: Universitas Psychologica. Tomado de: revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/16392/15719.

Ramos, B. (2012). *Aplicación de terapia grupal con enfoque humanista a adolescentes con síntomas de depresión hijos de padres migrantes en la Unidad Educativa Fiscal Mixta Central la Inmaculada, año lectivo 2011-2012*. Ecuador: Universidad del Azuay.

Ricoy, C. (2006). Contribución sobre los paradigmas de investigación. Brasil: Universidade Federal de Santa Maria. Tomado de: http://www.redalyc.org/pdf/1171/117117257002.pdf.

Rivero, J. y González, C. (2005). *Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales*. Madrid: Unidad de Medicina del Adolescente. Tomado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente(2).pdf.

Rodríguez, R. (2006). *La obesidad infantil y los efectos de los medios electrónicos de comunicación*. Medigraphic Artemisa.

Romero, C. (2004). *El sistema familiar: aportaciones desde la teoría general de sistemas.* España: Universidad de Huelva.

Romero, F. (s.f.). Manual para la elaboración de investigación cuantitativa y cualitativa en psicología de la salud. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Sánchez, M., Aparicio, M. y Dresch, V. (2006). *Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercibida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres*. España y Brasil: Universidad Complutense de Madrid y Centro Universitario Feevale.

Sierra, J., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). *Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar*. Brasil: Revista Mal-estar e Subjetividade.

Soto, E. (2013). *Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión en centros de salud pública*. Chile: Universidad de Chile.

Suárez, M. y Alcalá, M. (2014). APGAR Familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Bolivia: revista médica La Paz. Tomado de: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1_a10.pdf

Treasure, J., Sepúlveda, A., Whitaker, W., Todd, G., López, C. y Whitney, J. (2007). *Collaborative between professionals and non-professionals in the management of eating disorders: a description of workshops focused on workshops focused on interpersonal maintaining factors*. European Eating Disorders Review.

Vásquez, V. (2004). *¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso*? Rev Endocrinol Nutr, 2, 136-142.

Valladares González, A. M. (2008). La familia. Una mirada desde la Psicología. *MediSur*, *6*(1).

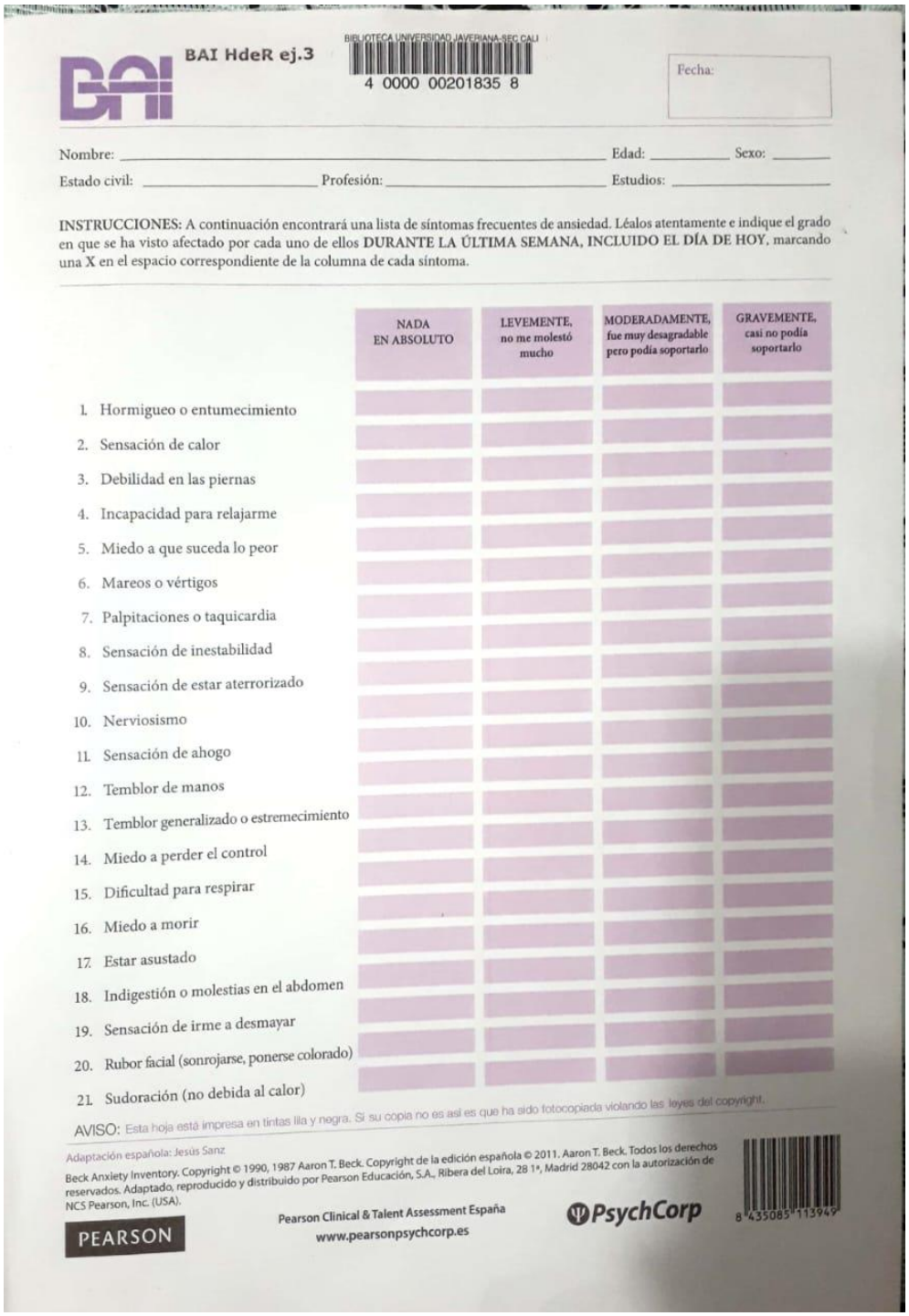
Velásquez, V. y Alvarenga, J. (2001). *Psicología y la obesidad*. Revista de Endocrinología y Nutrición.

Williamson, D. (1990). *Assessment of eating disorders: obesity, anorexia and bulimia nervosa*. New York: Pergamon Press.

Yedra, L. y González, M. (2002). *Desarrollo humano familiar: un modelo centrado en la persona*. Psicología Iberoamericana.

ANEXOS

Anexo A. Cuestionario de Ansiedad de Beck



BAI HdeR ej.3

BIBLIOTECA UNIVERSIDAD JAVERIANA-SEC CALI
4 0000 00201835 8

Fecha:

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Estado civil: _____ Profesión: _____ Estudios: _____

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una lista de síntomas frecuentes de ansiedad. Léalos atentamente e indique el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos **DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY**, marcando una **X** en el espacio correspondiente de la columna de cada síntoma.

	NADA EN ABSOLUTO	LEVEMENTE, no me molestó mucho	MODERADAMENTE, fue muy desagradable pero podía soportarlo	GRAVEMENTE, casi no podía soportarlo
1. Hormigueo o entumecimiento				
2. Sensación de calor				
3. Debilidad en las piernas				
4. Incapacidad para relajarme				
5. Miedo a que suceda lo peor				
6. Mareos o vértigos				
7. Palpitaciones o taquicardia				
8. Sensación de inestabilidad				
9. Sensación de estar aterrorizado				
10. Nerviosismo				
11. Sensación de ahogo				
12. Temblor de manos				
13. Temblor generalizado o estremecimiento				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Estar asustado				
18. Indigestión o molestias en el abdomen				
19. Sensación de irme a desmayar				
20. Rubor facial (sonrojarse, ponerse colorado)				
21. Sudoración (no debida al calor)				

AVISO: Esta hoja está impresa en tintas lila y negra. Si su copia no es así es que ha sido fotocopiada violando las leyes del copyright.

Adaptación española: Jesús Sanz

Beck Anxiety Inventory. Copyright © 1990, 1987 Aaron T. Beck. Copyright de la edición española © 2011. Aaron T. Beck. Todos los derechos reservados. Adaptado, reproducido y distribuido por Pearson Educación, S.A., Ribera del Loira, 28 1ª, Madrid 28042 con la autorización de NCS Pearson, Inc. (USA).

PEARSON

Pearson Clinical & Talent Assessment España
www.pearsonpsychcorp.es

PsychCorp

8 435085 113949

Anexo B. APGAR Familiar

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CATÓLICA LUMEN GENTIUM
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

Nombre: _____ Edad: _____ Grado: _____

APGAR FAMILIAR - ADULTOS

Función	Nunca (0 Puntos)	Casi Nunca (1 punto)	Algunas veces (2 puntos)	Casi siempre (3 puntos)	Siempre (4 puntos)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos b) los espacios de la casa, c) el dinero					
PUNTAJE PARCIAL					
PUNTAJE TOTAL					

Anexo C. Consentimiento informado

Consentimiento Informado

Fecha: dd/mm/aa

La presente investigación será desarrollada con fines educativos como parte del proceso de investigación y desarrollo de trabajo de grado por estudiantes de último semestre de psicología. En días pasados, el colegio Luis Medina ha aceptado que algunos de sus estudiantes participen de una investigación en la que se evaluará dinámica familiar y niveles de ansiedad en adolescentes con obesidad. La investigación está a cargo de Lissette Ocampo Rivera identificada con cédula de ciudadanía No. 1.143.864.795, Viviana Carolina Sánchez identificada con cédula de ciudadanía No. 1.143.970.325 y Joan Sebastián Cardona (docente asesor), de la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium.

Teniendo claro que el sobrepeso –estado previo a la obesidad–, afecta al 30% de los niños y jóvenes en Cali (El País, 2017). Dicha situación resulta preocupante, pues la obesidad no sólo es una enfermedad en sí misma sino la causa de otras, tales como diabetes, insuficiencia renal, algunos tipos de cáncer, entre otras (El País, 2018). Al respecto, cabe señalar que sus efectos negativos no son exclusivamente físicos sino también mentales, siendo los daños en la autoestima una de sus principales consecuencias (Rodríguez, 2006).
La información requerida se obtendrá por medio de unos cuestionarios que su hijo debe diligenciar, con una duración de aproximadamente 30 minutos. Estas serán aplicadas en una sesión si usted le da su aprobación para participar en el estudio y si el decide de forma libre y voluntaria participar. La decisión de participar o no en el estudio es personal, y de igual forma su hijo tiene derecho a retirarse del estudio en cualquier momento, sin tener ninguna implicación escolar. Esta investigación no presenta ningún beneficio económico ni riesgo alguno. Los datos recogidos serán usados únicamente con fines de investigación.

Los cuestionarios serán anónimos, pues los adolescentes no tendrán que poner su nombre en ellos. Así mismo, la institución no conocerá resultados individuales de cada adolescente, sino un informe general grupal. De esta manera se garantiza que la información sea totalmente confidencial, y no traerán ninguna consecuencia para los adolescentes ni para el colegio. El aporte de quienes participen será muy valioso.

Para que los estudiantes del colegio hagan parte de esta investigación se hace necesario el consentimiento de ustedes padres de familia. Si están de acuerdo y autorizan al colegio para que su hijo participe, esperamos que hablen con ellos al respecto, para que decidan e informen su participación en el estudio.

En caso de dar su autorización a la participación de su hijo en esta investigación, por favor complete la siguiente información y firme a continuación.

Yo, _____ identificada(o) con cédula de ciudadanía número_____ de la ciudad de _____, con _____ años de edad, residencia en la dirección _____ y número de teléfono_____ manifiesto que he sido informada(o) sobre el objetivo del proyecto de investigación de pregrado al que me invitan a participar los estudiantes de Psicología aquí firmantes como una práctica privada y orientada académicamente de la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium (UNICATOLICA). Por lo tanto, doy testimonio de que se me hizo saber también mis derechos y las características de aplicación del(os) instrumento(s) APGAR FAMILIAR Y CUESTIONARIO DE ANSIEDAD DE BECK. Aplicación que no tendrá una duración mayor a 30 minutos.

Acepto contestar de manera clara y sincera, entendiendo que los resultados serán tratados de forma anónima, respetando la confidencialidad de mis datos y mi identidad. Se me informó de igual manera que el proceso de la investigación en el participo no representa ningún peligro ni efectos secundarios para mi persona. Comprendo que esta información será utilizada únicamente para fines académicos e investigativos en la medida en que es importante para el fortalecimiento de las competencias académicas de los futuros profesionales de la psicología de la Unicatólica.

Fui informada(o) y manifiesto haber obtenido respuesta a todos mis interrogantes y dudas al respecto. Soy consciente que tengo el derecho a retirar este consentimiento informado si durante o al finalizar la participación lo considero necesario.

Por lo tanto, acepto participar libre y voluntariamente.

Firma_____
Nombre(s), Apellido(s) del Acudiente
C.C.:

Firma _____
Nombre(s), Apellido (s) del participante
T.I.:

Firma _____
Nombre(s), Apellido(s)
C.C.:
Estudiante investigador

Firma _____
Nombre(s), Apellido(s)
C.C.:

Estudiante investigador

Firma_____
Co-investigador
Docente asesor: Joan Sebastián Cardona

Anexo D. Tablas de Estadísticos

Estadísticos

		Genero	Edad	Cohabitación	IMC	NiveldeAnsiedad	DinamicaFam
N	Válido	50	50	50	50	50	
	Perdidos	0	0	0	0	0	
Media		1,52	13,78	3,78	25,76	1,40	
Mediana		2,00	13,00	3,00	28,00	1,00	
Moda		2	13	3	30	1	
Desv. Desviación		,505	1,461	1,844	5,498	,571	

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

Anexo E. Tablas de Frecuencias.

Genero

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	24	48,0	48,0	48,0
	2	26	52,0	52,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	12	7	14,0	14,0	14,0
	13	22	44,0	44,0	58,0

	14	9	18,0	18,0	76,0
	15	2	4,0	4,0	80,0
	16	7	14,0	14,0	94,0
	17	3	6,0	6,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Cohabitación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	2	4,0	4,0	4,0
	2	6	12,0	12,0	16,0
	3	22	44,0	44,0	60,0
	4	9	18,0	18,0	78,0
	5	3	6,0	6,0	84,0
	6	4	8,0	8,0	92,0
	7	1	2,0	2,0	94,0
	8	1	2,0	2,0	96,0
	9	1	2,0	2,0	98,0
	10	1	2,0	2,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

IMC

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	17	2	4,0	4,0	4,0
	19	6	12,0	12,0	16,0
	20	6	12,0	12,0	28,0
	21	3	6,0	6,0	34,0
	22	4	8,0	8,0	42,0
	24	1	2,0	2,0	44,0
	25	2	4,0	4,0	48,0
	26	1	2,0	2,0	50,0
	30	20	40,0	40,0	90,0
	31	1	2,0	2,0	92,0

	32	2	4,0	4,0	96,0
	35	1	2,0	2,0	98,0
	39	1	2,0	2,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Niveles de Ansiedad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	32	64,0	64,0	64,0
	2	16	32,0	32,0	96,0
	3	2	4,0	4,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Dinámica Familiar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	21	42,0	42,0	42,0
	2	21	42,0	42,0	84,0
	3	7	14,0	14,0	98,0
	4	1	2,0	2,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

-

Anexo F: Prueba T – Ansiedad

Estadísticas de grupo

	IMC	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Niveles de Ansiedad	>= 30	25	1,52	,653	,131
	< 30	25	1,28	,458	,092

Prueba de muestras independientes

			prueba t para la igualdad de medias			
					95% de intervalo de confianza de la diferencia	
T	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	Inferior	Superior
1,504	48	,139	,240	,160	-,081	,561
1,504	43,018	,140	,240	,160	-,082	,562

Anexo G: Prueba T – Dinámica Familiar

Estadísticas de grupo

	IMC	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Dinámica Familiar	>= 30	25	1,56	,712	,142
	< 30	25	1,96	,790	,158

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
									95% de intervalo de confianza de la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	Inferior	Superior
Dinámica Familiar	Se asumen varianzas iguales	,479	,492	-1,881	48	,066	-,400	,213	-,827	
	No se asumen varianzas iguales			-1,881	47,494	,066	-,400	,213	-,828	

Estadísticos descriptivos

	Media	Desv. Desviación	N
IMC	25,76	5,498	50
NiveldeAnsiedad	1,40	,571	50

DinamicaFamiliar	1,76	,771	50

Anexo H: Correlaciones

Correlaciones

		IMC	NiveldeAnsiedad	DinamicaFamiliar
Correlación de Pearson	IMC	1,000	,194	-,192
	NiveldeAnsiedad	,194	1,000	,083
	DinamicaFamiliar	-,192	,083	1,000
Sig. (unilateral)	IMC	.	,089	,091
	NiveldeAnsiedad	,089	.	,282
	DinamicaFamiliar	,091	,282	.
N	IMC	50	50	50
	NiveldeAnsiedad	50	50	50
	DinamicaFamiliar	50	50	50

Resumen del modelo

					Estadísticos de cambio				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. Cambio en F
1	,285[a]	,081	,042	5,381	,081	2,074	2	47	,137

a. Predictores: (Constante), Dinámica Familiar, Niveles de Ansiedad

Correlaciones[a]

		NiveldeAnsiedad	IMC
Niveles de Ansiedad	Correlación de Pearson	1	,194
	Sig. (bilateral)		,178
IMC	Correlación de Pearson	,194	1
	Sig. (bilateral)	,178	

a. N por listas=50

Estadísticos descriptivos

	Media	Desv. Desviación	N
Niveles de Ansiedad	1,40	,571	50
Dinámica Familiar	1,76	,771	50

Correlaciones[a]

		NiveldeAnsiedad	DinamicaFamiliar
Niveles de Ansiedad	Correlación de Pearson	1	,083
	Sig. (bilateral)		,565
Dinámica Familiar	Correlación de Pearson	,083	1
	Sig. (bilateral)	,565	

a. N por listas=50

Anexo I: Anova

ANOVA[a]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	120,136	2	60,068	2,074	,137[b]
	Residuo	1360,984	47	28,957		
	Total	1481,120	49			

a. Variable dependiente: IMC

b. Predictores: (Constante), Dinámica Familiar, Niveles de Ansiedad

Anexo J: Coeficientes

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
		B	Desv. Error	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	25,548	2,588		9,872	,000
	Niveles de Ansiedad	2,031	1,350	,211	1,504	,139
	Dinámica Familiar	-1,495	1,001	-,210	-1,494	,142

a. Variable dependiente: IMC

Anexo K: Estadística de residuos.

Estadísticas de residuos[a]

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación	N
Valor pronosticado	21,60	30,15	25,76	1,566	50
Desv. Valor pronosticado	-2,658	2,801	,000	1,000	50
Error estándar de valor pronosticado	,975	2,469	1,270	,355	50
Valor pronosticado corregido	21,49	30,18	25,74	1,612	50
Residuo	-9,620	12,380	,000	5,270	50
Desv. Residuo	-1,788	2,301	,000	,979	50
Residuo estud.	-1,828	2,352	,001	1,005	50
Residuo eliminado	-10,057	12,944	,016	5,552	50
Residuo eliminado estud.	-1,876	2,478	,001	1,017	50
Distancia Mahal.	,628	9,337	1,960	1,974	50
Distancia de Cook	,000	,084	,018	,019	50
Valor de influencia centrado	,013	,191	,040	,040	50

a. Variable dependiente: IMC