



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA

ESTILOS DE APEGO
Y ACTIVIDAD FISICA EN ADOLESCENTES CON Y SIN OBESIDAD

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

PRESENTA:
IVY ABIGAIL BRAVO LECHUGA

NUMERO DE CUENTA: 0515457

ASESOR :
DR. MANUEL GUTIERREZ ROMERO



TOLUCA, MEXICO, MAYO DE 2014

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primeramente a Dios por permitirme llegar hasta este punto en donde una de mis más grandes metas por fin se puede mirar alcanzable.

Doy gracias a mis grandes amores: mi esposo y mi hija.

Amor ,Omar, mi gordo no tengo palabras para agradecerte todo el apoyo que me has brindado, no solo para concluir mis estudios profesionales sino todo lo que me has dado a lo largo de ya casi 9 años de estar juntos y que pese a cualquier obstáculo nunca me has dejado vencerme o renunciar,¡ gracias! Eres una excelente persona, mi amor mi amor, te amo.

Mi Majo, mi niña, este logro sin lugar a dudas fue gracias a la motivación que me inspirabas a superarme, gracias a ti hija aprendí el verdadero significado de “querer es poder” y definitivamente quiero que te sientas orgullosa de tu mamá, tú sabes que en ocasiones me iba de tu lado con un nudo en la garganta, sin embargo, hoy esos sacrificios que ambas dimos rinden al fin un fruto. Te amo María José.

Agradezco infinitamente a mi familia de sangre y política porque sin su apoyo nunca hubiera podido llegar hasta donde en este momento me encuentro, de alguna o otra manera me demostraron su apoyo y compromiso para que pudiera terminar mis estudios profesionales, gracias Mamá, hermanos André y Cris, mis tíos, Araceli, Blanca y Alberto, a doña Tina que es como la abuelita que siempre quise tener, a mis suegras Mago y Elia y a mis cuñadas Vane y Ariana.

Y por último pero no menos importante a mis profesores encargados de guiarme en este camino al éxito profesional.

Al Dr. Manuel, gracias, muchas gracias por que usted me tendió la mano durante un momento muy difícil, complicado y débil en el que me encontraba y gracias a esta oportunidad que me brindo de unirme a su equipo de investigación fue que me he podido levantar y mirar el mundo de otra manera, siempre le voy a estar eternamente agradecida.

A mis asesoras la Dra. Bety y la Mtra. Mitzi muchas gracias por ayudarme a concluir este proyecto y gracias por sus recomendaciones ya que sin ellas me habría sido difícil encontrar prontamente el camino sobre cual guiarme en esta investigación.



VOTO APROBATORIO

Toda vez que el trabajo de evaluación profesional, ha cumplido con los requisitos normativos y metodológicos, para continuar con los trámites correspondientes que sustentan la evaluación profesional, de acuerdo con los siguientes datos:

Nombre del pasante	IVY ABIGAIL BRAVO LECHUGA		
Licenciatura	PSICOLOGÍA	N° de cuenta	0515457
Opción	TESIS INDIVIDUAL	Folio de Seguimiento de Egresados (SISE)	
Nombre del Trabajo para Evaluación Profesional	ESTILOS DE APEGO Y ACTIVIDAD FISICA EN ADOLESCENTES CON Y SIN OBESIDAD		

NOMBRE		FIRMA DE VOTO APROBATORIO	FECHA
ASESOR	DR. MANUEL GUTIERREZ ROMERO		03/04/14

NOMBRE	FIRMA Y FECHA DE RECEPCIÓN DE NOMBRAMIENTO	FIRMA Y FECHA DE ENTREGA DE OBSERVACIONES	FIRMA Y FECHA DEL VOTO APROBATORIO
REVISOR	DRA. BEATRIZ GOMEZ CASTILLO	04-04-14 	07-04-14
REVISOR	LIC. MITZI CITLALLI ARCE RODRIGUEZ	04/04/14 	06-05-14

Derivado de lo anterior, se le **AUTORIZA LA REPRODUCCIÓN DEL TRABAJO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL** de acuerdo con las especificaciones del anexo 8.7 "Requisitos para la presentación del examen de evaluación profesional".

NOMBRE		FIRMA	FECHA
ÁREA DE EVALUACIÓN PROFESIONAL	MTRA. IRMA ISABEL ORTIZ VALDEZ		12/5/14



CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

El que suscribe IVY ABIGAIL BRAVO LECHUGA Autor(es) del trabajo escrito de evaluación profesional en la opción de TESIS con el título ESTILOS DE APEGO Y ACTIVIDAD FÍSICA EN ADOLESCENTES CON Y SIN OBESIDAD, por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor, así como los artículos 35 y 36 fracción II de la Ley de la Universidad Autónoma del Estado de México; manifiesto mi autoría y originalidad de la obra mencionada que se presentó en la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA, para ser evaluada con el fin de obtener el Título Profesional de LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.

Así mismo expreso mi conformidad de ceder los derechos de reproducción, difusión y circulación de esta obra, en forma NO EXCLUSIVA, a la Universidad Autónoma del Estado de México; se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental, todo ello siempre y cuando sus fines sean académicos, humanísticos, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura.

Entendiendo que dicha cesión no genera obligación alguna para la Universidad Autónoma del Estado de México y que podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Por lo que el autor da su consentimiento para la publicación de su trabajo escrito de evaluación profesional.

Se firma presente en la ciudad de TOLUCA, ESTADO DE MEXICO, a los 07 días del mes de OCTUBRE de 2014.

Ivy Abigail Bravo Lechuga
Nombre y firma de conformidad

ÍNDICE

RESUMEN.....	8
PRESENTACIÓN.....	10
INTRODUCCIÓN.....	12
CAPITULO 1. APEGO.....	15
1.1. TEORIA DEL APEGO.....	15
1.2. DEFINICIONES DE APEGO EN OTROS AUTORES.....	22
1.3 CLASIFICACION DE ESTILOS DE APEGO.....	26
1.4. APEGO EN LA ADOLESCENCIA.....	33
1.5 APEGO Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....	43
CAPITULO 2. ADOLESCENCIA.....	46
2.1 DEFINICION.....	47
2.2. ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA.....	49
2.3 CARACTERISTICAS.....	51
2.4. ELABORACION DE DUELOS.....	55
2.5 CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN LA ADOLESCENCIA.....	61
CAPITULO 3. OBESIDAD.....	66
3.1. DEFINICION.....	67
3.2. ETIOLOGIA.....	68
3.3. FACTORES ASOCIADOS A LA OBESIDAD.....	68
3.4 CLASIFICACION.....	73

3.5. TEORIAS PSICODINAMICAS PARA LA CONCEPCION DE LA OBESIDAD.....	74
3.6. CONDUCTAS DEL ADOLESCENTE OBESO.....	83
CAPITULO 4. ACTIVIDAD FISICA.....	86
4.1 DEFINICION.....	86
4.2 CLASIFICACION.....	87
4.2 ACTIVIDAD FISICA DENTRO DE LA ESCUELA.....	88
4.3. VENTAJAS Y LIMITACIONES DE LA PROMOCION DE LA ACTIVIDAD FISICA EN LA ESCUELA.....	89
4.4. LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACION FISICA EN LA ESCUELA.....	91
4.5.BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FISICA.....	92
4.6 EFECTO DEL BENEFICIO FISICO.....	93
4.7. OCIO, TIEMPO LIBRE Y SEDENTARISMO.....	95
METODOLOGÍA.....	101
<i>OBJETIVO</i>	101
<i>TIPO DE ESTUDIO</i>	101
<i>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</i>	101
<i>VARIABLES</i>	102
<i>HIPOTESIS</i>	106
<i>MUESTRA</i>	107
<i>INSTRUMENTOS</i>	107
<i>CAPTURA DE LA INFORMACION</i>	108
<i>PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN</i>	109
<i>RESULTADOS</i>	110
CONCLUSIONES.....	129

SUGERENCIAS.....	135
REFERENCIAS.....	137
ANEXOS.....	149

RESUMEN

La presente investigación tuvo por objetivo indagar en la relación entre los estilos de los estilos de apego que presentan los adolescentes con y sin obesidad y la actividad física que ellos perciben realizar y así mismo tener una idea más clara acerca del papel que esta correlación desempeña para que se propicie la obesidad en el adolescente.

Diversas investigaciones abordan el estilo de apego materno como principal factor contribuyente a la obesidad, sin embargo, en esta investigación se indagó sobre los estilos de apego que desarrollan los adolescentes con las figuras relevantes durante esta etapa del desarrollo (madre, padre y pares), para tener una concepción más amplia a cerca de los factores que influyen a este problema.

Por un lado tenemos los estilos de apego como factor importante para una mejor comprensión de la obesidad psicológicamente hablando, sin embargo como se ha observado algunas de las medidas que se han tomado en México para la prevención y reducción de la obesidad es la promoción del aumento de actividad física en la población, por otra parte se ha observado que no se está realizando la actividad física de manera constante ni en la forma adecuada para que se pudiese considerar como una medida que efectivamente esté actuando para el control de la obesidad.

Es por ello que esta investigación se centró en identificar los estilos de apego que presentan los adolescentes y como se involucran estos a la hora de la realización de actividad física como factor de prevención de la obesidad.

Se llevó a cabo con 100 participantes pertenecientes a la escuela Secundaria no. 7 de Toluca, Estado de México, con una edad de 12 a 15 años, se eligieron 50 indiscriminadamente, únicamente debían cumplir con la condición del rango de edad, y 50 que cumplieran con el diagnóstico de obesidad que fue obtenido de acuerdo al peso, talla y el Índice de Masa Corporal.

Se les aplico un par de instrumentos dentro de las instalaciones escolares con el consentimiento de sus autoridades, se aplicó el IPPA: Inventario de Apego con Padres y Pares e IAFHA: Inventario De Actividad Física Habitual Para Adolescentes.

9

La investigación tuvo por objetivo identificar los estilos de apego que presentan los adolescentes con y sin obesidad y la actividad física que ellos perciben realizar e indagar si existe una relación entre estos.

Se llegó a la conclusión de que los estilos de apego representan un elemento esencial para el desarrollo de la etapa de la adolescencia y se observó que para ellos, tanto el apego materno, como paterno y con sus pares están presentes en su modo de adaptación al medio y son un factor relevante a la hora de realizar actividad física y como consecuente en la prevalencia de la obesidad.

PRESENTACION

La presente investigación “Estilos de apego y actividad física en adolescentes con y sin obesidad” se llevó a cabo con 100 participantes pertenecientes a la escuela Secundaria no. 7 de Toluca estado de México con una edad de 12 a 15 años, 50 se eligieron indiscriminadamente, únicamente debían cumplir con la condición del rango de edad, y los otros 50 debieron contar con el diagnostico de obesidad que fue obtenido de acuerdo al peso, talla y el Índice de Masa Corporal.

10

Se les aplico un par de instrumentos dentro de las instalaciones escolares con el consentimiento de sus autoridades, se aplicó el IPPA: Inventario de Apego con Padres y Pares e IAFHA: Inventario De Actividad Física Habitual Para Adolescentes.

La investigación tuvo por objetivo identificar la relación que existe entre los estilos de apego y la realización o falta de actividad física en los adolescentes con y sin obesidad.

Para tratar de dar fundamento a la investigación, se desarrolla en primer término un marco teórico que delimita la naturaleza de la misma, estructurada en IV capítulos.

El primer capítulo aborda el tema de Apego, sus antecedentes teóricos, los diferentes estilos de apego y apego en el adolescente.

En el Capítulo 2 se retoma la Adolescencia donde se muestran a rasgos generales las características de esta etapa.

El capítulo 3 se aborda el tema de la Obesidad, definición, clasificación, factores genéticos y familiares, factores psicosociales y complicaciones físicas y psicológicas.

En el capítulo 4 en este capítulo se retoma las concepciones básicas de la actividad física, ventajas y beneficios de la misma.

Al final de la investigación se presentan las referencias bibliográficas y hemerográficas consultadas, así como los anexos correspondientes a los instrumentos utilizados.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha venido quedando claro que la obesidad es un padecimiento de gran complejidad. Como pocos problemas biológicos está determinada en su expresión por factores ambientales. Éstos a su vez son producto de dos situaciones: la estructura psicológica del individuo y los factores sociales que lo envuelven. La investigación de la obesidad desde distintas disciplinas ha permitido construir un complejo entramado de situaciones biológicas, psicológicas y sociales que permiten explicar el creciente problema de la obesidad. Privilegiar o ignorar alguno de los elementos que dan lugar a la obesidad resulta inadecuado para la comprensión y tratamiento de este padecimiento.

12

La prevalencia de la obesidad en la adolescencia ha experimentado un incremento alarmante en el transcurso de las últimas tres décadas, constituyendo el desorden nutricional más frecuente no solo en las sociedades desarrolladas sino también en los países de vías de desarrollo.

Aunque los factores genéticos pueden predisponer a la obesidad, generalmente se le atañe este padecimiento a la alimentación y el sedentarismo como los factores que más influyen en este padecimiento. Sin embargo no le dan la importancia que merece a los factores psicológicos; uno de ellos se trata del apego.

A lo largo del tiempo, las relaciones interpersonales de los adolescentes han sido objeto de estudio para varias ciencias, especialmente para las sociales y humanas.

Durante la adolescencia, esta población se caracteriza por fortalecer su identidad y personalidad, así como desarrollar habilidades sociales y vínculos de apego, que

están relacionados con lo que han recibido por parte de sus padres, durante su historia de vida.

En los últimos años se ha observado que los vínculos de apego que establecen los adolescentes son insanos, generando en ellos dependencia e inseguridades poco favorables en sus relaciones en la adultez.

La adolescencia es un momento de la vida en el que el apego sufre una transformación. Los vínculos con los padres se debilitan y se establece otro tipo de vínculos de apego con los iguales. Explorar los vínculos de apego en los adolescentes nos permitirá ver cómo éste se relaciona con su desarrollo socio-emocional, cómo es capaz de comunicar sus emociones, recibir las emociones de los demás y empatizar.

Investigaciones acerca de la teoría del apego y la relación con la obesidad hacen énfasis en la deficiencia materna en captar y dar una adecuada solución a sus necesidades, sin embargo en esta investigación se encontró que como ya es mencionado la obesidad es una afectación de tipo multifactorial, ya que no se le puede atribuir mayor peso solo a los factores genéticos o a los malos hábitos alimenticios o a la falta de actividad física, deben de tomarse en cuenta toda esta serie de elementos para poder hacer una correcta intervención, ahora bien, si es preciso tomar en cuenta los diversos factores que influyen en la obesidad, psicológicamente hablando también se pretende indagar más en la serie de factores que intervienen en la obesidad y no solo indagar en la correcta o incorrecta vinculación con la madre, ya que como se podrá observar en esta investigación la figura paterna también representa un factor primordial en cuanto a la prevalencia de la obesidad.

La prevención de la obesidad es complicada al ser su etiología multifactorial, necesitar cambios en los estilos de apego de los adolescentes y ser necesaria la

implicación de numerosos agentes sociales. Los resultados de distintas políticas diseñadas para disminuir la prevalencia de la obesidad a nivel nacional, no dan el resultado esperado al no disminuir, incluso aumentar la prevalencia de la obesidad.

CAPÍTULO 1

APEGO

"los modelos sobre las figuras de apego y sobre el sí mismo gobernarán los deseos, expectativas, miedos, seguridades e inseguridades de un sujeto".

Bowlby, 1988

15

En este capítulo se aborda la teoría del apego en general como el marco conceptual que explica el fundamento de lo que posteriormente constituirá el funcionamiento psico-social del individuo en formación, al afirmar que la calidad de la primera relación con la figura de apego servirá de modelo paradigmático para vínculos posteriores (Saldarriaga,2005)

Esta figura es una pieza clave en el desarrollo, la calidad de la historia afectiva estructura todo el funcionamiento interno de la persona generando seguridad y confianza a la persona ayudándola en su desarrollo personal, esta figura actúa como base de seguridad para el niño, que la considera incondicional, estable, accesible y duradera; a la vez que le permite explorar el mundo, alejarse y acumular experiencia. Por otro lado esta figura es a la cual se acude para consolarse, reafirmarse ante situaciones percibidas como peligrosas o ante estados de peligro, malestar o aflicción.

TEORIA DEL APEGO

Jhon Bowlby y Mary Ainsworth 1992, citados por Saldarriaga, 2005, proponen la teoría del apego desde la cual se pueden estudiar factores, como la necesidad de cuidado parental, la importancia de la calidad de ese cuidado y la necesidad de incentivar la exploración del mundo por parte de los niños. Plantean que son los

padres de la familia los que brindan relaciones de apego seguras, las cuales se proporcionan a sus hijos, el sentirse y saberse amados, confiados y merecedores del cariño y cuidado.

Bowlby (1998) buscaba estudiar el apego como un proceso vital humano debido a que este no solo aumenta las probabilidades de sobrevivencia en la infancia, sino que además optimiza el desarrollo de la personalidad de una manera adaptativa, a través del desarrollo.

Polaina-Lorente y Vargas,(1996) citado por Saldarriaga, (2005) plantean que la teoría del apego implica la necesidad que tiene el ser humano de establecer vínculos emocionales cercanos y significativos, en palabras de estos autores “lazos emocionales íntimos” (apego), con el fin de desarrollar su personalidad, la cual se verá predeterminada por las relaciones que se establecen naturalmente desde que el niño nace.

Bowlby (1998) define el apego común sistema organizado de conducta, que es predeterminado evolutivamente y que está asociado con una serie de comportamientos en los que se busca mantener el contacto con el cuidador. Los comportamientos relacionados con el apego, aparecen a medida que avanza el desarrollo, especialmente, en las primeras etapas del mismo.

En su primera fase las observaciones clínicas de Bowlby de jóvenes delincuentes, lo llevo a la conclusión de que la alteración del vínculo con sus madres es el precursor de psicopatología posterior, pero tenía que probarlo. No solo creyó que la relación con la madre es importante para el posterior funcionamiento, sino también que esta relación es de una importancia crítica para él bebe. Junto con James Robertson, observo que los niños un poco mayores experimentaban un intenso malestar cuando eran separados de sus madres y de ahí surgió un patrón predecible – primero de enojo protesta y luego de desesperación - ¿qué hace suponer que el recién nacido no experimenta algo parecido?

Basada en la tradición teórica psicoanalítica, particularmente surgida de la llamada Escuela Británica de las Relaciones de Objeto, la teoría de Bowlby desafió los supuestos básicos de psicoanalistas y otros clínicos por lo que fue difícil su aplicación. Más aún desafió a la teoría del aprendizaje social, ambas ofrecían explicaciones basadas en las pulsiones secundarias: la madre alimenta al bebé y el placer de sentir sus necesidades satisfechas es asociado con la presencia de la madre. Gracias a la investigación etológica de K.Lorenz, N. Tinbergen, J.Harlow, entre otros, Bowlby cuestionó las perspectivas dominantes. No era la comida lo que satisfacía a los primates no humanos, sino el contacto. En los humanos pronto se hizo evidente que los bebés también se apegan a la gente no que los alimenta si no que les proporciona seguridad.

Bowlby (1998) citado por Saldarriaga (2005) definió cuatro fases en proceso de desarrollo del apego:

1. Fase 1 o fase de orientación con discriminación limitada donde se observa en el niño una tendencia marcada a mirar unas personas más que a otras y a poner más atención a los objetos que están en movimiento.
2. Fase 2 o fase de orientación y señales dirigidas hacia una o más figuras determinadas, que se caracteriza porque el contacto constante con algunas personas va estimulando en el niño cierta preferencia por ellas.
3. Fase 3 o fase de nacimiento de la proximidad con una figura discriminada por medio de la locomoción y las señales; la cual se caracteriza por una tendencia intrínseca de los niños a acercarse a aquellas que les son familiares.
4. Fase 4 o formación de una pareja con corrección de objetivos, que es aquella en la cual el niño ya está en capacidad de procesar la retroalimentación que le dan los resultados obtenidos en la interacción con una figura particular. (Saldarriaga, 2005,p.6).

Este proceso permite que el niño afiance y fortalezca un estilo exclusivo y personal con la persona que responde por su cuidado, el cual puede también extenderse a otras relaciones que establecerá en un futuro.

De ahí, que el apego no solo brinde bien estar al niño, sino que también le permita establecer relaciones que se irán fortaleciendo a lo largo de su desarrollo.

Esto significa que para Bowlby, este vínculo es estremecedoramente poderoso, evidente particularmente cuando es perturbado, resulta no de un proceso de aprendizaje asociativo (pulsiones secundarias), sino de un deseo de proximidad, cuya base es biológica, que surge a través del proceso de selección natural.

De tal forma que, la teoría del apego humano, poco después de su concepción estuvo en peligro de ser relegada a las tapas de los libros como un interesante corpus filosófico. En lugar de eso, se inició el segundo periodo de la teoría del apego con las investigaciones de M. S. Ainsworth – psicóloga del desarrollo con origen canadiense – quien condujo principalmente dos investigaciones cualitativas de observación natural de madres con sus infantes aplicando los principios etológicos de la teoría del apego como marco de referencia. Con los datos obtenidos de esas investigaciones hizo su contribución a la teoría a la teoría del apego y a las formulaciones posteriores Bowlby.

El modelo propuesto por Bowlby se basa en la existencia de cuatro sistemas de conducta relacionados entre sí: el sistema de conductas de apego, el sistema de exploración, el sistema de miedo a los extraños y el sistema afiliativo (Oliva, 2004; Girón, Rodríguez y Sánchez, 2003). Bowlby (1993, pp, 60) definió la conducta de apego como “cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido.

En tanto que la figura de apego permanezca accesible y responda, la conducta puede consistir en una mera verificación visual o auditiva del lugar en que se halla y en el intercambio ocasional de miradas y saludos. En ciertas circunstancias se observan también seguimiento o aferramiento a la figura de apego, así como tendencia a llamarla o a llorar, conductas que en general mueven a esa figura a brindar sus cuidados”. Teniendo en cuenta esta premisa, que han puesto en evidencia que durante los primeros años de vida tiene lugar un proceso de desarrollo muy importante, Botella (2005) cita unos principios básicos:

- Todos los animales, incluidos los de la especie humana, buscan la protección y cuidado de sus padres cuando experimentan peligros y amenazas.
- Esta búsqueda de protección tiene un papel evolutivo de supervivencia fundamental
- En general, la figura de apego es la madre y rápidamente se genera una clara preferencia hacia ella (Fonagy, 2004)
- En los bebés, el malestar que conduce a la búsqueda de apego también puede ser provocado por el hambre, la sed y/o el dolor físico. (Marrone,2001)
- El sistema conductual de apego no es único, sino que forma parte de un conjunto en el que figuran también la exploración, el cuidado y el apareamiento (Fonagy, 2004)
- El sistema de apego tiene una función homeostática al contribuir a mantener el equilibrio entre las conductas exploratorias y las de proximidad. A esta contribución Girón, Rodríguez y Sánchez (2003) añaden lo siguiente:

cuando se desarrolla una relación de apego saludable, se satisfacen las necesidades físicas y psíquicas del niño y éste desarrolla un sentimiento de seguridad. La experiencia de que la figura de apego (el cuidador) es accesible y responderá si se le pide ayuda, suministra un sentimiento de confianza que facilita la exploración tanto del mundo físico como del social (Bowlby, 1990).

Es decir la relación del niño con su madre es el lazo más importante durante la primera infancia. La madre le presta las atenciones necesarias que satisfacen sus primeras demandas en pro de su bienestar. Cuando la relación materno-filial no se consolida, Bowlby se refiere a la “privación materna”. Se considera que un niño sufre este suceso cuando convive con su madre y ésta no puede proporcionarle el cuidado que necesita o cuando por cualquier motivo se separa de su vínculo de apego. Los efectos contraproducentes de esta privación varían en intensidad y conducen a la movilización de emociones e impulsos en la organización mental del menor inmaduro fisiológica y psicológicamente.

La perturbación en la organización psíquica resultante de esos estados genera una variedad de reacciones frecuentemente repetidas y acumuladas, que se traducen en la aparición de síntomas neuróticos y de inestabilidad. (Bowlby 1985, citado por Betancourt, 2007).

Además, el autor señala la posibilidad de otros dilemas que pueden surgir: Primero, la actitud inconsciente de rechazo oculta bajo la apariencia de otra de afecto; segundo, la excesiva exigencia de cariño y de confianza requeridos por el padre o la madre y finalmente, la satisfacción inconsciente y sustitutiva obtenida por uno de los padres como consecuencia de la conducta del niño, a pesar de condenarla abierta y conscientemente.

Por lo tanto, las ideas centrales expuestas por Bowlby se refieren a que existe un comportamiento instintivo que evoluciona durante el ciclo vital no heredable, destinado a la conservación del individuo. Lo que se hereda es el código genético

que permite desarrollar estos sistemas de comportamiento o estrategias de sobrevivencia.

Postula también el concepto de “vinculación” que consiste en la capacidad de la madre para reconocer la presencia de necesidades básicas de su hijo y que ocurre en la interacción de ambos. Desde esta premisa, se cumplen dos funciones: una función de protección, que es la seguridad proporcionada por el adulto capaz de defender al niño desde la respuesta a sus necesidades primarias, y a partir de la interacción, una función de socialización positiva que le permite al niño tener la certeza de contar con el contacto con su madre si lo desea y cuando lo desee, lo que le permite explorar su entorno dado a la confianza que surge de este vínculo.

Por último, Bowlby propone que debe establecerse una concordancia entre las demandas reales del niño y la capacidad de la madre para responder a esas demandas. De este modo, se va incrementando la seguridad con la edad, aunque, ante una amenaza de pérdida se crea la angustia y ante una pérdida real aparece la aflicción e, incluso, la depresión. Para Bowlby, esta angustia generada por el temor a la pérdida, forma parte del desarrollo normal y sano del individuo. Sin embargo, señala situaciones en las que se presenta lo que él llama “vinculación angustiante”.

Son los casos por ejemplo, de una madre presente físicamente pero inconsistente a las demandas de su hijo; o la madre ausente, aunque sea de manera temporal, con duración soportable acorde con la edad, y a veces definitiva como ocurre en el duelo o en las situaciones en las que la madre amenaza con el rechazo, el abandono y la deserción familiar.

El resultado de este tipo de vinculaciones angustiantes es un niño que construye un modelo de vínculo inaccesible, inseguro, en el que crece la angustia y la cólera. Cuando esto es muy acentuado, como en el caso de la ausencia definitiva, puede impedir el establecimiento de su autonomía y sus capacidades de adaptación

social. Cualquier falla en este diálogo precoz de las primeras relaciones tiene un impacto decisivo en el desarrollo de la personalidad e implica alteraciones psicopatológicas importantes. (Bowlby, 1985; citado por Betancourt, 2001).

DEFINICIONES DE APEGO EN OTROS AUTORES

Por otro lado, Ainsworth (1983), define el apego como las conductas que posibilitan la cercanía con una persona determinada. Entre estos comportamientos se encuentran las señales (llanto, sonrisa, vocalizaciones), la orientación (mirada), los movimientos relacionados con otra persona (seguir, aproximarse) e intentos activos de contacto físico (subir, abrazar, aferrarse). Se trata de una actitud mutua y recíproca.

El apego es una conducta que se produce como respuesta determinada por el temor, en que en palabras de Ortiz y Yarnoz, otorga la sensación de seguridad, concepto que es comparable al ideal de “protección” suministrado por la figura de apego, la que a su vez, otorgaría la sensación de seguridad propuesta por los otros autores. Ambos concuerdan con que se establece un lazo entre el infante y la figura que responde a sus necesidades básicas.

Por otro lado, Sroufe y Waters (2000) hacen referencia al mismo vínculo que los autores anteriores, pero no integra el sentido de protección ni la provisión de seguridad. Claramente ellos postulan una descripción desde el modelo sistémico, sin embargo los otros autores proponen constructos elaborados desde diferentes modelos explicativos. Cabe destacar la pluralidad que le otorgan a “los cuidadores”, lo que indicaría que el apego es un vínculo que se puede establecer con más de una sola figura.

Ahora bien, Winnicott y Mahler, proponen diferentes etapas o fases evolutivas, las cuales son muy similares. Sin embargo, describen los procesos de individuación e independencia de igual manera que los autores anteriores, pero sin hacer referencia al concepto de “apego”, pero de todas formas, en sus descripciones dan

cuenta del mismo suceso. Ambos autores incluyen ideas etológicas, psicoanalíticas y sistémicas en sus postulados, mismo constructo propuesto inicialmente por Bowlby.

La primera fase evolutiva de Winnicott, corresponde a la etapa del desarrollo en que el yo de la madre supe al yo del niño que todavía no está constituido, ofreciéndole un ambiente favorable para su desarrollo, donde se satisfacen todos sus requerimientos. De la identificación del niño con la madre surge la “dependencia absoluta”, en la que está más allá del alcance del infante, estando este prácticamente inconsciente, no siendo capaz de percatarse de las provisiones de la madre, puesto que son un “yo” fusionado. La segunda etapa del desarrollo del mismo autor, se refiere a la “dependencia relativa” donde los procesos de integración, personalización y establecimiento de la relación con el objeto y su utilización, al mismo tiempo aparece la capacidad de estar solo.

Por un lado, el niño da cuenta de las provisiones maternas, y por otro, se desarrolla la capacidad de notar la continuidad de la existencia de la madre y la seguridad que ésta ofrece lo que hace posible una experiencia positiva de soledad durante un tiempo limitado. Así, el niño puede descubrir su vida personal y reemplazar la concepción del yo fusionado con su madre a un yo individual. Más adelante, el niño progresa hacia la última etapa de la “independencia” donde su capacidad de estar solo evoluciona paralelamente con el establecimiento de relaciones, mientras adquiere el sentido de la responsabilidad y la autonomía, a través de la experiencia.

Margaret Mahler, introduce al igual que Winnicott, tres etapas sucesivas del desarrollo, que son: la fase autista, la de simbiosis normal y la del proceso de separación e individuación. La fase autista, gradualmente el infante va saliendo de la tendencia innata a la regresión vegetativa, y se promueve la conciencia sensorial del ambiente y del contacto con él. Prevalece un estadio de narcisismo primario absoluto, marcado por la falta de conciencia del infante respecto de la existencia de un agente materno.

Esta fase propuesta por Mahler, es similar a la primera etapa del desarrollo de Winnicott, la “dependencia absoluta”, donde ambos concuerdan en el narcisismo absoluto mostrado por la inconsciencia del infante frente a la existencia de un agente materno. El siguiente período, Mahler lo llamó “simbiótico”, donde madre e hijo forman una unidad dual. No hay diferencia entre el yo y el no yo. Durante esta fase se realiza la transición de una organización biológica a una psicobiológica. Esta etapa comprende el sentido del “yo fusionado” que corresponde a la primera etapa de Winnicott, por lo que se puede indicar que Mahler separó en dos fases (autista y simbiótico) la llamada “dependencia absoluta” de Winnicott, ya que ambos describen los mismos sucesos.

Finalmente Mahler llamó a su tercera etapa del desarrollo “separación e individuación” en la cual el infante evoluciona hacia la diferenciación, el distanciamiento, la formación de límites y la desvinculación con la madre, dando paso a un funcionamiento más autónomo; estos conceptos son comparables con los propuestos por Winnicott en su segunda fase “dependencia relativa”, donde estipula que se produce la integración, personalización (representada en la idea de Mahler que propone que cada niño sigue una vía de diferenciación individual y única) y el establecimiento de la relación con el objeto y su utilización (capacidad que se logra a través de la “diferenciación” en palabras de Mahler), apareciendo la posibilidad de estar solo, separándose físicamente de su madre. El niño da cuenta del cuidado materno, y se desarrolla la capacidad de notar la continuidad de la existencia de la madre y la seguridad que ésta ofrece lo que hace posible una experiencia positiva de soledad durante un tiempo limitado.

Así, el niño puede descubrir su vida personal y reemplazar la concepción del yo fusionado con su madre a un yo individual. (Paso de la fase simbiótica a la de separación e individuación de Mahler). La última etapa de Winnicott, hace referencia a la “independencia”, fase que según Mahler se encuentra unida a los sucesos que ella describe en la fase de “separación e individuación”. Donde ambos autores concuerdan en el desarrollo de la capacidad de estar solo,

estableciendo la distancia óptima característica de la interacción entre la madre y el niño, que le permite explorar.

Queda claro por lo tanto, que ambos autores describieron el mismo suceso evolutivo que en palabras de Bowlby es la concepción del “apego” con sus consiguientes consecuencias, pero estructuraron las etapas de manera distinta. De esta manera, Mahler divide en sus primeras dos fases “autismo” y “simbiosis”, la primera fase “dependencia absoluta” de Winnicott. Y este autor, parcela la última etapa “separación e individuación” en las fases de “dependencia relativa y finalmente independencia.

Para comparar los diferentes postulados, hay que considerar primeramente al autor que introdujo el término “apego”. Bowlby, refiriéndose al apego como la conducta que reduce la distancia de las personas u objetos que suministrarían protección, da cuenta de la conducta de apego como una respuesta determinada por el temor.

La relación del niño con su madre es crucial para la salud mental del infante. La madre satisface sus primeras demandas asegurando su bienestar. Este autor no especifica fases evolutivas en que se establece el vínculo (como otros autores), pero sí indica las complicaciones que conlleva el impedimento del establecimiento del apego.

Por ejemplo, la “privación materna” cuando un niño convive con su madre y ésta no le proporcionarle el cuidado que necesita o cuando por cualquier motivo se separa de su vínculo de apego. Indica que los efectos contraproducentes de esta privación conducen a la movilización de emociones e impulsos en la organización mental del menor inmaduro fisiológica y psicológicamente. Esta perturbación genera una variedad de reacciones frecuentemente repetidas y acumuladas, que se traducen en la aparición de síntomas neuróticos y de inestabilidad.

Las ideas centrales de Bowlby se refieren a que existe un comportamiento instintivo que evoluciona durante el ciclo vital, destinado a la conservación del

individuo. Postula también el concepto de “vinculación” donde se cumplen dos funciones: una función de protección, que es la seguridad proporcionada por el adulto capaz de defender al niño desde la respuesta a sus necesidades primarias, y a partir de la interacción, una función de socialización positiva que le permite al niño tener la certeza de contar con el contacto con su madre si lo desea y cuando lo desee, lo que le permite explorar su entorno dado a la confianza que surge de este vínculo.

Para Bowlby, la angustia generada por el temor a la pérdida, forma parte del desarrollo normal y sano del individuo. Sin embargo, señala situaciones en las que se presenta la “vinculación angustiante”. Donde la madre presente físicamente es inconsistente con las demandas de su hijo; o la madre ausente, temporalmente o definitivamente.

El resultado de este tipo de vinculaciones es un niño que construye un modelo de vínculo inaccesible, inseguro, en el que crece la angustia y la cólera, puede impedir el establecimiento de su autonomía y sus capacidades de adaptación social. Cualquier falla en este diálogo precoz de las primeras relaciones tiene un impacto decisivo en el desarrollo de la personalidad e implica alteraciones psicopatológicas importantes.

CLASIFICACION DE LOS ESTILOS DE APEGO

En los primeros estudios naturalistas de Mary Ainsworth (1963) de los Ganda en Uganda, encontró una información muy rica para el estudio de las diferencias en la calidad de la relación madre-hijo y su influencia sobre la formación del apego (citado en Oliva, 2004 y Del Barrio, 2002). Esta información le llevó a identificar unos estilos de apego en la interacción madre- hijo, que reflejan las normas que determinan nuestras respuestas ante situaciones que nos trastornan emocionalmente, es decir, nuestra forma primordial de autorregulación emocional

(Botella, 2005). Otro trabajo realizado posteriormente confirmó estos datos (Bell y Ainsworth, 1972).

Unos años más tarde, Ainsworth y cols., (1978) diseñaron una situación experimental, la Situación del Extraño, para examinar el equilibrio entre las conductas de apego y de exploración, bajo condiciones de alto estrés. La Situación del Extraño es una simple prueba de laboratorio para medir el apego, en niños de 1-2 años. Consta de dos episodios de una breve separación entre el niño y la persona que lo cuida. El objetivo era evaluar la manera en que los niños utilizaban a los adultos como fuente de seguridad, desde la cual podían explorar su ambiente; también la forma en que reaccionaban ante la presencia de extraños, y sobre todo en los momentos de separación y de reunión con la madre o cuidador.

En los resultados de la prueba, Ainsworth encontró claras diferencias individuales en el comportamiento de los niños en esta situación. Estas diferencias le permitieron describir tres patrones conductuales que eran representativos de los distintos estilos de apego establecidos:

1. Apego seguro
2. Apego inseguro-evitativo
3. Apego inseguro ambivalente

1.-APEGO SEGURO

En el apego seguro aparece ansiedad de separación y reaseguramiento al volver a reunirse con el cuidador. Se interpreta como un Modelo de Funcionamiento Interno caracterizado por la confianza en el cuidador, cuya presencia le conforta

(Fonagy, 2004). Las personas con estilo de apego seguro son capaces de usar a sus cuidadores como una base segura cuando están angustiados. Saben que los cuidadores estarán disponibles y que serán sensibles y responsivos a sus necesidades.

En una investigación realizada por Engeland y Farber (1984), se encontró que las mamás de los niños seguros mostraron gran sensibilidad para captar las necesidades de sus hijos respondiendo positivamente a sus demandas; eran generosas, afectivas y hábiles para alimentarlos y jugar con ellos; además se sentían satisfechas consigo mismas.

El niño con apego seguro confía en que sus padres estarán accesibles, serán sensibles y lo apoyaran si el enfrentara una situación adversa, por ello, se anima a explorar el mundo. Esta conducta la favorecen los padres sensibles al estar disponibles para captar las señales del hijo y responder amorosamente para brindarle protección y consuelo. La madre de un niño con apego seguro está atenta y sensible a su desempeño y responde a sus éxitos y dificultades de modo alentador (Bowlby, 1989).

APEGO INSEGURO-EVITATIVO

En el apego inseguro-evitativo, la observación fue interpretada como si el niño no tuviera confianza en la disponibilidad de la madre o cuidador principal, mostrando poca ansiedad durante la separación y un claro desinterés en el posterior reencuentro con la madre o cuidador. Incluso si la madre buscaba el contacto, ellos rechazaban el acercamiento (Fonagy, 2004; Oliva, 2004). En la situación extraña los niños con estilo de apego evitativo no lloran al separarse de la madre, sin embargo, hay evidencia de que se dan cambios en su sistema nervioso notables en la aceleración del ritmo cardíaco y otras alteraciones (Botella, 2005).

Debido a su conducta independiente en la Situación del Extraño y su reacción carente de emociones ante la madre, podría interpretarse como una conducta saludable. Sin embargo, Ainsworth intuyó que se trataba de niños con dificultades emocionales; su desapego era semejante al mostrado por los niños que habían experimentado separaciones dolorosas (citado en Oliva, 2004).

Egeland y Faber (1984) encontraron en su investigación que las madres de los niños inseguros-evitantes eran desconfiadas, se mostraban tensas e irritadas, alentaban a sus hijos de manera mecánica evitando el contacto físico, no reponían al llanto de sus bebés y reaccionaban con rechazo a la maternidad.

El niño evitante supone que cuando busque cuidados no recibirá atención o cariño, sino que recibirá rechazo; por ello intentara volverse autosuficiente para vivir sin apoyo de otros, adquiriendo una estructura narcisista (Bowlby, 1989)

Algunos niños sujetos a un régimen imprevisible parecen llegar a un punto de desesperación en el que, en vez de desarrollar una conducta afectiva caracterizada por la ansiedad, muestran un relativo desapego, aparentemente sin confiar en los demás ni preocuparse por ellos. A menudo esta conducta se caracteriza por la agresividad y la desobediencia, y esos niños son siempre propensos a tomar represalias. Este tipo de desarrollo es mucho más frecuente en los varones que en las niñas, en tanto que ocurre a la inversa en el caso de una conducta de fuerte aferramiento y ansiedad. (Bowlby 1985).

Las personas con este tipo de apego, tienen despliegues mínimos de afecto y angustia hacia el cuidador, o evasión de esta figura ante situaciones que exigen la proximidad y rechazan la información que pudiese crear confusión, cerrando sus esquemas a ésta, teniendo estructuras cognitivas rígidas, poseen más propensión al enojo, caracterizándose por metas destructivas, frecuentes episodios de cólera y otras emociones negativas (Gayó, 1999).

APEGO INSEGURO-AMBVALENTE

En el apego inseguro-ambivalente el niño muestra ansiedad de separación pero no se tranquiliza al reunirse con la madre o cuidador, según los observadores parece que el niño hace un intento de exagerar el afecto para asegurarse la atención (Fonagy, 2004).

30

Estos niños se mostraban tan preocupados por la ausencia de la madre que apenas exploraban en la Situación del Extraño. Sus respuestas emocionales iban desde la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de mantenimiento de contacto (Oliva, 2004). En este tipo de apego parece que la madre o cuidador, está física y emocionalmente disponible sólo en ciertas ocasiones, lo que hace al individuo más propenso a la ansiedad de separación y al temor de explorar el mundo. Para Mikulincer (1998), es evidente un fuerte deseo de intimidad, pero a la vez una sensación de inseguridad respecto a los demás.

Las características del cuidado materno en este caso son de insensibilidad, intrusividad e inconsistencia (Botella, 2005). Se podría decir que el rasgo que más define a estas madres es el no estar siempre disponibles. Sin embargo, algunos estudios (Stevenson-Hinde y Shouldice, 1995; Isabella, 1993) han encontrado que en algunas circunstancias estas madres se encuentran responsivas y sensibles, lo que podría indicar que son capaces de interactuar positivamente con el niño cuando se encuentran emocionalmente estables. En la misma línea Oliva (2004) destaca la actitud de las madres de interferir durante la conducta exploratoria de los niños, este aspecto unido a que en algunas ocasiones las madres se muestran responsivas y sensibles podría aumentar la dependencia y falta de autonomía del niño. Esto puede llegar a explicar la percepción que el niño puede llegar a tener del comportamiento contradictorio de la madre. Cassidy y Berlin (1994) consideran estas conductas como una estrategia, no necesariamente consciente, dirigida a

aumentar la dependencia del niño, asegurando su cercanía y utilizándola como figura de apego.

Los tres estilos de apego descritos por Ainsworth han sido considerados en la mayoría de las investigaciones sobre apego (Oliva, 2004; Main y Cassidy, 1988). Sin embargo otros autores han propuesto la existencia de un cuarto tipo denominado **desorganizado-desorientado** que recoge muchas de las características de los dos grupos de inseguro ya descritos y que inicialmente eran considerados como inclasificables (Main y Solomon, 1986).

Este tipo de apego aparentemente mixto, se ha observado en un 80% de niños en situaciones de maltrato o abuso (Botella, 2005). Se trata de niños que muestran la mayor inseguridad y cuando se reúnen con la madre o el cuidador principal tras la separación, muestran una variedad de conductas confusas y contradictorias (Oliva, 2004). Como destaca Botella (2005) estos niños pasan por una situación de colapso de sus estrategias conductuales.

El estilo de apego inseguro comporta un factor de riesgo en cuanto a la manifestación de problemas psicológicos, mientras que el apego seguro constituye un factor de resiliencia psicológica que fomenta el bienestar emocional, la competencia social, el funcionamiento cognitivo y la capacidad de superación frente a la adversidad (Siegel, 1999).

Bowlby fue el primero en examinar el rol que juegan los estilos de apego en la experiencia de rabia y enfado. Según este autor, la rabia es una respuesta funcional de protesta dirigida a otros, y aquellos con estilos de apego inseguro logran transformar esta respuesta en otra que resulta disfuncional. Mikulincer (1998) a este respecto concluyó que las personas con estilos de apego seguro, presentan menos propensión a la rabia, expresan su enfado de manera

controlada, sin señales de hostilidad a otros y siempre buscan resolver la situación una vez que están enfadados.

Las personas con estilos de apego ambivalente y evitativo tienen más propensión al enfado, caracterizándose por metas destructivas, frecuentes episodios de enfado y otras emociones negativas (Buchheim y Mergenthaler, 2000).

Por su parte, Main y Cassidy (1988) concuerdan con Ainsworth al hablar de tres tipos básicos de niños, el tipo A (evitante), el tipo B (seguro) y C (ambivalente). Vargas y Díaz Loving (2001) a través de un estudio de campo en niños de primaria, determinaron siete estilos de apego: evitante-ansioso agresivo, seguro externo, seguro interno, evitante independiente, preocupado amistoso, ansioso manipulador e interdependiente cercano.

Bartholomew (1993), propone un modelo de apego que se compone de cuatro estilos: seguro, temeroso, alejado y preocupado, derivado de la imagen que se tiene de sí mismo y de la persona de apego. Finalmente Byng Hall (1999) plantea cuatro estilos: Evitante, Seguro, Ambivalente o resistente y desorganizado/desorientado.

Como se puede ver, las diferentes clasificaciones consideradas por los distintos autores, están íntimamente relacionadas, con diferentes nomenclaturas y variado número de divisiones, pero en su mayoría engloban los mismos subtipos. Desde esta perspectiva, se considerará para el presente trabajo la clasificación de Ainsworth, la que ha sido mayormente sometida a pruebas experimentales.

APEGO EN LA ADOLESCENCIA

Se ha observado tanto continuidad como discontinuidad en el desarrollo de los estilos de apego de la infancia a la edad adulta temprana. Estos cambios dependen de las transformaciones cognitivas y relacionales de la adolescencia, junto con la disponibilidad de respuesta del cuidador en el establecimiento de autonomía con respecto a la familia de origen. Así los factores relacionales, psicosociales y los síntomas depresivos que inciden en la capacidad de los adolescentes a desarrollar su autonomía en el mantenimiento de las relaciones clave, pueden llegar a afectar la estabilidad de los estilos de apego.

33

El estilo de apego seguro en la adolescencia está relacionado con la capacidad de mantener las referencias, mientras se negocia la autonomía con las figuras de apego, y con el desarrollo de estrategias para regular las emociones asociadas con este proceso. Allen McElhaney, 2003). Así el adolescente exploraría la independencia cognitiva y la emocional a través de la adquisición de la autonomía de pensamiento dentro de una fuerte relación con sus padres, que actúan como base segura (Allen et al., 2003 Main y Goldwyn, 1983)

Estos cambios en las relaciones pueden ayudar a evaluar cognitivamente y emocionalmente sus relaciones con los padres mientras permanecen conectada a ellos. También se ha relacionado con las creencias adaptativas sobre las relaciones, con la calidad de la interacción del adolescente con su madre y con la capacidad de los adolescentes para manejar y regular sus propias emociones y comportamientos en situaciones de desafío

Los distintos modelos constituidos en la primera infancia van a servir para percibir en gran medida como se desarrollan los procesos relacionales. Así la evidencia indica que los chicos y chicas con modelos seguros van a resolver mejor la tarea de conseguir autonomía emocional de sus padres y también presentan un mejor desempeño en las relaciones amistosas y románticas. Por el contrario los adolescentes preocupados/ ambivalentes y autosuficientes/evitativos no solo

muestran dificultades relacionales, sino también un mayor desajuste emocional que se ve muy influido por la seguridad en el vínculo afectivo en la infancia.

La teoría del apego ha ido expandiéndose en las últimas décadas, tanto para la comprensión de otro tipo de relaciones (hermanos, amigos, pareja) como en etapas evolutivas posteriores.

La adolescencia es un momento de profundas transformaciones: cognitivas, emocionales y sociales que van a tener una repercusión directa sobre el significado y expresión de los procesos de apego.

Así el surgimiento del pensamiento formal va a poner a disposición una potente herramienta cognitiva que le va a permitir razonar con mayor complejidad sobre sus relaciones con las figuras de apego, ya sea para pensar en alternativas, compararlas con otras figuras o desidealizarlas y contemplarlas de una forma más realista (Allen, 1999).

En este periodo es cuando el sistema de apego podrá ser considerado como una organización global única e integrada surgida a partir de la reflexión sobre las experiencias previas, que mostrara estabilidad y que predecirá el comportamiento del adolescente dentro y fuera de la familia.

Estos modelos hacen posible acceder a los modelos de representaciones de las relaciones de apego mediante procedimientos de evaluación diferentes usados en la infancia, que estaban centrados en la observación de la conducta del niño y de su cuidador principal en una situación extraña.

A partir de la adolescencia los métodos empleados tratan de capturar los modelos cognitivos de las relaciones y consideran al apego como un constructo intrapsíquico característico del sujeto.

Resulta evidente que las conductas de búsqueda de proximidad de las figuras de apego que manifiestan los niños pequeños en situaciones de malestar o peligro cumplen una función evidente de supervivencia, y también es indiscutible que con

la llegada de la adolescencia las amenazas reales para la seguridad disminuyen claramente. Sin embargo a pesar de su mayor autonomía los jóvenes siguen necesitando a sus figuras de apego para la regulación de sus emociones y su malestar psicológico ante situaciones estresantes, sobre todo en los inicios de la adolescencia. Esta función de regulación emocional de los vínculos con las figuras de apego se mantiene en la adultez, de forma que cuando falta el apoyo emocional que propiciarán los demás, aumenta la vulnerabilidad del sujeto, incluso ante la enfermedad y la muerte. (Eisenberg, N. Spinrad, T.,2004)

Por lo tanto la adolescencia marcará un importante momento de transición en lo que se producirá la transferencia en las funciones que cumple el sistema de apego: la protección ante amenazas físicas reales a la regulación de las emociones en situaciones de estrés emocional. Las experiencias infantiles en las relaciones de apego son una fuente de influencia importante sobre la capacidad para regular los estados emocionales, existen otros factores, tales como la experiencia en el afrontamiento de estresores, el temperamento o la calidad de las relaciones con iguales que pueden hacer una importante contribución.

En los apartados anteriores se ha hecho referencia a la importancia de los modelos de apego constituidos a partir de las experiencias infantiles con los cuidadores tienen para el establecimiento de las relaciones con iguales, sin embargo esta influencia no se limita al mundo relacional, y afecta a otras esferas del comportamiento y la salud mental del adolescente.

Como algunos investigadores han sugerido, las dificultades que muestran los sujetos inseguros en relaciones interpersonales pueden deberse a la incomodidad a la hora de manejar sus relaciones emocionales en situaciones difíciles. (Kerr, Melley, Travea, Pole, 2003)

La asociación entre apego, regulación emocional, afrontamiento indican que lo que diferencia a los adolescentes seguros de los inseguros es su capacidad de percibir, etiquetar, expresar y regular sus emociones.

En términos generales, los adolescentes con modelos seguros muestran más interés claridad y exactitud en la expresión de sus emociones; también suelen presentar los mejores recursos, competencia y contextos familiares para lidiar con las tareas evolutivas propias de la edad. Así son considerados por los iguales o por observadores externos como menos ansiosos, menos hostiles y con más autoestima que los compañeros inseguros. También suelen usar mejores estrategias de afrontamiento de problemas, muestran mejor disposición para el aprendizaje y manejan mejor las situaciones estresantes que son frecuentes en la adolescencia (Sroufe,2000)

En cambio, los adolescentes con modelos inseguros caracterizados por la ambivalencia o preocupación suelen mostrar niveles elevados de afectividad negativa, junto con una escasa capacidad para su regulación por lo que suelen verse desbordados con frecuencia por sus emociones, presentan una alta ansiedad, estrés y depresión durante momentos de su transición evolutiva; lo que se traduce en muchas dificultades en la resolución de tareas propias de la adolescencia. La visión de si mismos es relativamente negativa debido a que muestran baja autoestima. También es frecuente que presenten problemas en sus relaciones sociales y desajuste emocional. En efecto los adolescentes ambivalentes tienden a presentar muchos problemas de conducta (consumo de sustancias, actividad delictiva) solo cuando tienen contextos familiares y comunitarios de riesgo; en cambio sí están expuestos a relaciones sociales y familiares positivas suelen mostrar resultados conductuales mucho más favorables similares a los de los adolescentes seguros. Por otra parte la hiperactivación emocional propia de los adolescentes preocupados les lleva a mostrarse extremadamente sensibles en el contexto social, lo cual explica los efectos de moderación. (Allen, 1999).

Finalmente los adolescentes autosuficientes o evitativos, también presentan problemas en la percepción y comunicación de emociones, sobre todo cuando son negativas, que suelen afrontar ignorándoles, siendo muy extraño que busquen

apoyo emocional cuando se sienten angustiados. Sus modelos representacionales de sí mismo no son negativos, aunque si de los demás. (Mikulincer, M., Shaver, P. Pereg, D. 2003)

Estos jóvenes suelen presentar las tasas más altas de los trastornos de la conducta y consumo de sustancias, otros estudios han encontrado que las estrategias evitativas están asociadas a incrementos en las conductas antisociales y delictivas a lo largo de la adolescencia, también presentan menos habilidades sociales, estrategias de afrontamiento evitativas y trastornos de la alimentación. A diferencia de los adolescentes preocupados, los autosuficientes se muestran poco sensibles a la influencia familiar. (Allen 1999).

APEGO Y RELACION CON IGUALES

Ainsworth 1989, señala que los cambios hormonales y cognitivos impulsan al adolescente a la búsqueda de la relación con un igual, generalmente de su mismo sexo, edad, en las que están implicados los sistemas reproductivos y de apego. Estas relaciones son importantes para la vida social y emocional del adolescente pues en ellas aprenden a interactuar con personas de distinto sexo, se divierten, etc.

Por otra parte distanciamiento con respecto a los padres suele ir emparejando la relación con iguales, ya que estas relaciones irán ganando intimidad, reciprocidad y apoyo emocional hasta convertirse de forma gradual en auténticas relaciones de apego que cumplirán muchas de las funciones que anteriormente asumían sus padres (Steinberg, 2001). La percepción de los padres como principal fuente de apoyo declina, mientras que aumenta el apoyo recibido por los amigos.

A partir de la pubertad los iguales desempeñan un importante papel a la hora de proporcionar sentimientos de seguridad y de ayuda a regular el estrés en situaciones de dificultad. Algunas características propias de las relaciones de apego, como la búsqueda de proximidad y de apoyo emocional, están presentes

en las relaciones de amistad. Además chicos y chicas se sentirán más seguros y confiados a la hora de afrontar situaciones nuevas, como el inicio de las relaciones de pareja, cuando lo hacen en compañía de un buen amigo (Mikulincer, Sheffi, 2000.)

Para Furman y Wehner 1994, las relaciones de pares en la adolescencia sirven para satisfacer cuatro tipos de necesidades: sexuales, de afiliación, de apego y de dar y recibir cuidados. Es decir estas primeras relaciones de los adolescentes sirven para colmar fundamentalmente las necesidades sexuales y afiliativas (compañía y diversión), pero a medida que la adolescencia vaya transcurriendo, estas relaciones serán más estables e irán ascendiendo en la jerarquía de las figuras de apego. Así durante la adolescencia tardía y la adultez temprana las relaciones de pareja empezaran a satisfacer necesidades de apoyo y cuidados.

Un estudio realizado por Zeifman y Hazan (2008) sobre niños y adolescentes se observó que los cuatro componentes del apego (búsqueda de proximidad, apoyo emocional, ansiedad de separación y base segura), durante la adolescencia los iguales iban asumiendo un papel fundamental en los dos primeros, mientras que padres y madres continuaban siendo figuras importantes.

Este cambio supone una transformación de la relación de apego jerárquica propia de la niñez, en la que el niño recibe cuidados de sus padres, a una relación horizontal, en las en las que ambos dan y reciben cuidados, y que estará marcada en sus inicios por una excesiva dependencia emocional por los iguales. (Oliva, 2004)

Numerosos estudios han encontrado que la adolescencia suele estar caracterizada por un aumento de la conformidad ante la presión del grupo, lo que en algunos casos puede resultar disfuncional y llevar al adolescente a una mayor implicación en algunos comportamientos de riesgo (Main, 1986). Los esfuerzos que el niño realizaba para conseguir la aprobación de sus padres serán sustituidos tras la pubertad por los intentos de agradar a los iguales, ya que las necesidades

de apoyo no cambian demasiado pues sólo lo hacen las figuras que lo proporcionan.

Como han señalado (Mikulincer, Sheffi, 2000) este proceso normativo de acercamiento al grupo de iguales cumple tres funciones diferentes:

En primer lugar ayuda al adolescente a relajar los lazos con los padres y a conseguir cierta autonomía emocional.

En segundo lugar es una experiencia en relaciones igualitarias que le va a preparar el camino para el comienzo de las relaciones de pareja.

En tercer lugar, va a suponer una diversificación de la inversión emocional en distintas figuras de apego, lo que puede resultar muy útil en situaciones de estrés en que algunas de estas figuras pudieran no estar disponibles.

Los modelos de apego constituidos en la infancia también van a guardar relación con los vínculos que el adolescente establezca con los compañeros, en estos vínculos se observa la relación entre la seguridad en el apego y la competencia mostrada en las relaciones con iguales.

Allen, 2007 menciona que los adolescentes seguros se muestran más cómodos en las interacciones afectivas íntimas propias de las relaciones de amistad, probablemente porque estos sujetos suelen manejar mejor estas relaciones emocionales en situaciones estresantes. La seguridad en el apego es también un determinante del funcionamiento de las relaciones íntimas que en relaciones con iguales menos cercanas afectivamente, ya que propician seguridad a la adolescente, competencia social como la popularidad y la aceptación social.

En cambio los adolescentes inseguros evitativos suelen mostrar una comunicación distorsionada y unas expectativas negativas con respecto a los demás crean problemas de funcionamiento social. (Valdez,2002). Además su malestar en las relaciones interpersonales les llevara a mantenerse alejados emocionalmente de

aquellos iguales que podrían llegar a ser amigos íntimos por lo que suelen ser evaluados como más hostiles y distantes.

Cuando se trata de chicos y chicas ambivalentes o preocupados, los resultados son menos contundentes, por su parte, su interés por la intimidad y la búsqueda de apoyo hará que presenten un menor desempeño social que los autosuficientes, por otra parte les predispondrá a sentirse muy ansiosos acerca de cómo actuar en sus relaciones íntimas y sobre la disponibilidad y apoyo de los demás. Por ello, aunque estos adolescentes muestran una orientación hacia los demás y mucho interés por las relaciones sociales, su excesiva ansiedad les llevara a un pobre desempeño en ellas. (Seiffge-Krenke, 2006).

DISTANCIAMIENTO DE LOS PADRES Y BÚSQUEDA DE LA AUTONOMÍA

Tal vez este sea uno de los procesos sobre los que existe mayor evidencia puesto que durante la adolescencia existe una disminución de la cercanía emocional y las expresiones de afecto (Grau, Meneghello, 2000) la calidad de tiempo que padres e hijos pasan juntos y un aumento de la necesidad de privacidad (Steinberger y Silk, 2002). La comunicación también suele experimentar un ligero deterioro en torno a la pubertad, ya que en esta etapa chicos y chicas hablan menos espontáneamente de sus asuntos, las interrupciones son mas frecuentes y la comunicación se hace más difícil (Parra y Oliva, 2007).

Por otra parte las discusiones y conflictos entre padres e hijos pasan a formar parte de la vida cotidiana en la familia, especialmente durante la adolescencia temprana. (Grau, Meneghello, 2000).

Algunos estudios han analizado los proceso de apego durante la adolescencia también han encontrado indicadores claros de este distanciamiento, aumentando de edad el número de adolescentes que expresan más sentimientos de rechazo y

menos manifestaciones de afecto positivo cuando hablan acerca de las relaciones con sus padres. (Santrok, 2004).

Todos estos procesos no son sino consecuencias de la búsqueda de autonomía por parte del adolescente y reflejan el choque entre la necesidad de apoyo parental en un momento en el que tienen que afrontar muchas tareas evolutivas, y la experiencia de exploración que requiere la resolución de dichas tareas. El adolescente ha de alcanzar un equilibrio entre dichas necesidades, que no son sino la continuación en un nuevo escenario de los sistemas de apego y exploración.

Al igual que ocurría en los niños pequeños en la Situación del Extraño, los adolescentes mostrarán una mayor tendencia a la exploración cuando sientan que los padres están disponibles y les muestran su apoyo. De hecho y aunque algunos chicos aumentan sus conductas exploratorias y reducen manifestaciones abiertas de apego en su tránsito a la adolescencia, la mayoría disfruta de relaciones cálidas y estrechas con sus padres, necesitan su respeto y aprecio, y en condiciones de estrés tornan a sus padres, que continúan siendo importantes figuras de apego, incluso durante la adultez emergente. (Delgado y Oliva, 2011)

También es de esperar que existan diferencias individuales en la forma en que el adolescente resuelve la tarea de distanciarse emocionalmente de sus padres, puede resultar más complicada en el caso de aquellos chicos y chicas con un modelo de apego inseguro.

Los chicos con modelo de apego seguro manejan los conflictos con sus padres implicándose en discusiones en las que ambas partes tienen la oportunidad de expresar su pensamiento y que tratan de encontrar soluciones a sus desacuerdos mediante fórmulas que equilibren sus necesidades de mayor autonomía con esfuerzos por preservar una buena relación con sus padres. (Allen, 2008).

Es probable que en estas familias el proceso sea menos problemático porque estos chicos y chicas tienen la confianza de que a pesar de los desacuerdos la relación con sus padres se manifiesta intacta, ya que es más fácil y seguro discutir con los padres cuando se sabe que se podrá seguir contando con ellos (Scharf y Mayselles, 2007). Algunos estudios han encontrado que estos padres suelen mostrar una mayor sensibilidad ante los estados emocionales de sus hijos, bien porque esta sensibilidad parental sea un predictor de la seguridad en el apego, bien porque estos adolescentes seguros comunican a sus padres sus estados emocionales de forma más frecuente y precisa. (Allen, 2008).

En definitiva parece evidente que la seguridad en el modelo de apego favorece un distanciamiento de los padres más saludable, por lo que no es extraño que estos adolescentes muestren mejor ajuste a la tarea evolutiva. (Bernier, Larose y Whipple, 2005).

Sin embargo este distanciamiento emocional de los padres puede resultar especialmente estresante especialmente en aquellas familias con adolescentes inseguros. En estos casos la búsqueda de la autonomía puede ser experimentada como una amenaza para la autoridad materna y paterna y para la relación paterno-filial, y tanto los adolescentes como sus padres pueden verse abrumados por la fuerte carga afectiva suscitada por sus conflictos y desacuerdos. Marrone,(2001)

Cuando se trata de adolescentes evitativos o autosuficientes, será más frecuente que las discusiones se resuelvan de forma poco productiva y que tiendan a evitar soluciones negociadas, siendo la retirada del conflicto la estrategia más frecuente. Así, la menor implicación afectiva con las figuras de apego que suelen mostrar estos sujetos será para la resolución de la tarea de renegociar las relaciones paterno filiales, y más que reajustar la relación para atender sus necesidades de autonomía a la vez se mantiene un vínculo positivo, estos chicos y chicas tendrán la tendencia a rechazar y cortar la relación con sus padres (Allen y Land, 1999).

En cuanto a los sujetos preocupados, será más frecuente la implicación de discusiones muy intensas e improductivas para la autonomía del adolescente. Por otra parte estos sujetos tienden a sobrestimular los problemas en sus relaciones familiares, al menos por lo que pueden percibir sus propios padres o los iguales. Estas dificultades suelen mantenerse a lo largo de toda la adolescencia, lo que suele entorpecer la resolución de algunas tareas relacionadas con la autonomía personal. En este caso más que rechazar a sus cuidadores, puede permanecer excesivamente atada a ellos, de ahí la dificultad de experimentar el logro de autonomía.

Evidentemente, no es fácil determinar el sentido de la influencia entre los modelos de apego del adolescente y sus relaciones familiares, ya que si bien es posible que estos modelos construidos a lo largo de la infancia afecten las relaciones familiares presentes y a la resolución de tareas relativas al logro de autonomía, también es más probable que las pautas de interacción establecidas con sus padres durante la adolescencia predigan cambios en los modelos de apego previamente establecidos.

Apego y Trastorno de la Conducta Alimentaria

Las perturbaciones producidas en el desarrollo precoz del psiquismo provocan modificaciones y alteraciones de la personalidad y de los comportamientos específicos, cuyas particularidades localizables remiten al estadio en el que ocurren. Las perturbaciones de los procesos del desarrollo psicoafectivo pueden atribuirse tanto a los defectos innatos propios del niño como a las alteraciones del medio, ya sea por comportamientos maternos inadecuados o eventos traumáticos repetitivos.

Al no haber el proceso de separación e individuación, en términos de Mahler, o de independencia según Winnicott, no hay una formación de límites, ni tampoco una desvinculación de la madre, existiendo a la vez dificultades en el proceso de

individuación. En los trastornos de alimentación, especialmente en la anorexia y la bulimia nerviosa, se observa con frecuencia la alteración de este proceso de separación e individuación entre madres e hijas: se desarrolla una díada simbiótica que funciona como un todo, que no permite la autonomía de la hija o el hijo.

Las alteraciones en la percepción y cognición de estos niños serán evidentes de acuerdo con el trastorno que el individuo desarrolle. La incapacidad para autoalimentarse o nutrirse adecuadamente es una especie de denuncia del fracaso en el logro de independencia y autonomía básicas. Pero, al mismo tiempo, las pacientes con anorexia nerviosa buscan en el síntoma restrictivo-purgativo una salida en falso para alcanzar la individualidad, ya que la dependencia la representa la conducta restrictiva, pero la necesidad y deseo de independencia estaría demostrada por los episodios de descontrol en la ingesta.

El síntoma se construye como un preciado espacio de control, tal vez el único posible frente a una madre tan absorbente y difícil de complacer. La necesidad de percibir la autonomía y la imposibilidad de lograrla a través de un vínculo sano con las principales figuras de apego, son un estímulo importante para buscar la libertad e independencia a través de los síntomas, en los cuales son notorios los actos de autoagresión.

Desde la teoría del apego, si la unidad madre-hijo se rige por una fisiología adulta, asegurará al recién nacido la supervivencia. Este proceso requiere por parte de la madre de una empatía estrechamente involucrada para asegurar la madurez fisiológica del niño. Resolver la autonomía supone desacoplarse de la fisiología adulta y adquirir la certeza de unidad separada; éste es el proceso de individuación que va formando el aparato mental de cada ser humano. En los trastornos de alimentación, muchos hijos están excesivamente involucrados con sus madres, como si la vida de ambos dependiera de la existencia del otro.

Es así como esta construcción relacional altera el funcionamiento mental y predispone a los adolescentes a buscar soluciones de autonomía fisiológica, como las observadas en muchos de los síntomas de los trastornos de alimentación. (Betancourt, Rodriguez y Gempeler, 2007)

CAPÍTULO 2 ADOLESCENCIA

La adolescencia es un periodo de transición que marca el final de la infancia y anuncia la adultez, para muchos jóvenes la adolescencia es un periodo de incertidumbre e inclusive de desesperación; para otros es una etapa de amistades intimas, de independencia de los padres y sueños acerca del futuro (Mckinney, 1982).

Para Papalia (1997) la adolescencia inicia entre los 12 y 13 años y termina entre los 19 y 20 años de edad, aunque se basa en cambios físicos que vienen de la pubertad y sus derivaciones psicológicas pueden durar hasta mucho tiempo después.

Se considera que la adolescencia comienza con la pubertad, conocida como el proceso de madurez sexual, los cambios fisiológicos al final de la infancia, se traducen en un rápido crecimiento, en el cambio en proporción y forma corporal y el alcance de madurez sexual.

En la adolescencia existen cambios que pueden estar influyendo en el tipo de relación que los jóvenes mantienen entre los cuales se pueden mencionar los siguientes: la expansión de razonamiento lógico, el incremento de pensamiento idealista y egocéntrico, el incumplimiento de expectativas, los cambios en el mundo académico, de compañeros y amistades, el hecho de empezar a salir con personas del sexo opuesto. (Santrok,2004).

La adolescencia, como cualquiera otra etapa de la vida humana, tiene características particulares que permiten identificarla cronológicamente por medio de los comportamientos específicos o por los fenómenos del proceso de ajustamiento de los individuos a su medio o con otros adolescentes que se encuentren en situaciones semejantes.

Es una etapa de suma importancia en el desarrollo de todos los seres humanos, al ser determinante en el comportamiento venidero de algunos.

Desde el ámbito de la salud, se ha definido la adolescencia (Cruz- Hernandez, 1995) como un periodo de transición en el cual suceden cambios en diferentes aspectos de la vida de la persona, como la:

- * Adquisición de la maduración sexual y reproductiva
- * Evolución de los procesos psicológicos de los individuos y los cambios en la formas de identificación, de las de un niño pasan a las de un adulto.
- * Transición de un estado de dependencia socioeconómica total a otra relativa independencia.

Pero, los estudios sobre que es la adolescencia, además del componente de cambio biológico, no se inicia hasta el último siglo, los primeros estudios eran meramente descriptivos y la adolescencia era descrita como una etapa evolutiva difícil, emocionalmente inestable, llena de conflictos y problemas (Steinberg y Lerner, 2004)

DEFINICION DE ADOLESCENCIA

Para la OMS: “La adolescencia es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia económica”

En cuanto a la definición de adolescencia Papalia (1997) la define como la transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta, que implica importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales la adolescencia dura casi una década, desde los 11 o 12 años hasta finales de los 19 o comienzos de los 20, en general se considera que la adolescencia comienza con la pubertad, en el proceso que conduce a la madurez sexual o fertilidad: capacidad de reproducirse

En la adolescencia, el aspecto físico de los jóvenes cambia como resultado de los procesos hormonales de la pubertad, su cuerpo toma la forma que corresponde a la edad adulta, su forma de pensar también se modifica pues tienen una mejor capacidad de pensar de manera abstracta e hipotética, sus sentimientos cambian casi con respecto a todo.

Todas las áreas del desarrollo convergen cuando el adolescente se enfrenta a su principal tarea: establecer una identidad que se llevara hasta la edad adulta

Aberastury (2009) ha llegado a definir la adolescencia como: la etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales – parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante el uso de sus elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que solo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil, la estabilización de la personalidad no se logra sin pasar por un cierto grado de conducta patológica, la normalidad se establece sobre las pautas de adaptación al medio, y que no significa sometimiento al mismo, sino más bien la capacidad de utilizar los dispositivos existentes para el logro de las satisfacciones básicas del individuo en una interacción permanente que busca modificar lo displacentero o lo inútil a través del logro de sustituciones para el individuo y la comunidad.

Siendo la pubertad los cambios biológicos que señalan al final de la niñez, dan como resultado un rápido crecimiento en la estatura y peso, cambios en las proporciones y la forma del cuerpo, y la llegada a la madurez sexual, estas enormes modificaciones físicas son parte de un largo y complejo proceso de maduración que comienza desde antes de nacer, y sus implicaciones psicológicas continúan hasta la edad adulta (Papalia, 1997)

Los cambios físicos en varones y mujeres durante la pubertad incluyen el crecimiento repentino del adolescente, el desarrollo del vello púbico, una voz más profunda y el crecimiento muscular, la maduración de los órganos reproductores llega con el comienzo de la menstruación en las niñas y la producción de espermatozoides en los muchachos

La adolescencia temprana, la transición después de la niñez, ofrece oportunidades para el crecimiento, no solo en la dimensión física, sino también en la competencia cognitiva y social, autonomía, autoestima e intimidad al igual que implica grandes riesgos, algunos jóvenes tienen problemas para manejar tantos cambios a la vez que pueden necesitar ayuda para superar los peligros que se encuentren en el camino.

ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA (PETER BLOS)

Peter Blos (2011), divide la adolescencia en etapas que el adolescente atravesará con gran rapidez e inevitablemente:

- **Pre adolescencia (de 9-11 años):** En esta etapa cualquier experiencia ya sea pensamientos y actividades sin ninguna connotación erótica o sexual se transforman en estímulos sexuales y tienen función de descarga. Los hombres dirigen su atención a la genitalidad propia, mientras que las mujeres centran su atención en el género opuesto. Hay características también de descargas emocionales, los hombres son hostiles con las mujeres, y ellas en cambio muestran sus capacidades y habilidades masculinas al extremo.
- **Adolescencia Temprana (de 12-14 años):** La característica principal en esta etapa es el inicio del alejamiento de los objetos primarios de amor (madre-padre) y la búsqueda de nuevos objetos, se establecen nuevas relaciones. El interés se

centra en la genitalidad, la adopción de valores, reglas y leyes adquieren cierta independencia de la autoridad parental. El autocontrol amenaza con romperse.

- **Adolescencia (de 16-18 años):** Aquí, el hallazgo en la mayoría de los casos es un objeto heterosexual, y se abandonan las posiciones bisexuales y narcisistas, característica del desarrollo psicológico de la adolescencia. Ocurren 2 procesos afectivos, el duelo y el enamoramiento, el duelo tiene que ver con la aceptación del alejamiento de los objetos primarios ósea padre-madre, hasta la liberación, y en el proceso del enamoramiento, está el acercamiento a nuevos objetos de amor. La recurrente pregunta del adolescente de ¿Quién soy?, cambia al final de esta etapa por “Este soy yo”.

Adolescencia tardía (de 19-21 años): Aquí las principales metas del individuo son lograr una identidad del Yo e incrementar la capacidad para la intimidad, se presenta una actitud crítica frente al mundo externo y a los adultos en general, no querer ser como a quienes rechaza y elige un cambio ideal. El mundo interno que ha desarrollado a partir de su infancia servirá de puente para reconectarse con un mundo externo que es nuevo para él a consecuencia de su cambio de estado.

- **Pos adolescencia (de 21-24 años):** Esta fase es la precondition para el logro de la madurez psicológica, a quienes están en esta etapa se les conoce como adultos jóvenes, las relaciones personales se tornan permanentes, así como la selección del medio donde se quiere interactuar. Se mantiene el énfasis en los valores, los cuales se consolidan de acuerdo con las experiencias pasadas y la planeación del futuro. Es una fase intermedia con la futura etapa de la edad adulta.

CARACTERISTICAS DE LA ADOLESCENCIA

Tradicionalmente se ha pensado que la adolescencia era un periodo tormentoso y de tensión (Freud, 1958), un periodo agotador, (Blos, 1962) y de crisis de identidad (Erikson, 1980) que estaba cargado de trastornos emocionales y de enfrentamiento y conflicto con los padres (Calzada, Altamirano y Ruiz, 2001). Otros autores consideran que la adolescencia es una fase de crecimiento en la que hay una adaptación al desarrollo, estabilidad emocional y armonía intergeneracional. Según Scales (1991), el 80% de los adolescentes no experimentan una adolescencia estresante y agotadora, sino que la viven como un periodo prometedor y lleno de oportunidades (Musitu, Buelga, Lila, Cava, 2001; Kearney-Cooke, 1999).

Anna Freud citada en Aberastury (2009) dice que es muy difícil señalar el límite entre lo normal y lo patológico en la adolescencia, y considera en realidad a toda la conmoción de este periodo de la vida como normal, señalando además que sería anormal la presencia de un equilibrio estable durante el proceso adolescente.

Como ya se ha mencionado, la adolescencia es un periodo de transición, en el cual el niño se prepara para ser hombre y la niña para ser mujer (Coleman y Hendry, 2003). Este periodo está caracterizado por un lado por los logros y adquisiciones importantes, un periodo de madurez física, cognitiva, social y emocional, y por otro por ser una etapa de pérdidas que requieren de una elaboración.

Sintetizando las características de la adolescencia, podemos describir las siguientes:

BÚSQUEDA DE SÍ MISMO Y DE LA IDENTIDAD

El auto concepto se va desarrollando a medida que el sujeto va cambiando y se va integrando con las concepciones que acerca de él mismo tiene muchas personas, grupos e instituciones y va asimilando todos los valores que constituyen el ambiente social, se va formando este sentimiento de identidad, como una verdadera experiencia de “autoconocimiento”, es necesario integrar todo lo pasado, lo experimentado, lo internalizado con las nuevas exigencias del medio y con las urgencias instintivas o con las modalidades de relación objetal establecidas en el campo dinámico de las relaciones interpersonales

52

En esta búsqueda de identidad, el adolescente recurre a las situaciones que se presentan como más favorables en el momento una de ellas es la uniformidad, que brinda seguridad y estima personal, ocurre aquí el proceso de doble identificación masiva, en donde todos se identifican con cada uno, y que explica, el proceso grupal

Realiza un verdadero duelo por el cual al principio niega la pérdida de sus condiciones infantiles y tiene dificultades en aceptar las realidades más adultas que se van imponiendo que se encuentran fundamentalmente las modificaciones biológicas y morfológicas de su propio cuerpo

TENDENCIA GRUPAL

La tendencia grupal recurre como comportamiento defensivo a la búsqueda de uniformidad que puede brindar seguridad y estima personal, allí surge el espíritu de grupo al que tan afecto se muestra el adolescente, las actuaciones del grupo y de sus integrantes representan la oposición a las figuras parentales y una manera activa de determinar una identidad distinta de la del medio familiar

El grupo constituye así la transición necesaria en el mundo externo para lograr la individuación adulta.

NECESIDAD DE INTELECTUALIZAR Y FANTASEAR

Se da como una de las formas típicas del pensamiento del adolescente, la necesidad que la realidad impone de renunciar al cuerpo, al rol y a los padres de la infancia, así como a la bisexualidad que acompañaba a la identidad infantil, enfrenta al adolescente con una vivida de fracaso o de impotencia frente a la realidad externa, esto obliga también al adolescente a recurrir al pensamiento para compensar las pérdidas que ocurren dentro de sí mismo y que no puede evitar, las elucubraciones de las fantasías consientes y el intelectualizar, sirven como mecanismos defensivos frente a estas situaciones de pérdida tan dolorosas.

CRISIS RELIGIOSAS QUE PUEDEN IR DESDE EL ATEÍSMO HASTA EL MISTICISMO MÁS FERVOROSO

Esto nos explica como el adolescente puede llegar a tener tanta necesidad de hacer identificaciones proyectivas con imágenes muy idealizadas, que le aseguren continuidad de la existencia de sí mismo y de sus padres infantiles

DESUBICACIÓN TEMPORAL, EN DONDE EL PENSAMIENTO ADQUIERE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PENSAMIENTO PRIMARIO

El adolescente vive una cierta desubicación temporal, convierte el tiempo en presente activo como un intento de manejarlo, mantenerse únicamente en el tiempo experimental es una forma de intentar paralizar el tiempo, a medida que se van elaborando los duelos típicos en la adolescencia, la dimensión temporal adquiere otras características es aquí donde surge la conceptualización del tiempo, que implica la noción discriminada del pasado, presente y futuro, con la aceptación de la muerte de los padres y la pérdida definitiva de su vínculo con ellos y la propia muerte.

EVOLUCIÓN SEXUAL MANIFIESTA QUE VA DESDE EL AUTOEROTISMO HASTA LA HETEROSEXUALIDAD GENITAL ADULTA

En la evolución del autoerotismo a la heterosexualidad que se observa en el adolescente se pueden describir un oscilar permanente entre la actividad de tipo masturbatorio y los comienzos del ejercicio genital, donde hay más un contacto genital de tipo exploratorio y preparatorio, que va de verdadera genitalidad procreativa que solo se da con la correspondiente capacidad de asumir el rol parental, al ir aceptando su genitalidad, el adolescente inicia la búsqueda de la pareja en forma tímida pero intensa, tiene aquí la masturbación la finalidad exploratoria, de aprendizaje y preparatoria para la futura genitalidad procreativa.

ACTITUD SOCIAL REIVINDICATORIA CON TENDENCIAL ANTI O ASOCIALES DE DIVERSA INTENSIDAD

El adolescente siente que no es él el que cambia, quien abandona su cuerpo y su rol infantil, sino que son sus padres y la sociedad los que se niegan a seguir funcionando como padres infantiles, descargando entonces contra ellos su odio y su envidia y desarrolla actitudes destructivas

CONTRADICCIONES SUCESIVAS EN TODAS LAS MANIFESTACIONES DE LA CONDUCTA, DOMINADA POR LA ACCIÓN, QUE CONSTITUYE LA FORMA DE EXPRESIÓN CONCEPTUAL MÁS TÍPICA DE ESTE PERIODO DE LA VIDA

Es una personalidad en la que los procesos de proyección e introyección son intensos, variables y frecuentes, de una inestabilidad permanente, es el mundo adulto el que no telera los cambios de conducta del adolescente, el que no acepta que el adolescente pueda tener identidades ocasionales, transitorias, circunstanciales y exige de él una identidad adulta, que por supuesto no debe de tener

SEPARACIÓN PROGRESIVA DE LOS PADRES

Uno de los duelos fundamentales que tiene que elaborar el adolescente es el duelo por los padres de la infancia, por lo tanto una de las tareas básicas

concomitantes a la identidad del adolescente, es la de ir separándose de los padres, la aparición de la capacidad efectora de la genitalidad impone la separación de los padres, gran parte de la relación con los padres esta disociada y estos son vividos entonces como figuras o muy malas o muy buenas.

FLUCTUACIONES DEL HUMOR Y DEL ESTADO DE ANIMO

Los cambios de humor son típicos en la adolescencia y es preciso entenderlos sobre la base de los mecanismos de proyección y de duelo por la pérdida de objetos, al fallar estos intentos de elaboración, tales cambios de humor pueden aparecer como micro crisis maniaco-depresiva

ELABORACION DE DUELOS EN LA ADOLESCENCIA

Para Arminda Aberastury, la adolescencia debía realizar, como tareas propias, tres procesos de duelo, entendiéndose por tal el conjunto de procesos psicológicos que se producen normalmente ante la pérdida de un objeto amado y que llevan a renunciar a éste.

Los procesos que se suceden en el duelo se han dividido en tres etapas:

1. La negación, mecanismo por el cual el sujeto rechaza la idea de pérdida, muestra incredulidad, siente ira. Es lo que nos lleva a decir: "No puede ser que haya muerto, lo vi ayer por la calle", cuando inesperadamente recibimos la noticia de la muerte de un amigo, aunque sepamos que hay muchas maneras de morir en pocas horas.
2. La resignación, en la cual se admite la pérdida y sobreviene como afecto la pena.
3. El desapego, en la que se renuncia al objeto y se produce la adaptación a la vida sin él. Esta última etapa permite el apego a nuevos objetos.

Volviendo a Aberastury, el adolescente tenía que superar tres duelos para convertirse en adulto.

- * **Duelo por el cuerpo infantil**
- * **Duelo por la identidad y el rol infantil**
- * **Duelo por los padres de la infancia**

DUELO POR EL CUERPO INFANTIL

Consiste en ir aceptando las modificaciones biológicas, ante las cuales siente impotencia, ya que no puede hacer nada para frenar estos cambios. Esto se refleja en cierta rebeldía en la esfera del pensamiento, se halla incómodo con su cuerpo

En virtud de las modificaciones biológicas características de la adolescencia, el individuo, se ve obligado a asistir pasivamente a toda una serie de modificaciones que se operan en su propia estructura, creando un sentimiento de impotencia frente a la realidad concreta, vive en ese momento la pérdida de su cuerpo infantil con una mente aun en la infancia y con un cuerpo que se va haciendo adulto, esta contradicción produce un verdadero fenómeno de despersonalización que domina el pensamiento del adolescente

Niega así su cuerpo infantil perdido, y en fluctuaciones incesantes con la realidad, que lo ponen en relación con sus padres, su familia y el mundo concreto que lo rodea y del cual depende, elabora esa perdida y va aceptando su nueva personalidad

DUELO POR LA IDENTIDAD Y POR EL ROL INFANTIL

El niño en su infancia, acepta su relativa impotencia, necesita de otras personas que cumplan sus funciones yoicas, y su yo, mediante la proyección e introyección configura su identificación.

En la adolescencia, sufre un "fracaso de personificación". No se da cuenta de cómo debe actuar, ya que no es un niño pero tampoco un adulto. Es lo suficientemente grande para ser un niño y por tanto no puede mantener la dependencia infantil aunque quisiera. Esto es debido a la actitud de sus padres que ahora tienen para con él. Pero tampoco puede asumir la independencia adulta. Sufre una confusión de roles, recurre al "mecanismo de defensa esquizoide" de delegar toda responsabilidad y obligaciones en el grupo de pares (barra), quedando así por fuera del proceso de pensamiento; forma parte de las actividades del grupo, pero no se hace cargo de sus consecuencias. Tiene un manejo omnipotente de la irresponsabilidad, y son otros los que se hacen cargo por él del principio de realidad. Ya que éste no se hace cargo de sus actos y las consecuencias de ellos.

En este período hace posible un tipo de pensamiento en el que despersonaliza a los seres humanos, utilizándolos como objetos, como medios para sus satisfacciones. Este manejo de las personas demuestra una clara inestabilidad afectiva e indiferencia hacia los demás.

Pero mediante la "barra", que cumple el rol de mecanismo de defensa esquizoide, como ya explicamos anteriormente, es que se siente seguro en esa uniformidad que el grupo le da. Más tarde irá adoptando roles cambiantes y participando activamente en el grupo, y es así, que de a poco toma las responsabilidades y las culpas grupales. Mediante estas proyecciones e introyecciones es que va asimilando y desechando identificaciones hasta llegar a formar una propia.

Aberastury y Knobel dicen que: "La exageración o fijación de este proceso por no elaborar el duelo por la identidad y por el rol infantil explica las conductas psicópatas tratando a las personas como objetos, para así lograr sus objetivos. También se ve en el desafecto y crueldad con el objeto"

Normalmente el adolescente va aceptando las pérdidas de su cuerpo infantil y su rol infantil; al mismo tiempo que va cambiando la imagen de sus padres infantiles, sustituyéndolas por la de los padres actuales, en el próximo duelo.

DUELO POR LOS PADRES DE LA INFANCIA

El adolescente empieza a separarse de sus padres. Lo que marcará el "fin de la relación de dependencia" que mantenía con ellos. Es más que obvio que sigue dependiendo de ellos, no sólo económicamente, sino sentimentalmente, ya que necesitan de la comprensión y la aprobación de éstos (sentirse aceptado). Además tiene la necesidad de una identidad fuera de la familia, aunque inconscientemente, también se siente parte de ella. Es una contradicción más de las muchas que caracterizan esta etapa.

La búsqueda de un nuevo estatus, que le es transferido a este por su cuerpo, mediante los cambios corporales, lo llevan a una nueva búsqueda de identidad y un nuevo rol por el infantil ya superado. La independencia de la que hablamos es relativa, ya que si le dieran una verdadera libertad e independencia, este la sentiría como abandono. Es menester, que el pasaje de la relación infantil que tenía con los padres a la adolescencia (de una dependencia total a una pseudo-independencia), sea lento. Esto facilitará su independencia en un futuro, y hará menos traumático el duelo.

Esta pseudo-independencia se ve claramente en la necesidad de pedir prestado el auto a sus padres, en el momento de pedir para llegar más tarde de la hora que estaba pactada antes, ante la necesidad de pedirles dinero, etc. Lo hacen, porque

sienten la necesidad de aparentar una cierta independencia económica frente a sus compañeros de grupo, de sentirse casi un "adulto". Este proceso de independencia y pérdida, es sentido tanto por el adolescente como por los padres, ya que estos se dan cuenta de que sus hijos están creciendo y con esto les viene a la mente la idea próxima, en algún momento, de la muerte. La idea de esto les produce la necesidad de retener la relación de padres infantiles que mantenían con su hijo de la infancia. Esto lo hacen a través de la dependencia económica, no permitiéndoles ciertos gustos o salidas. Volvemos a notar que estos duelos son vividos de igual forma tanto por los padres como por los hijos.

Los cambios biológicos que se dan en la pubertad, le imponen la sexualidad genital e intensifican el duelo por el cuerpo infantil y el sexo opuesto perdido. Durante la infancia el niño se masturbaba constantemente para negar la pérdida del sexo opuesto, aunque también a manera de exploración. En cambio en la pubertad, se da primero a manera de exploración y después como búsqueda de placer debido a fantasías eróticas. Esto lo hace en soledad, por la carga de culpa emocional que le proporciona el "súper-yo", con todo el peso que le impone la sociedad.

La definición de su capacidad pro-creativa y su rol en la pareja, (el duelo por la bisexualidad) se debe a la resolución nuevamente del complejo de Edipo, el cual lo llevará a buscar pareja fuera del núcleo familiar. La aparición de los caracteres sexuales primarios (como ya explicamos arriba), lo llevarán a la definición sobre su rol en la relación de procreación. (Aberastury, 2009)

La pérdida del cuerpo infantil, del rol y de la identidad infantil que obligan a una renuncia a la dependencia y a una aceptación de responsabilidades, y los padres de la infancia a los que persistentemente se trata de retener buscando refugio y protección.

El dolor psíquico que acompaña a estos duelos contribuye a configurar el carácter y los cambios del estado de ánimo típicos de muchos adolescentes que van a

tener también su influencia en el ámbito de sus relaciones familiares, sociales y de conducta(Herrero, 2003).

La necesidad de elaborar los duelos básicos obligan al adolescente a recurrir normalmente a manejos psicopáticos de actuación, que identifican su conducta.

Cuando el adolescente se incluye en el mundo con este cuerpo ya maduro, la imagen que tiene de su cuerpo ha cambiado, también su identidad, y necesita entonces adquirir una ideología que le permita su adaptación al mundo y /o su acción sobre el para cambiarlo, en este periodo fluctúa entre una dependencia y un a independencia extremas y solo la marados bajo la otorgación de una excesiva libertad que el adolescente vive como abandono y que en realidad es.

El adolescente se presenta como varios personajes: es una combinación inestable de varios cuerpos e identidades, no puede todavía renunciar a aspectos de sí mismo y no puede utilizar y sintetizar lo que va adquiriendo y en esa dificultad de adquirir una identidad coherente reside el principal obstáculo para resolver su identidad sexual

Por otro lado los padres deben abandonar la imagen idealizada de sí mismo que su hijo ha creado y en la que él se ha instalado, ahora no podrá funcionar como líder o ídolo y deberá, en cambio, aceptar una relación llena de ambivalencia y de críticas, el desprecio que el adolescente muestra frente al adulto es, en parte, una defensa para aludir la depresión que le impone el desprendimiento de sus partes infantiles, pero es también un juicio de valor que debe respetarse

El dolor que le produce abandonar su mundo y la conciencia de que se van produciendo más modificaciones incontrolables dentro de sí, lo mueven a efectuar reformas exteriores que le aseguren la satisfacción de sus necesidades en la nueva situación en la que se encuentra ahora frente al mundo, las que, al mismo tiempo, le sirven de defensas contra los cambios incontrolables internos y de su cuerpo, se produce en este momento un incremento de la intelectualización para superar la incapacidad de acción.

Su hostilidad frente a los padres y al mundo en general se expresa en una desconfianza, en la idea de no ser comprendido, en su rechazo de la realidad, situaciones que pueden ser ratificadas o no por la realidad del misma

Todo este proceso exige un lento desarrollo en el cual son negados y afirmados sus principios luchando entre su necesidad de independencia y su nostalgia de reaseguramiento y dependencia, sufre crisis de susceptibilidad y de celos, exige y necesita vigilancia y dependencia, pero sin transición surge en él un nuevo rechazo al contacto con los padres y la necesidad de independencia y de huir de ellos.

El proceso del adolescente obliga al individuo a reformularse los conceptos que tiene acerca de sí mismo y que lo lleva a abandonar su autoimagen infantil y a proyectarse en el futuro de su adultez, el problema de la adolescencia debe ser tomado como un proceso universal de cambio, de desprendimiento.

CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN LA ADOLESCENCIA.

A continuación se realizara una descripción breve de las conductas alimentarias más frecuentemente alteradas en la adolescencia, sobre todo en el crecimiento puberal y como consecuencia de este. Distinguiremos cuatro tipos de alteraciones:

- A) Comportamiento alimentario inestable
 - Ingestión desmesurada de alimentos
 - Crisis bulímica
- B) Comportamientos cualitativamente inadecuados.
 - Hipofagia
 - El picoteo
 - Restricción global.
- C) Comportamientos alterados cualitativamente alterados
 - Exclusión alimentaria

Régimen específico

D) Maniobras específicas relacionadas con la alimentación

Estas conductas pueden producirse durante mucho tiempo de forma aislada, pueden ser de intensidad moderada o ser sucesivas, pero sin que necesariamente lleguen a mostrar cuadros clínicos de anorexia o bulimia. Sin embargo estas primeras manifestaciones contribuyen a los primeros síntomas de alteración y son más habituales en las chicas que en los chicos.

A) Comportamiento alimentario inestable:

En este caso el comportamiento alimentario no se muestra alterado durante las comidas, pero algunos adolescentes presentan conductas específicas con cierta intermitencia. Clásicamente se distingue entre la ingestión desmesurada de alimentos y la crisis de bulimia.

- Ingestión desmesurada de alimentos: Responde a una ingestión imperiosa de apetito y se observa en adolescentes en la fase premenstrual. El comportamiento alimentario parece adaptado y la adolescente ingiere sus alimentos preferidos (dulces, pasteles, etc.).
- Crisis bulímica: Se denomina también <<Compulsión alimentaria>> (P. Aimez) o de otros autores, binge eating, (G. Russel). Es un episodio brusco en el que se ingiere una gran cantidad de alimentos a escondidas y sin control. Todos los alimentos pueden resultar objeto de la conducta bulímica, ya que cada paciente tiene sus preferencias. (Pasta, carne, chocolates, pasteles, etc.).

La crisis puede ir precedida de un estado de tensión, malestar, sin hambre auténtica, puede ser un componente de excitación que puede ir acompañado de una lucha consciente de ingestión.

El paciente come de forma precipitada, casi sin masticar y las cantidades ingeridas pueden llegar a ser enormes. El ataque termina cuando ya no hay nada de comer o el paciente ha sido sorprendido por otra persona, o cuando la sensación de malestar llega a provocar saciedad.

A la fase de ingestión incontrolada sucede una fase de abatimiento con malestar físico (dolor de estómago, fatiga, cefaleas, náuseas etc.) y psíquico (remordimientos, vergüenza, culpabilidad, asco, humillación, menosprecio, etc.) que dura hasta que duerme o se provoca el vómito. Estos accesos pueden repetirse con una frecuencia variable: diaria, semanal, mensual o cada varios meses.

En el ámbito de la psicopatología, estas crisis constituye la traducción comportamental de un sentimiento de vacío o de aburrimiento que suele ir acompañado de un estado de ansiedad.

La emergencia de este deseo, esta pulsión incontrolada, suele ir ligada a un profundo desenvolvimiento pulsional: la vivencia agresiva y desestructurante que constituye el telón de fondo, y está relacionada con la activación repentina de una relación imaginaria agresiva y/o mortífera con una de las imágenes parentales, sobre todo con la de la madre. Así la crisis de bulimia representa el vano intento de incorporar el objeto maternal asociado con la angustia de destruirlo.

A) Comportamientos cualitativamente inadecuados:

- Hipofagia- Picoteo: La hipofagia como su nombre lo indica se caracteriza por un aporte alimentario excesivo. La hiperfagia generalmente un fenómeno familiar. Se suelen realizar entre 3 y 4 comidas al día, con un almuerzo importante y un desayuno reducido, responde a factores medioambientales en particular a las costumbres alimentarias familiares.

El picoteo se produce fuera de las comidas y puede tener lugar durante todo el día. Puede tratarse de un solo producto en general un alimento que no necesita preparación previa (chocolates, dulces). El picoteo acompaña actividades del sujeto: actividades escolares, lectura, televisión, y lo normal es que se asocie con la inactividad física. G. Gonthier afirma que la hiperfagia y el picoteo son características de la obesidad.

o Reducción Alimentaria:

Es el periodo puberal pero sobre todo adolescente, es frecuente e incluso habitual que se produzca una fase transitoria de restricción alimentaria. Esta reducción puede ser global o selectiva (pan, queso, etc.) y sigue los consejos o recomendaciones leídos en la prensa o escuchados en algún programa. Aquí predominan los factores medioambientales caracterizados por el intento de conseguir una figura delgada, a la moda.

Esta reducción alimentaria provoca frecuentes discusiones familiares, ya sea en forma de aproximación de relativa convivencia (madre e hija hacen el mismo régimen) o en forma de conflicto, en caso de que uno de los padres intente mantener el control que ejercía hasta ese momento sobre el régimen alimentario de su hijo.

B) Comportamientos alimentarios cualitativamente alterados

En estos casos como señala H. Bruch, ya el hecho de comer en si muestra una alteración, la ingestión de alimentos adquiere significaciones diversas, en general de peligro y amenaza. Ciertos alimentos quedan excluidos de la dieta alimentaria, pero no con la intención de evitar una aportación calórica, sino a causa del valor simbólico del alimento, y su valoración familiar o individual. Así el adolescente se puede privar de un alimento que especialmente le gusta. En otros casos se trata de un gusto o plato familiar selectivo. El adolescente puede someterse a un régimen específico en razón del valor simbólico otorgado a un alimento determinado o a las virtudes atribuidas a cierto régimen.

C) Maniobras específicas relacionadas con la alimentación

Algunos adolescentes adoptan conductas específicas cuyo objetivo consciente es conseguir un mejor control de peso e incluso adelgazar sin modificar las conductas alimentarias. Estos comportamientos pueden consistir en provocarse el vómito tras

un acceso bulímico, o producirse de forma aislada. En un primer momento el adolescente provoca deliberada y activamente los vómitos mediante el reflejo de la náusea. Después el vómito puede llegar a ser un reflejo que sucede a cualquier ingestión de alimento incluso esta sea mínima. Otros adolescentes recurren a fármacos sin prescripción médica como: eméticos, diuréticos, laxantes etc.

CAPÍTULO 3

OBESIDAD

**Donde prevalezcan relaciones madre-hijo incorrectas,
a menudo y desde los primeros meses,
se manifestarán de un modo psicossomático,
siendo ésta la vía de expresión
de los conflictos psíquicos
(Aquila, 2009)**

OBESIDAD:

La obesidad es un problema de Salud Pública, actualmente es considerada una epidemia mundial, sin embargo actualmente México ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil, y el segundo en obesidad en adultos, precedido sólo por los Estados Unidos. Problema que está presente no sólo en la infancia y la adolescencia

Datos del ENSANUT (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición) indican que uno de cada tres adolescentes de entre 12 y 19 años presenta sobrepeso u obesidad. Para los escolares, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad ascendió un promedio del 26% para ambos sexos, lo cual representa más de 4.1 millones de escolares conviviendo con este problema.

DEFINICION:

La obesidad se deriva del latín *obesus* que quiere decir “persona que tiene gordura en demasía”, se caracteriza por la acumulación y almacenamiento excesivo de grasa, principalmente en el tejido adiposo.

67

El término obesidad proviene del latín “*obesus*”, que significa persona que posee exceso de gordura. En una definición más precisa, se denomina obesidad a una enfermedad caracterizada por el aumento de grasa corporal, generalmente acompañada por un aumento de peso (Duperly ,2000).

Otra definición propuesta por Kuri y Gonzalez, (2009) es que la obesidad es un trastorno metabólico, caracterizado por la presencia de un exceso de grasa corporal que condiciona la salud de la persona. Este exceso de grasa se produce generalmente cuando la cantidad de energía que se ingiera a través de los alimentos es superior a la energía que el cuerpo gasta de manera cotidiana.

La obesidad está caracterizada por un exceso de peso que supera el valor normal en dos desviaciones estándar o en un 20% el peso ideal, es un estado o condición de sobrepeso que se desarrolla un desequilibrio energético es decir cuando la gente consume más calorías de las que gasta

Así mismo, Mendez y Uribe (2002), considera la obesidad como la masa excesiva de grasa corporal que se presenta cuando se consume más energía de la que se gasta en un periodo prolongado lo que ocasiona un aumento de peso corporal.

En realidad, la obesidad no constituye una condición específica de la adolescencia, ya que según las encuestas retrospectivas que intentan precisar el momento de la aparición de la obesidad, el 25% de los casos de obesidad del niño de más edad y del adolescente habían comenzado ya antes de cumplir un año, el 50% antes de los 4 años y el 75% antes de los 6 años. Es decir, en la mayoría de

los casos de obesidad no comienza en la adolescencia, sino que sucede a una obesidad ya instaurada durante la infancia. (Marcelli, 2005).

ETIOLOGÍA

Para Calzada (2003), el aumento progresivo de la prevalencia guarda relación directa con la mayor disponibilidad de nutrimentos (nutrientes), la realización de menor trabajo físico tanto para efectuar tareas cotidianas como actividades deportivas; esto último determinado por el aumento de las horas dedicadas a actividades sedentarias.

Chinchilla (2003), menciona que la causa de la obesidad se atribuye a un ingesta calórica superior al consumo energético, en la que pueden influir componentes hereditarios, alteraciones metabólicas y neuroendocrinas, inadecuados hábitos alimentarios, estilo de vida y una serie de factores psicológicos

FACTORES

La presencia de estos factores interfiere en el tratamiento de la obesidad infanto – juvenil y su identificación puede ayudar a entender las cuales generalmente se encuentran atribuidas a otras muchas causas.

Existiendo múltiples factores que predisponen la obesidad tales como:

FACTORES AMBIENTALES

El consumo excesivo de grasas no saturadas y carbohidratos son la principal fuente de calorías. Por muchos años se consideró a las grasas no saturadas como causa principal de la enfermedad, sin embargo, estudios recientes han demostrado que al menos en los últimos 20 años, dicho consumo o se ha mantenido o ha disminuido ligeramente al igual que la ingesta de leche, sin embargo, la obesidad se ha incrementado. La explicación a esta incongruencia se

encuentra en que al disminuir el consumo de grasas y leche se ha disparado la ingestión de carbohidratos en forma de almidones, harinas y bebidas azucaradas.

Los carbohidratos consumidos en exceso elevan el nivel de glucosa en sangre sobre todo los de alto índice glucémico, -carbohidratos refinados contenidos en refrescos, cereales, pan y pastas- lo que ocasiona mayor liberación de insulina por el páncreas y eventualmente resistencia a la insulina, característica de la diabetes tipo 2. Las bebidas carbonatadas provocan obesidad infantil, ya que contienen grandes cantidades de azúcares, como sacarosa, glucosa y fructuosa; sólo como ejemplo, recientemente se publicó que para elaborar 10 litros del refresco más popular en el mundo, se requieren 8.8 litros de agua, 1,070 gramos de endulzante y 90 gramos de dióxido de carbono. Así, diversas investigaciones han encontrado un vínculo directo entre el consumo de refresco y la obesidad hasta, en 34% de los casos estudiados. Los resultados son contundentes: al beber un litro de refresco al día, se aumenta un kilo de peso en tres semanas.

Desde la lactancia se gestan conductas “obesogénicas”, el abandono de la alimentación al seno materno –se ha reportado que tiene algún efecto protector contra el sobrepeso- o el amamantar al niño por períodos menores a 4 a 6 meses sustituyendo la leche materna por leches industrializadas y la ablactación temprana, son factores que conducen al sobrepeso y la obesidad, a lo que contribuye el entorno social ya que es común que las madres, la familia y los amigos consideren como modelo de salud y belleza a los niños gordos, lo que estimula la sobrealimentación.

El promedio de tiempo que pasan los niños y adolescentes frente al televisor varia en los estudios disponibles, pero la mayoría considera que los pequeños obesos o con sobrepeso ven televisión durante más de tres y hasta cuatro horas, se recomienda que este lapso no exceda las 2 hrs. por día.

En casa los alimentos con frutas, vegetales, carnes, fuentes de fibra, vitaminas y proteínas, se han sustituido por comidas rápidas precocinadas. Esto tiene

orígenes en los cambios de la estructura social, cada vez son más las madres que trabajan, no tiene tiempo para cocinar y recurren a los alimentos preparados que sólo deben calentarse y servirse, los que generalmente no tiene el equilibrio necesario de nutrientes. Los padres de niños obesos frecuentemente tienen sobrepeso u obesidad, cuando es la madre, que generalmente trabaja, sobreprotege y compensan el poco tiempo que dedica a sus hijos con oferta excesiva de alimentos, ambos minimizan el problema y no buscan ayuda para resolverlo.

FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS

Los factores sociales son condicionantes importantes para el desarrollo de la obesidad en algunos individuos, los padres tienden a alimentar a sus hijos como una forma de disipar sus culpas, como expresión de sus propias necesidades no satisfechas o como una manifestación deformada de cariño. En ocasiones el alimento puede funcionar como un instrumento de presión social, el niño aprende desde pequeño que la comida se utiliza para calmar, amenazar o controlar la conducta.

Por otra parte se observa que los hijos de familias con bajo nivel de ingresos y de educación consumen alimentos con alto valor calórico y son más proclives a desarrollar sobrepeso y obesidad que sus contrapartes con niveles educativos y económicos más altos, quienes tiene mayores posibilidades de alimentación sana y de acceder a los servicios de salud, paseos y ejercicio al aire libre o establecimientos de ejercicio formal.

El género también influye en el impacto del nivel socioeconómico sobre el desarrollo de obesidad. Las mujeres pobres son dos veces más propensas a desarrollar obesidad que los hombres pobres. Por el contrario, una mujer de buen nivel socioeconómico tiene menos riesgo a volverse obesa que un hombre del mismo nivel. Sin embargo, un hombre “opulento” es significativamente más proclive al sobrepeso que otro con bajo nivel socioeconómico.

FACTORES PSICOLÓGICOS

Aprendizaje por imitación y de reforzamiento: los padres no solo suministran los genes que predisponen la obesidad, sino también influyen modelando actividades y comportamientos relativos a la alimentación. En consecuencia, el niño que crece en este tipo de ambiente familiar, puede aprender mediante la observación, a comer en exceso o a utilizar el alimento como medio para afrontar su activación emocional. La aprobación social que el niño recibe por la cantidad de alimento consumido variara en función de los criterios establecidos por los padres referentes a la cantidad de alimento que el niño debería ingerir durante las comidas y entre ellas. El niño que consume toda la comida que se le suministra puede recibir una gran cantidad de reforzamiento social por parte de sus padres y de otras personas. Mientras el no hacerlo así puede dar lugar a la supresión del reforzamiento positivo o incluso castigo.

71

FACTORES GENÉTICOS

Cada vez hay más evidencia de que en una proporción importante la obesidad está genéticamente determinada. Si bien es difícil diferenciar entre la herencia genética y la herencia cultural (lo aprendido), existe un consenso cada vez mayor de que el IMC es heredable en cerca de 33% de los casos (Stunkard, 1996).

Investigaciones muestran que la descendencia de una pareja con peso adecuado tiene tan sólo entre 7 y 14% de probabilidades de padecer obesidad, la cifra aumenta a 40 y 80% respectivamente, cuando uno o ambos progenitores son obesos. No obstante, se ha observado la misma tendencia del peso corporal tanto en hijos biológicos como en hijos adoptivos de personas obesas. Esto indica que los modelos de comportamiento de los padres o herencia social, también desempeñan un papel importante en la génesis de la obesidad.

Actualmente se sabe que existen varios genes capaces de causar obesidad o de aumentar la susceptibilidad de desarrollarla; dos son los que han recibido mayor

atención: el gen OB y el gen BETA3-ADRENORRECEPTOR. El gen OB codifica la proteína leptina en las células adiposas. La leptina actúa a nivel del hipotálamo e influye en las señales de saciedad. El gen BETA3-ADRENORRECEPTOR, localizado principalmente en el tejido adiposo, regula la tasa metabólica en reposo y la oxidación de grasa en el ser humano. Los genes confieren la susceptibilidad a la obesidad, pero deben existir otros factores que la determinen, como son los factores ambientales (culturales, psicológicos y actividad física, entre otros).

ESTILO DE VIDA

Estilos de vida caracterizados por un consumo excesivo de energía y una reducción notable en la actividad física son factores importantes en la génesis de la obesidad, sobre todo en el medio urbano. Es importante señalar que en México la obesidad ha aumentado considerablemente no sólo en los adultos, sino también en los niños, particularmente por los malos hábitos alimentarios y el sedentarismo, ya que los prescolares y escolares dedican varias horas del día a ver televisión y utilizar videojuegos, en lugar de realizar alguna actividad física.

Las sociedades desarrolladas han evolucionado en pocos años de forma espectacular hacia el sedentarismo. Se pueden distinguir tres tipos: el de la actividad física programada, el de las actividades cotidianas y el producido por inactividad por enfermedad. Ejemplos de actividad física programada son los gimnasios, competiciones, carreras, etc. La actividad cotidiana serían los pequeños ejercicios que habitualmente se hacen sin que la persona sea consciente de ello; estas pequeñas actividades han demostrado ser más efectivas para la prevención del aumento de peso que la actividad programada. Con el teléfono, los vehículos de tracción motora, los ascensores, el mando a distancia o los servicios a domicilio la actividad física cotidiana ha disminuido de forma sustancial, lo que ha conducido a un menor gasto energético y a disponer de más tiempo libre, que muchas veces se dedica a comer, lo que lleva, como consecuencia directa o un aumento de peso. (Silvestri y Stavile ,2005)

CLASIFICACION

Según su origen, la obesidad se puede clasificar en exógena y endógena. La obesidad exógena es aquella que se debe a un exceso en la alimentación o a determinados hábitos sedentarios. En cambio, la obesidad endógena es debida a problemas endocrinos o metabólicos del individuo.

73

La obesidad exógena es la más común y no está causada por ninguna enfermedad del organismo, sino que está provocada por los hábitos de cada persona. Este tipo de obesidad constituye aproximadamente entre el 90 y el 95% de todos los casos de obesidad, lo que significa que la mayoría de personas que padecen obesidad no lo hacen por motivos patológicos, si no por un inadecuado régimen de alimentación o estilo de vida. En ocasiones, no se trata únicamente de que haya una alimentación excesiva, si no de que hay una falta de gasto de energía y por tanto se produce un desarreglo entre lo ingerido y lo quemado.

El estilo de vida ha cambiado drásticamente: además de comer más, se queman muchas menos calorías, y esto da como consecuencia una obesidad provocada por la conjunción de una alimentación excesiva y la falta de ejercicio.(Sanchez, 2003)

Por su parte, la obesidad endógena está provocada por problemas endocrinos o metabólicos y es menos frecuente, pues sólo entre un 5 y un 10% de los obesos lo son debido a estas causas. Este tipo de obesidad es debida a problemas como el hipotiroidismo, el síndrome de Cushing, problemas con la insulina, la diabetes, el síndrome de ovario poliquístico o el hipogonadismo, entre otros. Dentro de las causas endógenas, es frecuente hablar de obesidad endocrina cuando cuando ésta está provocada por la disfunción de alguna glándula endocrina, como la tiroides.

Los métodos más usados para medir la obesidad son los antropométricos: relación, talla, peso, índice de masa corporal (IMC), pliegues cutáneos y la simple inspección del paciente.

- * El índice de masa corporal (IMC) se calcula al dividir el peso en kilogramos sobre el cuadrado de la talla en metros. (Kg/m²).
- * **Los criterios para definir y clasificar el sobrepeso y la obesidad varían según la edad y el sexo, sin embargo en la adolescencia no existe una clasificación de los tipos de obesidades debido a que el sujeto está en pleno desarrollo.**

TEORÍA PSICODINÁMICAS Y CONCEPCIÓN DE LA OBESIDAD:

La teoría psicodinámica ha conceptualizado la obesidad como una fijación en la fase oral del desarrollo, o como una regresión de la misma. Bruch utiliza el término obesidad del desarrollo para referirse en un estado asociado con alteraciones emocionales y de personalidad graves.

La etiología de este trastorno se consideró debida a una alteración debida a una alteración fundamental en la relación con la madre-niño producida por los problemas emocionales severos experimentados por la madre. Luego define la obesidad reactiva como un tipo de obesidad menos importante producido por factores ambientales estresantes.

La obesidad constituye para el sujeto una forma de adaptación, en parte aceptada de forma positiva y mantenida activamente en la medida en que le protege de angustias o desorganización más inquietantes (Lebovici, et al, 1995).

H. Bruch (1995) fue uno de los primeros en sugerir que la obesidad de inicio temprano puede provenir de un aprendizaje deficiente en la infancia, sugiere que algunas madres no logran diferenciar las necesidades de su hijos para la señal de

forma de alimentos con respecto a otros estados aversivos y así alimentar al niño de manera indiscriminada. Este proceso de aprendizaje defectuoso hace que el niño confunda el hambre con otras sensaciones internas, una confusión que persiste y contribuye a comer en exceso y el sobrepeso

El niño obeso se describe inmerso en un ambiente familiar disfuncional con poca comunicación entre los padres y el niño, al niño se le dificulta discriminar entre emociones y otro tipo de sensaciones corporales, como el hambre, el comer es usado como el sustituto de las necesidades afectivas, esta respuesta anormal desarrollado a principios de la interacción madre – hijo; Lejos de quejarse, el niño obeso encuentra en todo ello una satisfacción masoquista, tanto más importante cuanto que la agresividad tiene tendencia volverse contra el sujeto, el círculo vicioso, tan corriente en el obeso, se perpetua: el obeso se siente culpable de comer y de no adelgazar, extrae de ello una satisfacción inconsciente, que lo lleva a comer todavía más, cuya economía psíquica ha hecho de la obesidad, un elemento constitutivo del Self que interviene en numerosos niveles y que participa en la salvaguardia de la coherencia y de la permanencia del sujeto (Lebovici, et al, 1995)

La obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de obesidad, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta, siendo carente la bibliografía acerca del adolescente obeso y predisponiendo que un niño obeso será un adolescente obeso; la adolescencia un periodo en la vida en el cual hay un mayor cambio físico y psicológico

Los adolescentes necesitan ser aceptados y apoyados por su grupo de pares, por lo general muy poca diferencia de edad, es importante compartir "identificadores de grupo" común símbolos. La ropa se vuelve importante, esto crea problemas para los adolescentes obesos, es difícil para los adolescentes obesos de ambos sexos encontrar ropa, otra cuestión importante para la aceptabilidad en las actividades de los grupos adolescentes es que los adolescentes obesos pueden adoptar fácilmente el sedentarismo ya que no son aceptados tan fácilmente como

copartícipes cuando sus grupos está involucrado en el deporte , por lo tanto, su condición física no hace fácil reunirse con amigos en los clubes deportivos, campamentos de verano etc. (Burniat, 2003)

La obesidad en algunos jóvenes parece realizar unas fantasías inconscientes en las que el cuerpo entero simboliza el poder fálico en representaciones llenas de virilidad por otra parte numerosos pacientes utilizan la obesidad y sus beneficios secundarios como defensa contra las reactivación del conflicto edípico, siendo esta misma, la obesidad la que garantiza a veces la permanencia de un estatus de niño pequeño, con las prerrogativas que le acompañan: persistencia inhabitual de cuidados corporales, y de forma general una relación más cercana, más dependiente con la madre, un menor grado de exigencia por parte del padre, un lugar especial en la fratria (Lebovici, et al, 1995)

El adolescente obeso mantiene una relación singular con la sensación de hambre antes del acto de comer no se detecta en cada caso ya que los adolescentes suelen ser incapaces de decir si tienen hambre cuando comienzan a picar. Esta conducta obedece más bien a una sensación imprecisa, indefinible, a menudo con connotaciones de malestar o como respuesta a una necesidad (o placer) de llenado bucal, de masticar y deglutir, en una palabra, de una actividad oral incesante. Además la ingestión de alimentos no conlleva a una sensación de saciedad, sino más bien un sentimiento de culpabilidad o un estado de aburrimiento suplementarios.

El adolescente obeso se describe clásicamente como una persona inactiva, Bruch afirma que el trastorno fundamental en la obesidad no es la hiperfagia, si no la actividad. En el seno de esta pasividad se suelen detectar ciertas emociones tales como el aburrimiento que, sin tratarse de un estado depresivo, aparece con frecuencia, o la soledad, que parece asociada con la sensación de aburrimiento. El adolescente se queja de un sentimiento de vacío, de inutilidad, y en otros casos se describen estados de tensión ansiosa con rasgos neuróticos habituales en la serie fóbica; el adolescente normal tiene que haber adquirido un sentimiento de su

propio cuerpo, la conciencia de ser un organismo autónomo e independiente, tener la capacidad de reconocer y definir las necesidades corporales y ser capaz, teniendo en cuenta sus necesidades y las del entorno, de llegar a una satisfacción adaptada a sus propias necesidades. El adolescente obeso no ha llegado a conseguir esa autonomía. Bruch propone una hipótesis centrada en el papel que desempeña el entorno de cara a la constitución de esta autonomía: la incapacidad del adolescente obeso para reconocer sus necesidades corporales y reaccionar con una respuesta adecuada proviene del caos de las primeras experiencias de satisfacción, sobre todo orales: cuando una madre ofrece alimento en respuesta a señales que indican una necesidad alimentaria, el niño ira desarrollando progresivamente la noción de “hambre” como una sensación distinta de las otras necesidades o tensiones físicas. Si por el contrario, la madre reacciona repetidamente de forma inadecuada, ya sea indiferente, hiperestimulante, prohibitiva o totalmente permisiva, el niño quedara sumido en un constante estado de perplejidad y, por consiguiente será incapaz de distinguir si tiene hambre, si se siente repudiado o si experimenta otro tipo de malestar. Según Bruch, estos niños se convierten en adolescentes que no han desarrollado ni integrado su imagen corporal y que carecen totalmente de recursos de cara a las necesidades corporales. Desarrollan la sensación de que sus necesidades están controladas desde el exterior, como si ellos no fueran los propietarios de su cuerpo y de sus sensaciones. Este tipo de adolescente tendera a ingerir alimentos ante todo estado de tensión indeterminado, ya se trate de hambre, aburrimiento, soledad o malestar físico, como había hecho su madre cuando eran bebés al ofrecerles indistintamente alimentos cual fuera su manifestación.

Más allá de esta hipótesis predominantemente medioambiental otros autores han interpretado estas conductas alimentarias seguidas de obesidad como el testimonio de una fijación defensiva en la pulsión oral, la satisfacción del hambre es el prototipo de la satisfacción instintiva y, además, la oralidad esta erotizada a través de la actividad de succión característica del picoteo. La importancia de la oralidad y de su incorporación en la etapa de la adolescencia ha sido destacada

por P. Blos, quien refiere a una autentica hambre de objeto, que es necesario incorporar las sensaciones de hambre y la tendencia a abotigarse de alimentos están solo en parte provocadas por el crecimiento físico de la adolescencia.

Cuando se hace excesiva, esta fijación en lo oral parece desempeñar diversas funciones: factor de lucha contra la depresión, factor de resistencia contra la sexualidad, obstáculo en la elaboración mental.

ALGUNAS CONCEPCIONES ENCAMINADAS A LA FUNCIÓN ALIMENTICIA.

La alimentación no se puede contemplar como una simple cuestión de prescripción dietética; representa un área de intercambios privilegiados en donde se enfrenta la necesidades individuales del lactante con su participación activa muy precoz, y las respuestas proporcionadas por la madre en función de su percepción de las necesidades del niño, percepción modulada por una problemática inconsciente que actúa sin que ella lo sepa (Lebovici, et al, 1995)

Él bebé nace totalmente dependiente de los cuidados maternos, con los cuales forma una unidad indisoluble, cuya vigilancia le asegura cuidados perfectos

Existe en la madre, inmediatamente después del parto, un estado psicoafectivo particular en forma de “un periodo sensible” durante el cual la constitución del vínculo madre- recién nacido se establece de forma óptima, la prolongación de los momentos de contacto y de interacción madre – bebé durante las primeras horas y los primeros días después del nacimiento tienen efectos positivos, varios meses o incluso varios años más tarde, en la calidad de la relación madre – bebé y el desarrollo del niño (Lebovici, et al, 1995)

I. Lezine citado en *Tratado de psiquiatría del niño y del Adolescente* (Lebovici, et al, 1995) describe a madres rígidas y crispadas que mantienen al bebé a tanta distancia que evitan el contacto, parece no darse cuenta de las expresiones de

afecto de sus hijos, un segundo tipo de madres parece recibir las señales del niño pero es incapaz de darles respuestas, o intenta responder de manera incoherente e ineficaz y un tercer tipo de madres adopta una posición confortable, el bebé está acurrucado y el contacto piel a piel es estrecho, la comunicación se enriquece con las palabras de la madre, con su sensibilidad y con la adecuación de sus respuestas a las señales del niño, al respetar las pausas y los ritmos del bebé

D. Winnicott citado en *Tratado de psiquiatría del niño y del Adolescente* (Lebovici, et al, 1995) ha descrito al holding que podemos traducir en términos de comportamiento como *compartir* y en términos más psicológicos como *sostener*, se trata de una noción ambigua que designa el comportamiento de la madre y lo que este significa para ella y para su hijo, la calidad de una secuencia de interacción viene determinada no solo por lo que hace o dice la madre o por los comportamientos del lactante, sino también por el tipo de relación, por la naturaleza del vínculo dinámico existente entre sus señales y comunicaciones respectivas, emitiéndose la hipótesis de que el origen de algunas formas de obesidad infantil y de anorexia mental en la adolescencia, se encontraría una falta de aprendizaje de la sensación de hambre en la primera infancia esto es a la respuesta estereotipada de la madre por medio de un suministro de alimento a cualquier manifestación emocional del niño no le permitiría distinguir el hambre de otras sensaciones internas y le llevaría a calmar cualquier sensación mediante la toma de alimentos, siendo como consecuencia a ello la sobrealimentación, donde el niño le otorga a la comida un valor de afecto y dedicación, el niño se muestra incapaz de autonomía en la vida cotidiana, y aumenta sus demandas de alimento, equivalente de amor, a medida que sus otras demandas, en especial de reconocimiento y seguridad, se ven reprimidas.

El padre permanece distante, interviene poco o adopta el papel materno, que refuerza el disfuncionamiento, el niño es un objeto de valor, es bien cuidado, pero no debe expresar su personalidad (Lebovici, et al, 1995).

Anna Freud demuestra como la función alimenticia esta implicada en la representación simbólica de las pulsiones en conflicto con el YO, conflictos que afectan a las pulsiones orales, es importante distinguir en los trastornos alimenticios aquello que representa en apariencia la conservación de un vínculo arcaico con un personaje materno, y lo que se refiere a conflictos internalizados y estructurales, las satisfacciones orales, que van menos acompañadas de prohibiciones o de limitaciones que la mayoría de los otros objetivos pulsionales, representan el prototipo del goce menos conflictivo, mediante el cual, además, le es dado imaginarse que satisface a su madre, se crea un movimiento sin salida entre la tentativa de colmar esa falta objetal por medio de las gratificaciones orales y la percepción de la vanidad de semejante negación de la dependencia ante el otro (Lebovici, et al, 1995)

Por su parte los psicoanalistas kleinianos afirman que la vida psíquica del bebé nace con él y que la experiencia de la alimentación se acompaña con el fantasma de la devoración: los bebés asimilan los conflictos instintivos y los fantasmas que lo representan, y la madre es a la vez vivida como buena y mala, portadora de un seno bueno y otro malo, y sobre ella se proyectan todas las energías violentas debidas al deseo y a las ganas de devorarla piensan que para el recién nacido no existe diferencia entre el objeto psicológico de la realidad y los fantasmas que lo representan: las representaciones mentales existen entonces de entrada, él bebe quiere apropiarse de su madre, a quien no posee y quien se vuelve mala porque no le pertenece a él o porque le pertenece a su padre. Es buena madre cuando puede incorporarla como buen alimento, pero se convierte en seno malo porque su envidia lo ha dañado

En casi todos los casos, la bulimia y la obesidad se fundamenta en conflictos intrapsíquicos que comprometen seriamente las posibilidades de evolución del sujeto. O bien existen síntomas psíquicos asociados, o bien la obesidad es el único síntoma aparente en sujetos sin antecedentes psicopatológicos manifiestos. [Lebovici, S., Diatkine, R., Soule, M., 1990].

Por otra parte Lebovici, S., Diatkine, R., Soule, M., [1990], refiere que existen dos tipos de situaciones que son capaces de acarrear una perturbación duradera en la esfera oroalimenticia:

- a) Puede tratarse de un intercambio entre un lactante que come poco y una madre insegura. El bebé suscita en la madre el sentimiento de no poder satisfacerle, lo que crea una frustración que exagera la ambivalencia. Se organiza así el ciclo “forcing” alimenticio, rechazo, agravación del “forcing” y por tanto del rechazo. La evolución puede desembocar en una nutrición forzada persistente a la que el niño acaba por ceder. La obesidad, evidente muy pronto, no es percibida por la madre que conserva la representación de un bebé melindroso, pequeño y frágil;

- b) Puede tratarse también del encuentro de un niño voraz y de una madre inhibida por sus propios movimientos pulsionales. Se defiende de lo que percibe como insoportable en la voracidad de su niño, instaurado de intercambios alimenticios estrictamente organizados y controlados por ella para mantener una distancia suficiente. El conflicto puede estructurarse de forma rígida a nivel alimenticio y abocar a la constitución de la obesidad. [Lebovici, S., Diatkine, R., Soule, M., 1990].

La teoría lacaniana explica la articulación psíquica madre-niño mediatizada por el alimento. Explicación que resulta sumamente útil en la comprensión de los trastornos de la alimentación.

El cuerpo no sólo es imagen para la mirada del Otro, también se hace presente por la sensación de plenitud, por la sensación de vacío y por la investidura de la función de la ingestión. La calma después del atracón es descrita por las bulímicas como un adormecimiento, que deja en suspenso la ansiedad y la desesperación

pasadas. No es de extrañar que esto también suceda al obeso, que experimente la cesación de la ansiedad después de una buena comida. [Pieck, 2007].

Por la boca recibe el niño las primeras experiencias de placer y por la boca asimila y recibe prácticamente todo el contenido del mundo. A partir de la negación, que en un primer momento consiste en escupir lo que se rechaza, se le puede dar lugar a la afirmación que consiste en comer lo que se acepta. De esta negación y afirmación originarias surge posteriormente la capacidad de juicio: lo que es bueno lo introyecto; lo que es malo, lo expulso de mi. [Pieck, 2007].

En los primeros días de vida del lactante, la necesidad de ser alimentado se transforma, vira hacia la demanda de amor. La madre no sólo da leche al niño. Con la alternancia de su presencia y su ausencia, cada vez que el niño la necesita o queda satisfecho por un rato, empieza a necesitar más las palabras y el amor de la madre que el alimento mismo. La presencia física de la madre no basta, se pone en juego el don de amor. La frustración, dice Lacan no se da por la falta de alimento sino por la falta del don de amor. La madre en el lugar del Otro introduce al niño al registro simbólico cuando éste experimenta su ausencia. Al ausentarse la madre cuando el niño la necesita, por haber vivido su regreso sabe que va a venir cuando la llame con un grito o con su llanto. Pero aunque la madre acude a su llamado, la presencia que el niño solicita es la de su amor y sus palabras, más que la del alimento. El alimento en sí cobra una importancia dentro de este registro simbólico.

Para Lacan, la satisfacción por el alimento se convierte muy pronto en símbolo del amor que la madre da junto con sus cuidados. El niño recibe a la vez el alimento, el amor y las palabras de la madre. Ese amor y esas palabras son incorporados por el niño para dar lugar a una satisfacción simbólica que cobre mayor importancia que la satisfacción real del hambre. [Pieck, 2007].

Esa presencia que el niño reclama no es sólo el cuerpo de la madre, sino el don de amor. De manera que cuando este falta, los objetos reales se insertan en un registro simbólico para compensar la carencia.

En esas modalidades de compensación se organizan las bases de la anorexia y la bulimia; incluso la obesidad.

CONDUCTAS Y PERSONALIDADES DEL ADOLESCENTE OBESO

El adolescente obeso mantiene una relación singular con la sensación de hambre antes del acto de comer no se detecta en cada caso ya que los adolescentes suelen ser incapaces de decir si tienen hambre cuando comienzan a picar. Esta conducta obedece más bien a una sensación imprecisa, indefinible, a menudo con connotaciones de malestar o como respuesta a una necesidad (o placer) de llenado bucal, de masticar y deglutir, en una palabra, de una actividad oral incesante. Además la ingestión de alimentos no conlleva a una sensación de saciedad, sino más bien un sentimiento de culpabilidad o un estado de aburrimiento suplementarios.

El adolescente obeso se describe clásicamente como una persona inactiva. H. Bruch afirma que el trastorno fundamental en la obesidad no es la hiperfagia, si no la actividad. En el seno de esta pasividad se suelen detectar ciertas emociones tales como el aburrimiento que, sin tratarse de un estado depresivo, aparece con frecuencia, o la soledad, que parece asociada con la sensación de aburrimiento. El adolescente se queja de un sentimiento de vacío, de inutilidad, y en otros casos se describen estados de tensión ansiosa con rasgos neuróticos habituales en la serie fóbica.

H. Bruch opina que un adolescente normal tiene que haber adquirido un sentimiento de su propio cuerpo, la conciencia de ser un organismo autónomo e independiente, tener la capacidad de reconocer y definir las necesidades corporales y ser capaz, teniendo en cuenta sus necesidades y las del entorno, de llegar a una satisfacción adaptada a sus propias necesidades. El adolescente obeso no ha llegado a conseguir esa autonomía. Bruch propone una hipótesis centrada en el papel que desempeña el entorno de cara a la constitución de esta autonomía: la incapacidad del adolescente obeso para reconocer sus necesidades corporales y reaccionar con una respuesta adecuada proviene del caos de las primeras experiencias de satisfacción, sobre todo orales: cuando una madre ofrece alimento en respuesta a señales que indican una necesidad alimentaria, el niño ira desarrollando progresivamente la noción de “hambre” como una sensación distinta de las otras necesidades o tenciones físicas. Si por el contrario, la madre reacciona repetidamente de forma inadecuada, ya sea indiferente, hiperestimulante, prohibitiva o totalmente permisiva, el niño quedara sumido en un constante estado de perplejidad y, por consiguiente será incapaz de distinguir si tiene hambre, si se siente repudiado o si experimenta otro tipo de malestar.

Psicológicamente, la obesidad tiene un impacto negativo porque:

- El obeso se considera como rechazado por su grupo; como candidato de minorías.
- Es motivo de bromas, de chistes, de sobrenombres y de remoquetes por parte de amigos y compañeros.
- Es eliminado de los deportes y de las otras actividades extraescolares; o él mismo se considera inhábil para tales cosas.
- Se siente “fuera de moda”, mucho más que en la actualidad en que “el grito” es el de la “moda delgada”.

- Presenta rasgos de distorsión de su propia imagen junto con el deterioro de su propia estimación, a veces tanta que la vista de su cuerpo les causa repulsión y evitan mirarse en los espejos.
- En muchos casos, la obesidad produce algunos rasgos expresivos de rechazo socio afectivo por parte de sus familiares. [Barrera, 1987].

CAPITULO 4 ACTIVIDAD FISICA

DEFINICION

La actividad física es todo tipo de movimiento corporal que realiza el ser humano durante un tiempo determinado, ya sea en su trabajo no en sus momentos de ocio, que aumenta el consumo de energía y el metabolismo en reposo, representa una solución para combatir el cansancio, el aburrimiento y el estar fuera de forma. Sin embargo la cantidad de actividad física necesaria depende de los objetivos individuales de salud, ayuda en la reducción de grasa corporal, en quemar calorías, reduce el apetito, control y mantenimiento de peso. (Garcia-Fernando,1990)

Definiciones relacionadas con la actividad física

Actividad física	Es cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que produce un gasto energético por encima de la tasa de metabolismo basal. ⁴ Incluye actividades de la rutina diaria, como las tareas del hogar, ir a la compra, trabajar.
Ejercicio	Una parte de la actividad física planeada y que persigue un propósito de entrenamiento. ⁵
Deporte	Actividad física ejercida como competición que se rige por unas normas. En muchos países europeos el término deporte abarca todo tipo de ejercicios y actividades físicas realizadas durante el tiempo libre.
Forma física	Serie de atributos, como la resistencia, la movilidad y la fuerza, que se requieren para realizar actividades físicas.

Los resultados de la actividad física dependen:

De la cantidad de tiempo que se invierta en ella, por ejemplo, caminando durante 45 minutos se quemaran más calorías que caminando 20 minutos

El peso corporal, una persona con mayor peso gastará más energía caminando 30 minutos que una persona que pese menos.

Ritmo, caminando a una velocidad determinada se queman más calorías que caminando a una velocidad normal.

Los tipos de actividad física se categorizan según el contexto en el que se realizan. Las categorías más comunes incluyen: la actividad física del trabajo, del hogar, de tiempo de ocio y de transporte. El ejercicio físico se puede clasificar de varias maneras, según la frecuencia, intensidad y propósito. (García-Fernando,1990)

Clasificación	Frecuencia	Intensidad,(se puede medir por el tiempo de duración o por el consumo de calorías)	Propósito
Baja	1 o menos días a la semana	menos de media hora o menos de 500 calorías	Condicionamiento físico
Media	2 o 3 días a la semana	de media a una hora o de 500 a 1000 calorías	Preservación de la salud por prescripción medica
Alta	4 o 5 días a la semana	de una a dos horas o 1000 a 1500	Con fines competitivos
Muy alta	6 o 7 días a la semana más de dos horas	más de dos horas o más de 1500 calorías	Actividad profesional

Practicando actividad física a un ritmo moderado, no aumenta el apetito, en algunos casos incluso lo reduce, investigaciones, indican que el apetito disminuye después de la actividad física principalmente en personas con sobrepeso.

Existen cada vez mayores evidencias de las relaciones entre la actividad física y la salud, hasta el punto de considerar la propia inactividad como un factor de riesgo para las enfermedades modernas.(Santos, 2005)

En los últimos años asistimos a un resurgir de las relaciones entre la actividad física y la salud, debido a la creciente preocupación que han despertado los temas relacionados con la salud en la sociedad Mexicana de nuestros días. En ello ha jugado un papel fundamental el incremento de las enfermedades cardiovasculares, el apoyo que ha recibido la medicina preventiva y la extensión de un concepto más abierto y dinámico de la salud que se ha orientado a la promoción de ambientes y estilos de vida saludables (Devis y Peiró, 1993)

ACTIVIDAD FÍSICA DENTRO DE LA ESCUELA

Es importante comprender que los cambios en la sociedad actual han modificado los cometidos que los centros escolares desempeñan a la hora de configurar las actitudes, las creencias y las conductas de los niños y niñas en edad escolar, con inclusión de sus niveles de actividad física. Muchos consideran que gran parte de la autoridad tradicional de los centros escolares y de la educación se ha visto erosionada por la creciente influencia de los medios de comunicación, el marketing, la televisión e internet sobre nuestros hijos e hijas. (Santos, 2005) En realidad, los centros escolares compiten actualmente por los corazones y las mentes de niños, niñas y adolescentes frente a una cultura mediático- corporativa cada vez más poderosa. Por lo tanto, para que los gobiernos y los centros escolares continúen desempeñando un papel eficaz a la hora de configurar las

actitudes y las creencias del alumnado, éste debe tratar de comprender las actuales fuerzas que ejercen una influencia sobre la infancia y la adolescencia modernas y adaptarse a nuestro cambiante entorno sociocultural. El mantenimiento obstinado de los viejos principios probablemente acabe en fracaso.

Un ejemplo interesante es el uso del ordenador y de internet por parte de los niños, niñas y adolescentes. Aunque este factor ha sido reseñado como uno de los coadyuvantes para la inactividad física y la obesidad, si niños, niñas y adolescentes lo utilizan de forma responsable, puede irónicamente ayudar a resolver este problema en el futuro. Se han desarrollado páginas web en internet con el objetivo de educarles acerca de las cuestiones relativas a la actividad física y la nutrición, que han sido diseñadas para proporcionar una información divertida a esta población. No se va a impedir a los niños, niñas y adolescentes el uso del ordenador, así que tenemos que trabajar con este nuevo elemento de la vida moderna y tratar de que funcione a nuestro favor en la lucha contra la inactividad física.

Dentro del currículo escolar, la actividad física y la educación física tienen una ventaja frente a las tareas de aula más tradicionales. Dicha ventaja consiste en sus buenas posibilidades para proporcionar diversión, y la diversión se encuentra en el núcleo de la actual cultura de consumo con la que están compitiendo los centros escolares. Si la actividad física ofrece más diversión a los niños y niñas, existen más probabilidades de que éstos participen. (Santos, 2005)

VENTAJAS Y LIMITACIONES DE LA PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LAS ESCUELAS

Los centros escolares presentan oportunidades únicas para que niños, niñas y adolescentes realicen actividades físicas. Las ventajas de las estrategias de promoción de la actividad física realizada en centros escolares incluyen que:

- En los centros escolares existen personas de todas las edades en las que probablemente se produzcan cambios.
- Los niños, niñas y adolescentes pasan gran parte de su tiempo en este entorno.
- Las estrategias desarrolladas en los centros escolares pueden ser dirigidas virtualmente a todos los miembros de un grupo de edad.
- La mayoría de los niños, niñas y adolescentes consideran que el profesorado es fuente de información creíble.
- Los centros escolares proporcionan acceso a las instalaciones, las infraestructuras y la asistencia requeridas para realizar actividad física.
- Ya funciona una estructura de entrega de prestaciones (a través de la educación física, de otras áreas curriculares y de las prácticas escolares).
- Los centros escolares son el lugar de trabajo de educadores cualificados.

Las limitaciones potenciales de las intervenciones realizadas en los centros escolares incluyen que:

- Aquellos estudiantes a los que les guste menos la vida escolar tengan más probabilidades de participar en conductas comprometedoras para la salud y menos probabilidades de ser influenciados por los programas impartidos en el centro escolar.
- Para realizar actividad física fuera del horario escolar, se dispone a la semana de 20 horas más que durante el horario escolar.
- Ya se planteen muchas exigencias a los centros escolares.
- Muchos profesores presentan bajos niveles de competencia percibida a la hora de enseñar conceptos relacionados con la actividad física.
- Las oportunidades para realizar actividad física en el centro escolar pueden no corresponderse con cómo y cuándo el alumnado prefiere ser activo.

Se debe subrayar que la mayoría de las limitaciones citadas se puede ver mitigada mediante muchas de las estrategias de promoción de la actividad física que se reseñan en esta guía. La estrategia basada en la clase, por ejemplo, está diseñada para educar a niños, niñas y adolescentes acerca de la naturaleza y la

importancia de la actividad física, y la estrategia basada en el “estilo de vida” para promover la actividad física, que no implica necesariamente deportes organizados o competitivos, con frecuencia es la más eficaz a la hora de adoptar y mantener un nivel adecuado de actividad física durante la juventud y en la edad adulta. Esta estrategia no requiere grandes conocimientos por parte del profesorado, está diseñada para ser divertida y tiene el objetivo fundamental de proporcionar asistencia a los niños y adolescentes de ambos sexos para que descubran los tipos de actividad física que más les gustan y para motivarles a participar tanto dentro como fuera del centro escolar. Un criterio esencial es que este proceso se debe llevar a cabo sin ningún tipo de coacción; se ha de fomentar que el alumnado participe por propia voluntad. (García –Fernando,1990)

LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN FÍSICA EN LA ESCUELA

En todo el mundo existe una preocupación creciente acerca de la reducción de la disponibilidad de educación física y de la participación en esta materia en los centros escolares.

Muy pocos países imparten un mínimo de dos horas semanales de educación física en los centros de educación tanto primaria como secundaria, e incluso esta cantidad se encuentra muy lejos de las actuales recomendaciones sobre el número de clases diarias de educación física infantojuveni.

Las medidas diseñadas para aumentar la cantidad de tiempo que los estudiantes dedican a realizar actividades físicas de moderadas a vigorosas durante las clases de educación física tienen éxito a la hora de incrementar los niveles de actividad física y de mejorar la condición física. Por lo tanto, la educación física debe continuar siendo una herramienta importante para promover la actividad y la condición física.(Santos,2006)

En determinados círculos, existe la percepción de que el tiempo dedicado a las clases de educación física en los centros escolares puede resultar perjudicial para el rendimiento académico o que se podría destinar mejor a otras tareas académicas. Sin embargo, no existen resultados científicos que respalden esta afirmación. En realidad, se puede considerar que lo cierto es lo contrario. Existen pruebas científicas que demuestran que un incremento significativo del tiempo escolar dedicado a la educación física relacionada con la salud no tiene efectos perjudiciales para el rendimiento académico del alumnado, sino que proporciona importantes beneficios para la salud. Además, las investigaciones han demostrado que los niños y niñas con niveles de actividad física más elevados tienen mayores probabilidades de desarrollar un mejor funcionamiento cognitivo.

BENEFICIOS LA ACTIVIDAD FÍSICA

Un estudio de la Clínica Alemana (2003) indica que en relación a los beneficios de la actividad física en la etapa de la adolescencia se identifica la contribución al desarrollo integral de la persona, el control del sobrepeso y la obesidad, mayor mineralización de los huesos y disminución del riesgo de padecer osteoporosis en la vida adulta, además permite una mejor maduración del sistema nervioso motor y aumento de las destrezas motrices y mejor rendimiento escolar y sociabilidad, entre otros.

Silva, (2007) Señala que “la diversión y la competición van asociadas a las actividades deportivas y por ende a los beneficios de la actividad física, donde ayudan a fortalecer la autoconfianza y la conciencia sobre la importancia de la actividad física en los adolescentes, permitiéndoles comprender su propio cuerpo y a la vez fortalecen su personalidad, lo que constituye un requisito previo importante para el desarrollo de una actitud responsable”.

Bienestar físico

- Fortalece el corazón, evitando algunas enfermedades que lo afectan.
- Permite una mejor respiración y prevenir enfermedades respiratorias

Elimina grasas, colesterol, evita entre otras cosas la obesidad.

- Aumenta la musculatura y ayuda a mantener limpia la piel
- Fortalece los músculos, huesos y tendones.

EFECTO DEL EJERCICIO FÍSICO SOBRE EL BIENESTAR PSICOLÓGICO

Las distintas ideas expuestas hasta aquí sugieren una relación positiva entre el ejercicio físico y el bienestar psicológico. Se han propuesto varias hipótesis, tanto psicológicas como fisiológicas, para explicar cómo funcionan los ejercicios físicos sobre el bienestar (Silva, 2007)

Beneficios psicológicos del ejercicio físico en población clínica y no clínica

A continuación relacionamos algunos aspectos psicológicos que en población clínica y no clínica son favorecidos por una práctica física asidua:

Aumento	Disminución
Rendimiento académico	Ausentismo laboral
Asertividad	Abuso de alcohol
Confianza	Ira
Estabilidad emocional	Ansiedad
Funcionamiento intelectual	Confusión
Locus de control interno	Depresión
Memoria	Dolores de cabeza
Percepción	Hostilidad
Imagen corporal positiva	Fobias
Autocontrol	Conducta psicótica
Satisfacción sexual	Tensión
Bienestar	Conducta tipo A
Eficacia en el trabajo	Errores en el trabajo

Adaptado por Santos, (2005)

EJERCICIO CRÓNICO Y SALUD MENTAL

El Instituto Nacional de Salud Mental convocó a un grupo de expertos para discutir las posibilidades y limitaciones de la actividad física para afrontar el estrés y la depresión. En lo referente al ejercicio crónico y a la salud mental, el grupo llegó a las siguientes conclusiones:

- * El estado de forma física está relacionado positivamente con la salud mental y el bienestar.
- * El ejercicio físico está relacionado con la reducción de emociones vinculadas al estrés, como el estado de ansiedad.

- * La ansiedad y la depresión son síntomas habituales de fracaso en el afrontamiento del estrés mental, y al ejercicio físico se le ha relacionado con una disminución del nivel - de suave a moderado - de la depresión y la ansiedad.
- * Por lo general, la depresión grave requiere tratamiento profesional, lo que puede incluir medicación, terapia electroconvulsiva y/o psicoterapia, con los ejercicios físicos como elemento complementario.
- * Los ejercicios físicos apropiados se traducen en reducciones en diversos índices de estrés, como la tensión neuromuscular, el ritmo cardíaco en reposo y algunas hormonas relacionadas con el estrés.
- * La actual opinión clínica sostiene que el ejercicio físico tiene efectos emocionales beneficiosos en todas las edades y géneros.

OCIO, TIEMPO LIBRE Y SEDENTARISMO

Hasta hace 30 años atrás, las actividades del diario vivir se realizaban a pulso del esfuerzo físico humano, si requeriáramos trasladarnos para comprar, ir al colegio o simplemente conversar con un amigo lo realizábamos simplemente caminando. Las labores domésticas como limpiar pisos, lavar ropa, limpiar vidrios, etc. se realizaban manualmente, y existían muchos más trabajos domésticos manuales que en la época actual.

La vida post moderna trae consigo una serie de beneficios, mediante las máquinas que nos facilitan el trabajo, los medios de transporte que nos ayudan a desplazarnos sin la necesidad de movernos.

También existen diversas formas de ocupar el tiempo libre de ocio como ver televisión, chatear, juegos de video, etc. las que no requieren de esfuerzo físico alguno. Todas estas mejoras han llevado a la humanidad a la disminución de la

actividad física, siendo esta última para la cual nuestro organismo estuvo programado durante nuestra evolución, pero el ambiente que hoy se presenta es el sedentarismo, el cual va en contra de nuestro diseño y hoy en día se ha expandido en todas las edades, principalmente en la etapa de la adolescencia, que a modo general le dedican semanalmente 40 horas a ver la televisión, 25 horas sentados en clases y otras 10 horas entre videojuegos y computador y si a esto se le suma el tiempo de sueño y de comida; realmente apenas le queda tiempo para moverse, alejándose así del ejercicio físico. OMS (2007)

En virtud del reordenamiento del sistema de trabajo, reducción de la jornada laboral, nuevas formas de empleo, falta de oportunidades, etc., las personas tienen más tiempo libre, o lo que es más dramático, en virtud de la desocupación o la dificultad de acceder al mundo del trabajo, tiene mayor tiempo disponible. Lo cual puede traer como consecuencia un individuo sedentario; el cual se define como “aquella persona que realiza menos de 30 minutos diarios de ejercicio, 3 veces por semana. Y a su vez como una forma de vida con poco movimiento, la cual es más habitual en las ciudades, donde la tecnología se ha orientado a evitar grandes esfuerzos físico” OMS (2007)

COMPORTAMIENTOS SEDENTARIOS

Por otro lado están los comportamientos sedentarios que no clasifican a un individuo como sedentario, más bien advierten que puede llegar a serlo, estos se desarrollan en la infancia y adolescencia, y son muy difíciles de modificar. Siendo la familia la principal influencia para la adquisición de estos comportamientos.

Estos comportamientos se pueden clasificar en;

- VISION DE TELEVISION

La visión excesiva de la televisión por los niños y adolescentes está relacionada con hábitos de vida poco saludable, como son la inactividad física o el consumo elevado de alimento con alto contenido energético y graso. Limita el tiempo que se debiera dedicar a otras actividades como jugar, correr y que exigen un gasto energético importante, en cambio el ver televisión tiene un gasto similar al de la tasa metabólica en reposo.

97

Estos hábitos hacen que las horas consumidas ante el televisor estén muy asociadas a la prevalencia de obesidad. El ver televisión se ha convertido en un marcador para identificar niños y adolescentes con estilos de vida que se caracterizan por la inactividad física y hábitos alimenticios poco saludables. Y a su vez esta es uno de los factores principales causantes del descenso de la actividad física en niños y adolescentes. (Montil, Barrionuevo y Oliván, 2005).

Según la (American Academy of Pediatrics, 2003) La televisión, los videojuegos interactivos e Internet pueden ser excelentes recursos para la educación y el entretenimiento de los niños. Pero demasiado tiempo ante una pantalla puede tener efectos secundarios nocivos para la salud. Sobre este antecedente recomienda que los niños menores de 2 años no estén ante una pantalla, y que los niños mayores de 2 años no pasen más de 1 a 2 horas al día ante una pantalla para evitar así el sedentarismo. Esto es porque ver televisión representa una actividad pasiva y porque muchos telespectadores consumen diversos productos ricos en calorías mientras ven la televisión.

Se ha demostrado que por cada hora de incremento de visión de la TV, aumenta la prevalencia de obesidad, tanto en niños como en adultos; convirtiéndose el hecho de ver televisión en un buen predictor de obesidad.

(González 2006) mediante una investigación francesa entre adolescentes concluyó que aquellos con TV en el dormitorio tienen promedio de un mayor diámetro de cintura y un IMC más elevado que quienes no duermen en compañía de un televisor.

- TRANSPORTE MOTORIZADO

Resulta necesario desplazarse para casi todo: para ir al trabajo, para acudir a la consulta del médico, para hacer la compra, ir al cine; las relaciones comerciales y profesionales no se conciben sin desplazamientos; igual ocurre con los viajes turísticos, las salidas el fin de semana, (Ministerio de educación y ciencia 2004).

Hoy en día existe una gran dependencia de los sistemas de transporte motorizado a la hora de desplazarse, restando posibilidades de desplazarse de otras formas como; caminar, andar en bicicleta.

FACTORES DE RIESGOS PRODUCIDOS POR LA INACTIVIDAD FISICA DURANTE LA NIÑEZ

La obesidad infantil está asociada con mayores posibilidades de muerte prematura y discapacidades en la edad adulta, la causa fundamental del sobrepeso y la obesidad infantil se encuentra en el desequilibrio entre la ingesta calórica y el gasto calórico.

La inactividad física ha demostrado claramente ser un factor de riesgo en la enfermedades cardiovasculares.

EGO Chile (2009) señala que Las personas sedentarias no quemar las calorías que consumen, y éstas se acumulan en áreas como el abdomen, aumentando así su volumen. Y además puede causar:

- Cansancio lindante ante cualquier actividad que requiera esfuerzo físico, como subir escaleras, caminar, levantar objetos o correr.
- El aumento del volumen de grasas en el organismo que implica también aumento del colesterol, en el cual, arterias y venas se vuelven igualmente almacenes de grasas inutilizadas, lo que hace que el flujo sanguíneo hacia el corazón, sea menor y, por lo tanto, debe hacer un doble esfuerzo. De esto vienen los problemas cardiacos y las fatigas, ante cualquier esfuerzo.
- Debilitamiento óseo; debido a que la carencia de actividad física, hace que los huesos pierdan fuerza y se debiliten, lo que abre el camino a enfermedades como la osteoporosis.
- Problemas de espalda, que generan dolores frecuentes, debido a una musculatura débil, como consecuencia de la falta de actividad física.

La falta de actividad física habitual contribuye a miles de muertes pues las personas inactivas tienen el doble de posibilidades de desarrollar cardiopatías coronarias, la falta de actividad física, es un factor de riesgo tan alto como el tabaquismo, la hipertensión y el colesterol elevado, siendo más preponderante que cualquier otro factor de riesgo.

La obesidad Asociada con el sedentarismo y los malos hábitos alimentarios se han convertido en un problema universal, causante de incrementos en el índice de morbilidad y mortalidad de países pobres y ricos. La mayoría de esa realidad se origina en la niñez y en la adolescencia y es revertida o asociada con obesidades mórbidas de difícil control en los adultos y que implican grandes esfuerzos y

costos para los sistemas de salud de cada país que tienen la misión de controlar y disminuir este flagelo, que deteriora la calidad de vida de las personas y sus promedios de vida.

En el medio se han creado múltiples alternativas para prevenir y controlar la obesidad, de las cuales la mayoría son especulativas y juegan con las expectativas de las personas que sufren este problema. De estas alternativas, la actividad física se vuelve un factor fundamental para controlar la obesidad, la cual aplica para todas las edades, pero en especial a los niños y los adolescentes, quienes por agonística y esencia son más receptivos para la actividad física, además como mecanismo preventivo se vuelve una estrategia más efectiva en el control de esta enfermedad.

Sin embargo la utilización de tecnología avanzada en las fábricas y en el campo exige menos esfuerzo físico en la producción. La gente quiere trabajar menos y tener más tiempo libre que posiblemente será dedicado al reposo y a la inactividad. Y ahora que las computadoras y la televisión son tan populares, permiten que las personas hagan menos ejercicios

En la lucha por el control del peso y la buena salud general, se da mucha importancia al tipo y cantidad de alimentos y bebidas que se consumen. Se ha prestado menos atención a la cantidad de energía que gastaríamos si fuéramos físicamente activos. Pero ambos aspectos están estrechamente ligados. A diferencia de nuestros ancestros, ya no necesitamos emplear demasiada cantidad de energía para encontrar alimentos. Debido a los avances tecnológicos, al transporte motorizado, la automatización y la maquinaria que ahorra trabajo, la mayoría de la gente tiene menos oportunidades de gastar energía. Se podría especular que aproximadamente el 70% de la población en los países occidentales no es lo suficientemente activa como para poder gozar de una buena salud y mantener un peso ideal

MÉTODO

TIPO DE ESTUDIO

En esta investigación se realizó un tipo de estudio correlacional ya que según Garza (2000) este tiene como propósito medir el grado de relación que existe entre dos o más conceptos o variables en los mismos sujetos.

Objetivos

Se puede entender por objetivo al punto de referencia o señalamiento que guía el desarrollo de una investigación y a cuyo logro se dirigen todos los esfuerzos (Rojas, 2003). Es decir es un elemento que identifica la finalidad hacia la cual deben dirigirse los recursos y esfuerzos para dar cumplimiento a los propósitos establecidos.

Objetivo general: identificar si existe una correlación entre los estilos de apego y la actividad física que realizan los adolescentes con y sin obesidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Este se puede entender como la formulación clara y precisa acerca del fenómeno que se investigara. De acuerdo con Sampieri, (2003) el planteamiento del problema consiste en afinar y estructurar formalmente la idea de la investigación.

Diversas investigaciones abordan el estilo de apego materno como principal factor contribuyente a la obesidad, sin embargo, en esta investigación se indago sobre los estilos de apego que desarrollan los adolescentes con las figuras relevantes durante esta etapa del desarrollo (madre, padre y pares),

para tener una concepción más amplia a cerca de los factores que influyen a este problema.

Por un lado tenemos los estilos de apego como factor importante para una mejor comprensión de la obesidad psicológicamente hablando, sin embargo como se ha observado algunas de las medidas que se han tomado en México para la prevención y reducción de la obesidad es la promoción del aumento de actividad física en la población, por otra parte se ha observado que no se está realizando la actividad física de manera constante ni en la forma adecuada para que se pudiese considerar como una medida que efectivamente esté actuando para el control de la obesidad.

Es por ello que esta investigación se centró en identificar los estilos de apego que presentan los adolescentes y como se involucran estos a la hora de la realización de actividad física como factor de prevención de la obesidad.

La pregunta que ayudo a orientar esta investigación en la obtención de respuestas:

¿Existe una relación significativa entre los estilos de apego percibidos por los adolescentes con y sin obesidad y la realización de actividad física?

DEFINICION DE VARIABLES

Pick (2002) define variable como todo aquello que vamos a medir, controlar y estudiar en una investigación o estudio.

APEGO: el apego se define como conductas que buscan mantener la proximidad con un individuo indiferenciado y preferido que puede ser percibido como más fuerte y/o sabio. Sugiere que las interacciones que establecen pueden estar relacionadas con algo que denominó “modelos operantes internos” que son expectativas que posee el niño acerca de sí mismo y de los demás y que le hacen posible anticipar, interpretar y responder a la conducta de sus figuras de apego, ya

que integran experiencias presentes y pasadas en esquemas cognitivos y emocionales (Bowlby, 1973 citado por Santelices y Pinedo 2006).

Mary Ainsworth, (1978) colaboradora de Bowlby como lo mencionan Ortiz, Gómez y Apodaca (2002) se convierte en la primera en proponer que las diferencias en las relaciones de apego dadas en las díadas madre - hijo pueden ser medidas o clasificadas, lo cual llevó a que en 1969 se diseñara una metodología de laboratorio (“la situación del extraño” que permitió de manera sistemática encontrar explicación a esas diferencias y clasificar el apego en tres tipos:

Apego Seguro: Se encontró que cuando la madre respondía contingentemente, de manera adecuada, asertiva e interpretativa los bebés fortalecían el vínculo que establecían con ellas, se ha encontrado que en las personas con patrones de apego seguro, tienden a vivir relaciones afectivas con alegría y emociones positivas basadas en la confianza en el otro y en el reconocimiento y con mayor capacidad para resolver conflictos interpersonales (Ortiz, Gómez y Apodaca, 2002).

Apego Evitativo: se observó que en algunas oportunidades el niño manifiesta conductas de rechazo, hostilidad y rigidez hacia el cuidador. Este tipo de apego se caracteriza por una postura de indiferencia como reacción defensiva hacia el cuidador al comprender que no pueden contar con su apoyo. A su vez, los cuidadores de estos niños se caracterizan por mostrarse relativamente insensibles o rechazantes ante las peticiones del niño. En los adultos las relaciones se caracterizan por altibajos emocionales, generados por un marcado rechazo a la intimidad y la dificultad para depender de otro (Ortiz et. al. 2002).

Apego Ambivalente o Resistente: En esta forma de apego se encontró que durante la separación con el cuidador el niño manifiesta altos niveles de angustia, no obstante a diferencia del apego seguro se evidencia que luego de que el

cuidador vuelve al escenario, al niño se le dificulta encontrar la calma por tanto en la relación se observa ambivalencia, enojo y preocupación. Este tipo de vínculo se caracteriza por ser inconsistente (Mikunlincer, 2003 citado en Martínez y Santelices, 2005) manifestó que en este estilo es posible observar a los niños que con una alta ansiedad, pueden presentar miedo a ser rechazado y una marcada necesidad de cercanía. En la adultez, la experiencia de las relaciones afectivas dependientes se caracterizan por un deseo extremo de unión y reciprocidad, asociado a una preocupación excesiva por el abandono (Ortiz et. al. 2002).

OBESIDAD: La palabra obesidad deriva del latín obesus que quiere decir “persona que tiene gordura en demasía”. Se caracteriza por la acumulación y almacenamiento excesivo de grasa, principalmente en el tejido adiposo. Se manifiesta por un incremento de peso mayor al 20 por ciento del peso ideal esperado por la edad, la talla y el sexo. (Serrano y Prieto, 2009). También es definida como un trastorno metabólico, caracterizado por la presencia de un exceso de grasa corporal que condiciona la salud de la persona. Este exceso de grasa se produce generalmente cuando la cantidad de energía que se ingiera a través de los alimentos es superior a la energía que el cuerpo gasta de manera cotidiana. (Kuri y González, 2009).

ADOLESCENCIA: Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2012) definir la adolescencia con precisión es problemático por varias razones. Primero, se sabe que de la madurez física, emocional y cognitiva, entre otros factores, depende la manera en que cada individuo experimenta este período de la vida. Hacer referencia al comienzo de la pubertad, que podría considerarse una línea de demarcación entre la infancia y la adolescencia, no resuelve el problema. La pubertad empieza en momentos sumamente distintos para las niñas (de los 8 a los 12 años) y los niños (generalmente a los 13 años), y entre personas del mismo género. En las niñas se inicia, como promedio, entre 12 y 18 meses antes que en los niños. Hay indicios de que la pubertad está comenzando mucho más

temprano; de hecho, la edad de inicio tanto en las niñas como en los niños ha descendido tres años en el transcurso de los últimos dos siglos. Lo anterior significa que particularmente las niñas, pero también algunos niños, están llegando a la pubertad y experimentando algunos de los principales cambios fisiológicos y psicológicos relacionados con la adolescencia, antes de ser considerados adolescentes por las Naciones Unidas (10-19 años). Otra definición de adolescencia

http://www.unicef.org/devpro/files/SOWC_2011_Main_Report_SP_02092011.pdf

ACTIVIDAD FISICA: es toda acción motriz que ocasiona un gasto calórico. Incluye todo movimiento corporal realizado en la vida cotidiana de cualquier persona, hasta las exigentes sesiones de entrenamiento. Al tener claro que son muchas y variadas las posibilidades para realizar actividad física, es de interés general identificar cuáles son las más adecuadas para producir los beneficios relevantes en término de salud, promoviendo una regulación de los procesos metabólicos y de adaptación que aseguren la prevención y el tratamiento de enfermedades.

En general las actividades físicas están reflejadas en las siguientes acciones motrices:

- Movimientos corporales que forman parte de la vida cotidiana de cada persona, relacionados además con el desempeño laboral, como caminar, cargar objetos, subir escaleras, conducir, realizar oficios caseros, otros.
- Actividades recreativas
- Los ejercicios físicos sistemáticos
- El entrenamiento deportivo (Deporte)

<http://www.conade.gob.mx/biblioteca/Documentos/Articulo03.pdf>

DEFINICIÓN OPERACIONAL

ESTILO DE APEGO: comportamiento acerca de la relación afectiva madre-hijo y considera la respuesta sensible de la madre o figura de apego como un organizador psíquico del hijo.

106

OBESIDAD EN LA ADOLESCENCIA: incremento de peso mayor al 20 por ciento del peso ideal esperado por la edad, la talla y el sexo, de los adolescentes de la ciudad de Toluca.

ACTIVIDAD FÍSICA: La actividad física es todo tipo de movimiento corporal que realiza el ser humano durante un tiempo determinado, ya sea en su trabajo no en sus momentos de ocio, que aumenta el consumo de energía y el metabolismo en reposo, representa una solución para combatir el cansancio, el aburrimiento y el estar fuera de forma. Sin embargo la cantidad de actividad física necesaria depende de los objetivos individuales de salud, ayuda en la reducción de grasa corporal, en quemar calorías, reduce el apetito, control y mantenimiento de peso.

HIPOTESIS

La hipótesis según Kerlinger (2002), es una afirmación conjetural acerca de las posibles relaciones entre dos o más variables.

HIPOTESIS: Hi. Existe una relación estadísticamente significativa entre los estilos de apego y la actividad física en adolescentes con y sin obesidad.

Ho. No existe una relación significativa entre los estilos de apego y la actividad física en adolescentes con y sin obesidad

MUESTRA

El muestreo es 50 % no probabilístico, este tipo de muestreo es donde la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las causas relacionadas con las características de investigador o del que hace la muestra) Hernández, Fernández & Baptista (2003) .y el otro 50% es probabilístico ya que todos los participantes tenían la misma probabilidad de ser seleccionados.

A la muestra corresponden 100 participantes pertenecientes a la escuela Secundaria no. 7 de Toluca estado de México con una edad promedio de 14 años Los criterios para la selección de la muestra de la presente investigación serán los siguientes:

- 1.- Ser adolescente entre 12 y 15 años de edad
- 2.- Estar inscrito en el nivel básico (secundaria)

INSTRUMENTOS:

Para esta investigación se utilizaron los siguientes instrumentos:

1) IPPA: Inventario de Apego con Padres y Pares (IPPA, Armsden & Greenger, 1987): el propósito de este instrumento es evaluar los niveles de seguridad percibidos por los adolescentes es su relación con padres y pares. Está conformado por 75 ítems divididos en tres grupos de 25 afirmaciones cada uno, referidas a relaciones con el padre, la madre y amigos respectivamente. Cada una de las escalas se compone por tres subescalas: alineación, confianza y comunicación. Los ítems se califican con una escala Likert de 5 puntos donde 1 = casi nunca o nunca y 5 = casi siempre o siempre.

2) *INVENTARIO DE ACTIVIDAD FÍSICA HABITUAL PARA ADOLESCENTES: IAFHA*

El IAFHA es una escala elaborada a partir de una propuesta inicial de un inventario propuesto por Baecke y cols. (Baecke, 1982) para la valoración de la actividad física dirigido a la población en general. Dada esta característica (la escala de Baecke se dirigía mayoritariamente hacia la población adulta), por lo que Rodríguez, realizó un proceso de adaptación del inventario a adolescentes con edades comprendidas entre los 14 y 17 años. Después del proceso de adaptación la escala quedó estructurada en tres subescalas con las que registrar el nivel de práctica físico-deportiva habitual durante los tres momentos principales de la vida cotidiana de un adolescente: el tiempo de estancia en el centro escolar, el tiempo libre o de ocio, y el tiempo dedicado expresamente a la actividad deportiva.

El Inventario de Actividad Física Habitual para Adolescentes permite obtener cuatro índices de la actividad física habitual de los adolescentes:

IE: Índice de actividad física durante la permanencia en el centro escolar

ID: Índice de actividad deportiva

IO: Índice de actividad física durante el tiempo de ocio.

IG: índice global de actividad física habitual

CAPTURA DE LA INFORMACIÓN

Para este estudio fue necesario acudir directamente con los participantes y solicitarles su ayuda para la aplicación de los cuestionarios (IPPA e IAFHA).

Una vez explicado el motivo de la aplicación, y con su aprobación se realizó el estudio de manera individual debido a que cada cuestionario fue calificado e interpretado, después se procedió a la captura de datos de forma manual en el programa Excel, en la cual se elaboró una base de datos de ambos instrumentos los cuales fueron agrupados por factores, para la realización de la correlación.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:

Se empleó el análisis de coeficiente de correlación de Pearson, el cual es una prueba estadística para analizar la relación entre dos variables, medidas en un nivel por intervalo.

Ya que los instrumentos IPPA e IAFHA se encuentran en un nivel de medición intervalar, se eligió el coeficiente de correlación de Pearson con la cual se estableció la relación entre las variables antes mencionadas.

RESULTADOS

Una vez aplicados los instrumentos IPPA (inventario de apego para padres y pares) el cual da como resultado el estilo de apego percibido por el Adolescente frente a la imagen materna, paterna y de pares y el IAFHA (Inventario de actividad física habitual para adolescentes) mismo que sirve para medir los índices de actividad física que realizan los adolescentes a lo largo del día. De acuerdo con los objetivos fijados en la presente investigación los resultados obtenidos fueron los siguientes:

110

TABLA 1

GENERO	EDAD	DESNUTRICION	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD	
FEMENINO	13	3	20	18	7	48
	AÑOS					%
MASCULINO		3	20	18	11	52
TOTAL						%
		6%	40%	36%	18%	0%

En la Tabla 1. Se muestra el género, la edad y el diagnóstico obtenido en base al IMC (el cual se obtiene del peso en kilogramos dividido por la altura al cuadrado en m). (En el anexo 1 se encuentran las tablas utilizadas para el diagnóstico de IMC: obesidad, sobrepeso, normal y desnutrición)

TABLA 2

ESCALA	ESTILOS DE APEGO	DESNUTRICION	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD	Porcentaje Total:
MATERNA	SEGURO	0	4	1	0	5%
	AMBIVALENTE	5	29	29	15	78%
	EVITATIVO	1	7	6	3	17 %
						100 %
PATERNA	SEGURO	2	11	8	3	24 %
	AMBIVALENTE	2	12	18	6	38 %
	EVITATIVO	2	17	10	9	38%
						100 %
PARES	SEGURO	1	11	9	2	23 %
	AMBIVALENTE	4	24	16	8	52 %
	EVITATIVO	1	5	11	8	25%
						100%

En esta tabla 2. Se puede apreciar las frecuencias y porcentajes referentes a los estilos de apego y el diagnóstico de estado nutricional, se puede observar que en la escala materna el 78 % presenta un estilo de apego ambivalente el 17% un estilo de apego evitativo y el 5% tiene estilo de apego seguro. Frente a la escala paterna se encontró que el 24 % tiene un estilo de apego seguro, el 38 % un estilo de apego ambivalente y el 38 % un estilo de apego evitativo. Por ultimo en la escala de pares se encontró que el 23 % tiene un estilo de apego seguro, el 52% un estilo de apego ambivalente y el 25 % un estilo de apego evitativo. De manera general se observa que la mayoría de la población muestra se encuentra en un estilo de apego ambivalente y evitativo.

Se puede observar que frente a la escala materna los 40 sujetos con peso normal solo 4 tienen un estilo de apego seguro, 29 se muestran ambivalentes y 7 con un estilo de apego inseguro, por otra parte es evidente que los sujetos con alteraciones en la conducta alimentaria que presentan sobrepeso y obesidad ninguno tiene un estilo de apego seguro frente a esta figura de apego.

TABLA 3

DIAGNOSTICO	INVENTARIO DE ACTIVIDAD FISICA HABITUAL PARA ADOLESCENTES (IAFHA)			
	ID	IE	IO	IG
DESNUTRICION	ALTA: 0% MEDIA: 4% BAJA: 2%	A:2% M:4% B: 0%	A: 0% M:5% B:1%	A: 1% M:4% B:1%
NORMAL	A: 8% M:19% B:13%	A:12% M:23% B:5%	A:7% M:23% B:10%	A:3% M:31% B:6%
SOBREPESO	A:12% M:11% B:13%	A:21% M:11% B:4%	A:3% M:24% B:9%	A:11% M:17% B:8%
OBESIDAD	A:1% M:10% B:7%	A:7% M:10% B:1%	A:3% M:6% B:9%	A:2% M:3% B:13%

En la tabla 3 se muestra el porcentaje obtenido en el inventario de actividad física habitual para adolescentes y el diagnostico.

ID: Índice de actividad deportiva

IE: Índice de actividad física durante la permanencia en el centro escolar

IO: Índice de actividad física durante el tiempo de ocio.

IG: índice global de actividad física habitual

TABLA 4

Variables	r
Total IPPA	0. 76
Total IAFHA	

En esta tabla se muestra la correlación de los dos instrumentos IPPA e IAFHA, obteniendo un puntaje significativo.

CORRELACION DEL PUNTAJE TOTAL DEL IPPA Y EL IAFHA

ESCALA	SUBESCALAS	INVENTARIO DE ACTIVIDAD FISICA HABITUAL			
		INDICE DE ACTIVIDAD DEPORTIVA	INDICE DE ACTIVIDAD FISICA DENTRO DE LA ESCUELA	INDICE DE ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO DE OCIO	INDICE DE ACTIVIDAD FISICA GLOBAL
MATERNA	CONFIANZA	0.66	0.67	0.84	0.86
	COMUNICACION	0.72	0.76	0.82	0.35
	ALIENACION	-0.23	-0.64	0.60	-0.56
PATERNA	CONFIANZA	0.63	0.41	0.73	0.88
	COMUNICACION	-0.65	0.73	0.78	0.76
	ALIENACION	0.16	0.65	0.60	0.23
PARES	CONFIANZA	0.87	0.79	0.60	0.78
	COMUNICACION	-0.56	0.36	0.76	0.45
	ALIENACION	0.34	-0.87	0.64	0.65

En la tabla anterior se muestran las puntuaciones de la correlación entre los factores de ambos cuestionarios usados, en los cuales se encontraron correlaciones significativas entre las escalas:

MATERNA:

- **Confianza:** índice de actividad deportiva, índice de actividad física en la escuela, índice de actividad física en el tiempo de ocio e índice de actividad física global.
- **Comunicación:** índice de actividad deportiva, índice de actividad física en la escuela e índice de actividad física en el tiempo de ocio.
- **Alienación:** índice de actividad física en el tiempo de ocio e índice de actividad física global.

PATERNA:

- **Confianza:** índice de actividad deportiva, índice de actividad física en el tiempo de ocio e índice de actividad física global.
- **Comunicación:** índice de actividad deportiva, índice de actividad física en la escuela e índice de actividad física en el tiempo de ocio e índice de actividad física global.
- **Alienación:** índice de actividad física en la escuela e índice de actividad física en el tiempo de ocio.

PARES:

- **Confianza:** índice de actividad deportiva, índice de actividad física en el tiempo de ocio e índice de actividad física global.
- **Comunicación:** índice de actividad deportiva e índice de actividad física en el tiempo de ocio.

→ **Alienación:** índice de actividad física en la escuela, índice de actividad física en el tiempo de ocio e índice de actividad física global.

TABLA 5

ESCALA	ESTILOS DE APEGO	INVENTARIO DE ACTIVIDAD FISICA HABITUAL (INDICE DE ACTIVIDAD FISICA GLOBAL)		
		ALTA	MEDIA	BAJA
MATERNA	SEGURO	6%	7%	0%
	AMBIVALENTE	10%	48%	12%
	EVITATIVO	0%	11%	6%
PATERNA	SEGURO	5%	16%	3%
	AMBIVALENTE	8%	24%	6%
	EVITATIVO	3%	26%	9%
PARES	SEGURO	8%	27%	4%
	AMBIVALENTE	3%	25%	8%
	EVITATIVO	5%	14%	6%

En la tabla 5 se observan los porcentajes de cada estilo de apego y el nivel global de actividad física.

Para complementar esta investigación se decidió realizar una prueba t, la cual es una prueba estadística para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias, donde se obtuvieron los siguientes resultados:

TABLA 6

<i>INDICE DE ACTIVIDAD FISICA EN LA ACTIVIDAD DEPORTIVA</i>	<i>Adolescentes con peso normal</i>	<i>adolescentes con obesidad</i>
Media	2.852	2.848
Varianza	0.5209	7.224
Grados de libertad	48	
Estadístico t		0.2811
P(T<=t)		0.3899
Valor crítico de t		1.6766

En donde se observa que $p(0.38) > \alpha(0.05)$, por tanto no se observa diferencias significativas en el índice de actividad deportiva entre los adolescentes con peso normal y los adolescentes con obesidad.

TABLA 7

<i>INDICE DE ACTIVIDAD FISICA EN LA ESCUELA</i>	<i>Adolescentes con peso normal</i>	<i>adolescentes con obesidad</i>
Media	3.1648	3.3394
Varianza	0.2441	0.3836
Grados de libertad	48	
Estadístico t		1.6786
P(T<=t)		0.0458
Valor crítico de t		1.6766

En esta tabla se puede observar que $p(0.045) < \alpha(0.05)$ nos indica que es probable que exista una diferencia significativa, la cual se confirma al contrastar el valor del estadístico t (1.6786) y el valor crítico de t (1.6766), esto nos indica que existe una

diferencia significativa en el índice de actividad física en la escuela entre los adolescentes con peso normal y los adolescentes con obesidad.

TABLA 8

<i>INDICE DE ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO DE OCIO</i>	<i>Adolescentes con peso normal</i>	<i>adolescentes con obesidad</i>
Media	2.9172	2.976
Varianza	0.3782	0.3639
Grados de libertad	48	
Estadístico t	0.0796	
P(T<=t)	0.4684	
Valor crítico de t	1.6766	

En esta tabla se puede observar que $p(0.46) > \alpha (0.05)$ el cual nos indica que no existe diferencia significativa en el índice de actividad física en el tiempo de ocio entre los adolescentes con peso normal y los adolescentes con obesidad.

TABLA 9

<i>INDICE GLOBAL</i>	<i>Adolescentes con peso normal</i>	<i>Adolescentes con obesidad</i>
Media	2.9812	3.0228
Varianza	0.1624	0.3040
Grados de libertad	48	
Estadístico t	-0.4114	
P(T<=t)	0.3413	
Valor crítico de t	1.6766	

En la tabla 9 se puede observar que $p(0.34) > \alpha(0.05)$ por tanto no existe diferencia significativa en el índice de actividad física global entre los adolescentes con peso normal y los adolescentes con obesidad.

TABLA 10

<i>APEGO MAMÁ</i>	<i>Adolescentes con peso normal</i>	<i>adolescentes con obesidad</i>
Media	61.8200	63.800
Varianza	231.4975	149.0204
Grados de libertad	48	
Estadístico t	1.6777	
P(T<=t)	0.0421	
Valor crítico de t	1.6766	

En esta tabla se puede observar que $p(0.042) < \alpha(0.05)$ por tanto existe diferencia significativa en el estilo de apego con la madre entre adolescentes con peso normal y los adolescentes con obesidad.

TABLA 11

<i>APEGO PAPÁ</i>	<i>Adolescentes con peso normal</i>	<i>adolescentes con obesidad</i>
Media	56.600	56.66
Varianza	12.4081	257.5759
Grados de libertad	48	
Estadístico t	1.6778	
P(T<=t)	0.0437	
Valor crítico de t	1.6766	

En esta tabla se observa que $p(0.49) < \alpha(0.05)$ por lo tanto existe diferencia significativa entre el estilo de apego hacia el padre entre los adolescentes con peso normal y los adolescentes con obesidad.

TABLA 12

<i>APEGO AMIGOS</i>	<i>Adolescentes con peso normal</i>	<i>adolescentes con obesidad</i>
Media	59.9600	56.0000
Varianza	253.1820	281.6000
Grados de libertad	48	
Estadístico t	1.6778	
P(T<=t)	0.0437	
Valor crítico de t	1.6766	

En esta tabla se puede observar que $p(0.043) < (0.05)$ lo cual nos indica una diferencia significativa entre el apego con los amigos entre los adolescentes con peso normal y los adolescentes con obesidad

ANALISIS DE RESULTADOS

Para la realización de la siguiente investigación se trabajó con 100 adolescentes con una edad promedio de 13 años siendo el 48% de sexo femenino y el 52% de sexo masculino, para diferenciar entre adolescentes con y sin obesidad se utilizaron las medidas antropométricas de peso y talla de cada sujeto el cual dio como resultado el IMC dando como resultados lo siguiente: el 6% tiene desnutrición, el 40% tiene un peso normal, el 36 % tiene sobre peso y el 18% obesidad.

121

En cuanto a los resultados obtenidos por el IPPA se puede observar que en la escala materna el 5% tiene un apego seguro, el 78% un estilo de apego ambivalente y el 17% un estilo de apego evitativo. Referente a la escala paterna el 24 % tiene un estilo de apego seguro, el 38 % un estilo de apego ambivalente y el 38% un estilo de apego evitativo. Y por último la escala de pares arrojo que el 23% tiene un estilo de apego seguro, 52% un estilo de apego ambivalente y el 25% un apego evitativo.

En la tabla 2 se muestra la distribución de diagnóstico de IMC y estilos de apego en las cuales se puede percibir que los sujetos con sobrepeso y obesidad presentan con menor frecuencia un apego seguro que los adolescentes con un peso normal.

Esto se pudo comprobar con la prueba estadística t donde los resultados nos indican que efectivamente los estilos de apego en adolescentes con peso normal y los adolescentes con sobrepeso y obesidad tienden a diferenciar entre si.

De la revisión bibliográfica tenemos, que en el estilo seguro existe baja ansiedad y evitación, seguridad en el apego, comodidad con la cercanía y con la interdependencia, y confianza en la búsqueda de apoyo y otros medios constructivos de afrontamiento al estrés. Mikulincer, Shaver y Pereg (2003).

Para Magai, Hunziker, Mesias y Culver (2000), este estilo está marcado por expresiones faciales de alegría y un sesgo favorecedor de la vergüenza; por el contrario, está negativamente asociado al rasgo de emoción negativa y a la tendencia de que los afectos negativos recorran la conciencia. En la rabia en particular, Mikulincer (1998) señala que cuando personas seguras están enojadas tienden a aceptar su ira, expresar su enojo controladamente y buscar soluciones a la situación.

Kerr, Melley, Travea y Pole (2003), exploran la relación entre apego adolescente, experiencia y expresión emocional, y encuentran que el grupo seguro reporta niveles más altos de afecto positivo, gran cantidad de energía y placer, alta concentración y bajos niveles de tristeza y apatía.

Con base en lo anterior se puede afirmar que los sujetos con un apego seguro son capaces de identificar sus emociones y así mismo de externarlas de una manera adecuada, sin necesidad de llegar a utilizar el alimento como sustituto de supresor de ansiedad que se presentase en cualquier situación.

El estilo de apego con mayor frecuencia fue el ambivalente lo cual caracteriza a sujetos por ambivalencia, Mikulincer (2003), ansioso ambivalente se aprecia alta ansiedad y baja evitación, inseguridad en el apego, fuerte necesidad de cercanía, preocupaciones en cuanto a las relaciones y miedo a ser rechazado. En la misma línea, Mikulincer, Gillath y Shaver (2002), señalan que en este estilo se facilita la accesibilidad a las preocupaciones en relación al rechazo; para Lecannelier (2002b), el estado emocional predominante es la preocupación y el miedo a la separación. Valdés (2002), además de enfatizar las emociones de miedo y ansiedad, indica una baja tolerancia al dolor.

Mikulincer(1998) señala que los sujetos ambivalentes propenden a la ira, caracterizándose por presentar enojos con alta hostilidad. Kerr et al. (2003), señalan que sujetos pertenecientes al estilo ambivalente reportan los niveles más

altos de afecto negativo; malestar, enojo, repugnancia, culpa, miedo y nerviosismo y menores niveles de calma y serenidad.

Otro estilo de apego con una alta frecuencia fue el evitativo, sujetos con estilo evitativo no refleja afecto negativo ni síntomas de estrés y, sin embargo, los pares los consideran ansiosos y con un predominio de la hostilidad.

Reportan bajos niveles de emociones positivas; experimentan más afecto negativo que el grupo seguro y menor afecto negativo que el grupo ambivalente. Específicamente en relación con la rabia, Mikulincer (1998) señala que el estilo evitativo se inclina a la ira pero, aunque presenten intensos episodios de enojo con alta hostilidad, tienden a esconder su ira mediante la negación de su emoción o mostrándose positivo.

En la tabla 3 se muestra los sujetos diagnosticados con desnutrición, peso normal, sobrepeso y obesidad y el porcentaje de cada índice que evalúa el instrumento IAFHA (Inventario de Actividad Física Habitual para Adolescentes) dividido en escalas de alta, media o baja actividad física.

Donde se observa que en donde más perciben que realizan actividad física los adolescentes es dentro de la escuela. Esto nos indica que en los adolescentes es más frecuente que busquen realizar actividad física en compañía de los pares.

Donde menos realizan actividad física es durante el tiempo de ocio. Donde podemos observar claramente que La vida post moderna trae consigo una serie de beneficios, mediante las máquinas que nos facilitan el trabajo, los medios de transporte que nos ayudan a desplazarnos sin la necesidad de movernos.

También existen diversas formas de ocupar el tiempo libre de ocio como ver televisión, chatear, juegos de video, etc. las que no requieren de esfuerzo físico alguno.

Todas estas mejoras han llevado a la humanidad a la disminución de la actividad física, siendo esta última para la cual nuestro organismo estuvo programado

durante nuestra evolución, pero el ambiente que hoy se presenta es el sedentarismo, el cual va en contra de nuestro diseño y hoy en día se ha expandido en todas las edades, principalmente en la etapa de la adolescencia, que a modo general le dedican semanalmente 40 horas a ver la televisión, 25 horas sentados en clases y otras 10 horas entre videojuegos y computador y si a esto se le suma el tiempo de sueño y de comida; realmente apenas le queda tiempo para moverse, alejándose así del ejercicio físico. OMS (2007)

También se puede observar que los sujetos con diagnóstico de obesidad son los más bajos en el índice global de actividad física. Sin embargo, realizando la clasificación de los instrumentos y observando las respuestas, los adolescentes con obesidad perciben que si están realizando actividad física. en la revisión bibliográfica encontramos que la actividad física y el deporte, además de ser importantes tipos de conductas para mantener una buena salud, constituyen importantes áreas de socialización para los jóvenes (Reynolds, Killen y Bryson, 1990). Lo cual nos indica que los adolescentes con obesidad pretender dar la imagen de ellos mismos como personas saludables que realizan actividad física, para así mismo mantener una buena socialización con sus compañeros a la hora de realizar actividad física.

En la tabla 4 se observa que existe una correlación estadísticamente significativa entre los estilos de apego y la actividad física habitual en los adolescentes. Esto debido a que la actividad física se ha venido promoviendo últimamente como en forma de juego en equipo, con un componente lúdico, con la implicación de la familia y los amigos, así la actividad física se comporta como una elección agradable en la dedicación del ocio, favoreciendo la adquisición de un patrón saludable y, favorece la comunicación entre el adolescente, su familia y su grupo de pares (Strauss, 2000).

En relación a la hipótesis planteada, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación, debido a existe una correlación estadísticamente significativa entre los factores de ambos instrumentos.

Por otro lado y refiriéndonos a las correlaciones realizadas de cada instrumento se pueden observar correlaciones significativas las cuales se describen a continuación:

CONFIANZA: Esta sub-escala se refiere a la impresión u opinión firme que el sujeto tiene de sí mismo o de una persona cercana a él en este caso a mamá, papá o pares, de acuerdo a las expectativas que se tenían de ella, por buena fe o intuición lo cual le brinda un sentimiento de seguridad de sí mismo y de las figuras de apego, al mismo tiempo evalúa algunos conceptos de incapacidad, desprecio, rendimiento, productividad, enajenación, desconfianza e inseguridad, dificultad o facilidad de expresión de sus emociones, propias y hacia los otros. Esta sub-escala se correlaciona positivamente con las tres escalas: materna paterna y de pares así como con los índices de actividad física habitual tales como: el **índice de actividad deportiva** que hace referencia a una actividad reglamentada, normalmente de carácter competitivo, que mejora la condición física y psíquica de quien lo practica y tiene propiedades recreativas que lo diferencian del simple entretenimiento, **índice de actividad durante el tiempo de ocio** lo cual se refiere a un conjunto de movimientos del cuerpo obteniendo como resultado un gasto de energía mayor a la tasa del metabolismo basal realizado en el tiempo libre que se dedica a actividades que no son ni trabajo ni tareas domésticas esenciales, y pueden ser recreativas. Es un tiempo recreativo que se usa a discreción. Es diferente al tiempo dedicado a actividades obligatorias como comer, dormir, hacer tareas de cierta necesidad, etc. La confianza solo aparece con una correlación significativa en las escalas materna y de pares en **el índice de actividad física dentro de la escuela**, lo cual refiere a un conjunto de movimientos del cuerpo obteniendo como resultado un gasto de energía mayor a la tasa del metabolismo basal realizado dentro de la institución escolar.

COMUNICACIÓN: en esta sub-escala del instrumento se presenta: la calidad, y medio por el cual el sujeto es capaz de transmitir sus pensamientos, sentimientos, ideas y emociones propias el cual se ve definido por el trato con los demás, dicha

escala también evalúa el interés y desinterés por establecer relaciones, los sentimientos de seguridad y la sensación de inseguridad, malestar o nerviosismo los cuales están significativamente correlacionados con las siguientes escalas del IAFHA, positivamente con la escala materna en el **índice de actividad deportiva**, sin embargo en las escalas paterna y de pares se correlaciona negativamente la comunicación con el **índice de actividad deportiva**, que al ser una actividad reglamentada con más nivel de competitividad, los adolescentes muestran que al tener menos comunicación con sus padres y pares el índice de actividad deportiva se incrementa. En el índice de **actividad física dentro de la escuela y el índice de actividad física en el tiempo de ocio la comunicación** se relaciona positivamente con las tres escalas, esto nos indica que a mayor comunicación con mamá, papá y pares, mayor será el índice de actividad física dentro de la escuela; en cuanto al índice global de actividad física, la comunicación solo tiene una correlación significativa con la escala paterna.

La última escala del IPPA **ALIENACIÓN** la cual se refiere a los sentimientos de identificación e idealización del sujeto mismo y de sus figuras de apego, que se da por medio de la impulsividad esta sub-escala mostro tener correlación significativa con las siguientes escalas del IAFHA: en el índice de actividad física dentro de la escuela se obtuvieron dos correlaciones negativas en las escalas : materna y pares, este dato nos indica que a menor alienación a esta figura de apego mayor será el índice de actividad dentro de la escuela, en la escala paterna se obtuvo una correlación positiva indicándonos que a mayor alienación con el padre mayor será el índice de actividad física dentro de la escuela; en cuanto al índice de actividad física en el tiempo de ocio se observó una correlación positiva en la tres escalas: materna paterna y de pares, finalmente en el índice de actividad física global se obtuvo una correlación positiva en la escala materna y correlación negativa en la escala paterna y de pares.

A manera de conclusión se puede apreciar que donde más realizan actividad física los adolescentes es dentro de la escuela, esto nos indica que efectivamente el

apego que tienen con el grupo de pares es fundamental para ellos a la hora de realizar actividad física (tabla 5). Un adolescente con un apego seguro con sus iguales será más tendente a querer realizar actividad física en compañía de sus amigos, a diferencia de un apego inseguro con sus pares.

Esto nos indica que como en lo revisado en la parte teórica, debido a que el adolescente busca ser autónomo para evitar la dependencia a sus padres, este establecerá cambios en sus relaciones y hasta conseguirá crear vínculos tan significativos como los que ha construido con ellos.

Las nuevas condiciones de las relaciones de apego, promoverán la creación de nuevos vínculos con pares, que resaltarán una gran intensidad, ideas, gustos compartidos y una gran dosis de afecto. De ahí, que los pares se conviertan en la fuente de seguridad y cuidado, lo cual le permitirá al adolescente desarrollar relaciones de apego adecuadas en un futuro.

En cuanto a la prueba estadística t los resultados que se encontraron fueron los siguientes:

No hubo diferencia estadísticamente significativa en los índices de actividad física deportiva, en el tiempo de ocio y global entre adolescentes con peso normal y adolescentes con obesidad, esto nos indica que no precisamente el grupo de adolescentes con peso normal sea más activo físicamente que el grupo de adolescentes con obesidad.

En el índice de actividad física en la escuela se encontró diferencia significativa en donde se puede observar que los adolescentes con peso normal suelen ser más activos físicamente en la escuela que los adolescentes con obesidad.

Los adolescentes con obesidad pretender dar la imagen de ellos mismos como personas saludables que realizan actividad física, para así mismo mantener una buena socialización con sus compañeros a la hora de realizar actividad física. Sin

embargo se pudo observar que los adolescentes con peso normal suelen ser más activos en el horario escolar que los adolescentes con obesidad.

En cuanto a los estilos de apego se encontró en todos (apego mamá, apego papá y apego con los padres) diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de adolescentes.

Esto nos indica que los adolescentes con peso normal tienden a tener un apego más saludable que los adolescentes con obesidad.

Los sujetos con un apego seguro donde se encontró que generalmente son adolescentes con peso normal son más capaces de identificar sus emociones y así mismo de externarlas de una manera adecuada, sin necesidad de llegar a utilizar el alimento como sustituto de supresor de ansiedad que se presentase en cualquier situación.

CONCLUSIONES

Una alimentación balanceada y la realización de actividad física no son las únicas herramientas que los padres debieran considerar para evitar que sus hijos se conviertan en personas obesas. La calidad y cercanía de la relación que tengan con ellos también cuenta.

129

En esta investigación se encontró que sin lugar a dudas existen diferentes causas que pueden provocar en el adolescente el sobrepeso o la obesidad, entre ellas se encuentran el factor hereditario en donde ambos padres o solo uno con problemas de sobrepeso; el factor genético en donde existe un gen predisponente que desencadena esta enfermedad; el factor ambiental donde se incluyen comidas industrializadas y de bajo costo o incluso que son costosos pero que a la vez son muy llamativos para los niños, pero sobre todo el motivo cual sustenta esta investigación y es el factor psicológico, donde se involucra lo afectivo y lo emocional en las relaciones de apego, pues como el niño desarrolle sus estilos de apego se definirá como se relacione con el mundo en un futuro.

Un aspecto relevante que no ha sido tan investigado dentro de los factores que propician la obesidad son los estilos de apego. Dentro del apego con la madre se encuentra en ella una incapacidad por distinguir las necesidades de niño que más tarde el niño relacionara con una falta de aprendizaje de la sensación de hambre en la primera infancia, es decir, la respuesta estereotipada de la madre por medio de un suministro de alimento a cualquier manifestación emocional del niño no le permitiría distinguir el hambre de otras sensaciones internas y le llevaría más tarde a calmar cualquier sensación mediante la toma de alimento (Bruch, 1975, citado en Lebovici, 1988) provocando en el niño el sobrepeso o la obesidad.

Las relaciones futuras están determinadas por las relaciones que tuvo el adolescente con sus padres de la infancia, las cuales marcarán la forma en que se establecerán y desarrollaran dichas relaciones. Un apego seguro puede facilitar el

desarrollo de habilidades sociales por parte del adolescente hacia sus pares, ya que este le proporciona mayor tranquilidad para conseguirlo. (Saldarriaga, 2005)

Para Steingber y Silverberg (1986) citados por Gimeno 2006, a medida que los adolescentes se separan emocionalmente de los padres, su resistencia a las presiones de los compañeros disminuye. Así los adolescentes más despegados y menos dependientes de sus padres están más predispuestos a ceder a la presión de los amigos, lo cual puede reflejar ciertos sentimientos de inseguridad.

El apego tiene sus raíces en el contacto del niño con su cuidador, pero es fundamental para las tareas del desarrollo propias de la adolescencia como son la separación de los padres y el establecimiento de la autonomía. (Sander, 2004).

Los adolescentes con modelos de apego seguro manejan los conflictos con sus padres implicándose en discusiones en las que ambas partes tienen la oportunidad de expresar sus pensamientos, y que tratan de encontrar soluciones a sus desacuerdos mediante fórmulas que equilibren sus necesidades de mayor autonomía con esfuerzos por preservar una buena relación con sus padres. Es probable que en estas familias el proceso sea menos problemático porque estos chicos y chicas tienen la confianza de que a pesar de los desacuerdos la relación con sus padres se mantendrá intacta, ya que es más fácil y seguro discutir con los padres cuando se sabe que se podrá seguir contando con ellos. Y las discusiones y conflictos son una necesidad, ya que favorecen el reajuste de las relaciones parento-filiales.

Sin embargo, el distanciamiento emocional de los padres puede resultar especialmente estresante en aquellas familias con adolescentes que desarrollaron modelos de apego inseguro. En estos casos la búsqueda de autonomía puede ser experimentada como una amenaza para la autoridad paterna o materna y para la relación parento-filial, y tanto los adolescentes como sus padres pueden verse abrumados por la fuerte carga afectiva suscitada por sus conflictos y desacuerdos.

Cuando se trata de adolescentes evitativos o autosuficientes, será más frecuente que las discusiones se resuelvan de forma poco productiva y que tiendan a evitar soluciones negociadas, siendo la retirada del conflicto la estrategia más frecuente. Así, la menor implicación afectiva con las figuras de apego que suelen mostrar estos sujetos será un lazo para la resolución de la tarea de renegociar las relaciones parento-filiales, y más que reajustar la relación para atender sus nuevas necesidades de autonomía a la vez que se mantiene un vínculo positivo, estos chicos y chicas tenderán a rechazar y cortar la relación con sus padres.

En cuanto a los sujetos inseguros ambivalentes o preocupados, será más frecuente la implicación en discusiones muy intensas e improductivas que terminan minando la autonomía del adolescente. Por otra parte, estos sujetos tienden a sobredimensionar los problemas en sus relaciones familiares, al menos por encima de lo que suelen percibir sus propios padres o los iguales. Estas dificultades suelen mantenerse a lo largo de toda la adolescencia, lo que suele entorpecer la resolución de algunas tareas relacionadas con la autonomía personal. En este caso, más que rechazar a sus cuidadores pueden permanecer excesivamente atados a ellos, de ahí las dificultades que experimentarán en el logro de la autonomía.

Sin embargo en esta investigación se encontró que la figura paterna en el desarrollo de la obesidad también es un factor primordial. Diversas investigaciones y textos literarios atribuyen la obesidad a una característica de un deficiente vínculo con la madre, sin embargo ya que la obesidad es un trastorno multifactorial solo esta característica materna nos indicaría el porqué de una Sobreingesta de alimentos, sin embargo, un factor al que le dan más peso en cuanto a la prevención de la obesidad es el de la realización de actividad física y en cuanto a este elemento se encontró que el apego con el padre es fundamental para los adolescentes y la realización de la actividad física.

La relación entre los estilos de apego y la actividad física se da con mayor evidencia durante la adolescencia ya que se observó que la actividad física

favorece la comunicación y confianza con el grupo de personas con las que el adolescente practique dicha actividad, así mismo, si bien es cierto que el estilo de apego del adolescente con sus figuras parentales va a determinar el futuro de sus relaciones próximas, esto nos señala que entre más sano sea un estilo de apego en los adolescentes, estos serán más propensos a involucrarse adecuadamente a actividades físicas en compañía ya sea de sus padres o pares.

El apego con los pares también mostro relevancia en esta investigación ya que en la adolescencia se muestran como un sostén en cuanto a la formación de la identificación, se encontró que los adolescentes con mayor apego seguro con los pares realizan mayor actividad física en la escuela que es en donde se encontró el mayor índice de actividad física por encima de actividades deportivas y actividades en el tiempo de ocio.

En el medio se han creado múltiples alternativas para prevenir y controlar la obesidad, de las cuales la mayoría son especulativas y juegan con las expectativas de las personas que sufren este problema. De estas alternativas, la actividad física se vuelve un factor fundamental para controlar la obesidad, la cual aplica para todas las edades, pero en especial a los niños y los adolescentes, quienes por agonística y esencia son más receptivos para la actividad física, además como mecanismo preventivo se vuelve una estrategia más efectiva en el control de esta enfermedad.

Sin embargo la utilización de tecnología avanzada en las fábricas y en el campo exige menos esfuerzo físico en la producción. La gente quiere trabajar menos y tener más tiempo libre que posiblemente será dedicado al reposo y a la inactividad. Y ahora que las computadoras y la televisión son tan populares, permiten que las personas hagan menos ejercicios.

En la lucha por el control del peso y la buena salud general, se da mucha importancia al tipo y cantidad de alimentos y bebidas que se consumen. Se ha

prestado menos atención a la cantidad de energía que gastaríamos si fuéramos físicamente activos. Pero ambos aspectos están estrechamente ligados. A diferencia de nuestros ancestros, ya no necesitamos emplear demasiada cantidad de energía para encontrar alimentos. Debido a los avances tecnológicos, al transporte motorizado, la automatización y la maquinaria que ahorra trabajo, la mayoría de la gente tiene menos oportunidades de gastar energía. Se podría especular que aproximadamente el 70% de la población en los países occidentales no es lo suficientemente activa como para poder gozar de una buena salud y mantener un peso ideal.

Hasta ahora, las estrategias de control de la obesidad centradas en reducir el consumo de calorías, evitar el sedentarismo y aumentar la actividad física, han tenido un éxito limitado.

Muy pocos países imparten un mínimo de dos horas semanales de educación física en los centros de educación tanto primaria como secundaria, e incluso esta cantidad se encuentra muy lejos de las actuales recomendaciones sobre el número de clases diarias de educación física infantojuvenil.

Las medidas diseñadas para aumentar la cantidad de tiempo que los estudiantes dedican a realizar actividades físicas de moderadas a vigorosas durante las clases de educación física tienen éxito a la hora de incrementar los niveles de actividad física y de mejorar la condición física. Por lo tanto, la educación física debe continuar siendo una herramienta importante para promover la actividad y la condición física.

Brady, (1998) Señala que “la diversión y la competición van asociadas a las actividades deportivas y por ende a los beneficios de la actividad física, donde ayudan a fortalecer la autoconfianza y la conciencia sobre la importancia de la actividad física en los adolescentes, permitiéndoles comprender su propio cuerpo

y a la vez fortalecen su personalidad, lo que constituye un requisito previo importante para el desarrollo de una actitud responsable”.

Ya que se encontró que no solo el vínculo que establece con la madre propicia la obesidad es importante enfatizar en el desarrollo de más investigaciones que incluyan a todo el entorno familiar como propicio de la obesidad.

El desarrollo de un apego seguro en todas las figuras del adolescente (madre, padre y pares) puede reducir el riesgo de obesidad previniendo una respuesta de estrés exagerada que interrumpa el normal funcionamiento y desarrollo de los sistemas fisiológicos que afectan el balance de energía y peso corporal.

SUGERENCIAS

Uno de los aspectos más destacados de la obesidad radica en la posibilidad de prevenirla o reducir los factores de riesgos que la misma implica para la salud. Por ello, llevar a cabo medidas preventivas desde edades tempranas es una buena opción para los problemas, cada vez más comunes, de sobrepeso y obesidad.

135

En cuanto a los estilos de apego se sugiere informar a los adolescentes sobre los estilos de apego y que ellos identifiquen cual es el que mantienen con sus padres y pares y que de manera reflexiva lleguen a la comprensión de que un estilo de apego seguro les proporcionara beneficios en diversos aspectos de su vida, tales como

- * Mejor comunicación con su entorno; la comunicación es un aspecto esencial dentro del apego y el control de la obesidad ya que es importante que el adolescente obeso sea capaz de identificar y externalizar sus emociones.

Se considera que la escuela representa un excelente ámbito para la promoción de hábitos alimentarios y estilos de vida más saludable para el niño y la familia.

Asimismo, se destaca la necesidad de desarrollar un abordaje integral que incluya distintos actores sociales vinculados con el cuidado de la salud donde se le de hincapié en propiciar en el adolescente un apego seguro con sus figuras (madre, padre y pares) al mismo tiempo que se hace intervención nutricional para la modificación de hábitos alimenticios y una mejor promoción de la actividad física, la mejora del medio ambiente y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

Respecto de la escuela, se destaca la importancia de:

- ✚ Realizar menú escolar de adecuado valor nutricional, adaptados a los hábitos y costumbres, que compensen las falencias alimentarias de la población escolar.

- ✚ Realizar programas de actividad física atractivos, adaptados a los niños de acuerdo a sus capacidades y aptitudes, con una mayor carga horaria y continuidad.
- ✚ Creación de programas de prestaciones alimentarias que tengan en cuenta la etapa de desarrollo de los niños, sus necesidades nutricionales, hábitos y costumbres.
- ✚ Realización de talleres que pongan a los niños en contacto con los alimentos como ser, talleres de cocina, huertas escolares, etc.
- ✚ Considerar diferentes propuestas en lo que refiere a la venta de alimentos en las tiendas escolares.

Asimismo, se destaca la importancia que el estado, en coordinación con la sociedad civil, desarrollen e impulsen estrategias y acciones de prevención promoción de la salud de toda la población, a través de:

- ✚ Promoción mediante pláticas, talleres o conferencias acerca de los estilos de apego, así mismo hacer énfasis de que un estilo de apego seguro propiciara salud de manera integral al adolescente y a su entorno.
- ✚ Adecuación del espacio público, mejoras de las infraestructuras para fomentar las prácticas de deportes y actividades recreativas.
- ✚ Educación alimentaria - nutricional que incluya actividades relacionadas con los alimentos, como ser realización de recetas económicas y nutritivas, asesoramiento en la compra, etc.

Mediante un enfoque multidisciplinario, junto con la participación de las familias, los sectores públicos y privados, las industrias, los medios de comunicación, la sociedad civil pueden llevarse a cabo acciones para prevenir el desarrollo de la obesidad infantil y por consecuencia la obesidad en la edad adulta.

BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, A; Knobel, M. La Adolescencia Normal. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1984.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A study of the strange situation. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Allen, J., Huntoon, J., Fultz, J., Stein, H., Fonagy, P. Evans, R. (2001). A model for brief assessment of attachment and its application to women in inpatient treatment for trauma-related psychiatric disorders. Journal of Personality Assessme
- Allen, J. (1999). Attachment In Adolescence. Handbook Of Attachment: Theory, Research, And Clinical Applications. New York, Ny. Eeuu.: Guilford Press.
- Ainsworth, M.; Bowlby, J. (1965). Child Care and the Growth of Love. London: Penguin Books
- Ainsworth, M. (1967). Infancy in Uganda. Baltimore: Johns Hopkins.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of Attachment. Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Asbed A. (1985) “La Adolescencia: Aportaciones A La Metapsicología Y Psicopatología” Revista Apdeba -Vol 7.

- Aquila (2009) *Obesidad y Adolescencia: Exploración de Aspectos Relacionales y Emocionales*, Terapia psicológica, Vol. 27, Sociedad Chilena de Psicología Clínica Chile.
- Betancourt, M.; Rodríguez, M Y Gempeler, J. (2007). *Interacción Madre-Hijo, Patrones De Apego Y Su Papel En Los Trastornos Del Comportamiento Alimentario*. Universitas Médica. Vol. 48, No. 3. Colombia.
- Braguinsky, J. Y Cols. (1996.) *Obesidad, Patogenia, Clínica Y Tratamiento* Buenos Aires: El Ateneo.
- Blos P. (1979) *La Transición Del Adolescente*. Int. University Press. Inc., New York.
- Blos P. (1967) *Psicoanálisis De La Adolescencia*. Trad. Par P. Truffert Et F. Paris: Gantheret, Stock
- Botella, L. (2005). *El Apego, La Cohesión Diádica Y La Comunicación En Pacientes Con Trastornos De La Conducta Alimentaria*. Apuntes De Psicología. Vol. 26, No. 2. España.
- Botella, L. Y Grañó, N. (2008). *La Construcción Del Apego, La Cohesión Diádica Y La Comunicación En Pacientes Con Trastornos De La Conducta Alimentaria*. Apuntes De Psicología. Vol. 26, No. 2. España, 2: 291-301.
- Bowlby, J. (1968), *Los Cuidados Maternos Y La Salud Mental*. Informe Preparado Bajo Los Auspicios De La Organización Mundial De La Salud. Organización Panamericana De La Salud. Washington D.C.

- Bowlby, J. (2006), Vínculos Afectivos: Formación, Desarrollo Y Pérdida. España, Morata.
- Bowlby, J. (1982): Cuidados Maternos Y Salud Mental. Buenos Aires :Humanitas.
- Bowlby, J. (1998): El Apego Y La Pérdida. 1. El Apego. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1985): El Apego Y La Pérdida. 2. La Separación. Barcelona: Paidós
- Bowlby, J. (1998) El Apego. México Paidós.
- Blos P.: (1979) La Transición Del Adolescente. Int. University Press. Inc., New York.
- Blos P. (1967). Psicoanálisis De La Adolescencia Paris, Gantheret, Stock
- Braguinsky, J. Y Cols. (1996) Obesidad, Patogenia, Clínica Y Tratamiento. España:El Ateneo.
- Bruch, H. (1973): Eating Disorders. New York, Basic Books.
- Bruch, H. (1978): The Golden Cage: The Enigma Of Anorexia Nervosa. Cambridge, Ma, Harvarduniversity Press.
- Carretero. (2005). La Construcción Del Apego, La Cohesión Diádica Y La Comunicación En Pacientes Con Trastornos De La Conducta Alimentaria. Apuntes De Psicología. Vol. 26, No. 2. España.

- Carrasco, M. A., Sanchez, V., Cccotelli, H. Y Del Barrio, V. (2003). Listado De Síntomas Scl-90-R: Analisis De Su Comportamiento En Su Comportamiento En Una Muestra Clínica. *Accion Psicologica*. 2 (2), 149-161.
- Carreras, M, A., Brizzio, A., Casullo, M. Y Saavedra, E. (2006). Evaluación De Los Estilos De Apego Y Su Relación Con Los Síntomas Psicopatológicos. *Memorias De Las Xii Jornadas De Investigacion En Psicologia Del Mercosur,- Paradirgmas, Metodos Y Tecnicas*. 3, 93.
- Calzada León, (2003), *Obesidad En Niños Y Adolescentes, México: Editores De Textos Mexicanos,*
- Cameron, N. (1982), *Desarrollo Y Psicopatología De La Personalidad. Un Enfoque Dinámico. México, Trillas.*
- Castañeda, A., (2009), *Relación Entre Las Actitudes Maternas Y El Proceso De Adaptación Personal Del Niño Obeso Pediátrico.*
- Carretero. (2005). *La Construcción Del Apego, La Cohesión Diádica Y La Comunicación En Pacientes Con Trastornos De La Conducta Alimentaria. Apuntes De Psicología. Vol. 26, No. 2. España.*
- Cooper, M., Shaver P. Y Collins N.L. (1998). *Attachment Styles, Emotion Regulation, And Adjustment In Adolescence. Journal Of Personality And Social Psychology.*
- Cyrulnik, B. (2005). *Bajo El Signo Del Vínculo. Una Historia Natural De Apego. España, Gedisa*

- Delgado, I., Oliva, A. y Sánchez-Queija, I. (2011). Apego a los iguales durante la adolescencia y la adultez emergente. *Anales de Psicología*.
- Erickson, Erick. (1970) *Infancia Y Sociedad*. J Buenos Aires: Gedisa
- Eisenberg, N. Spinrad, T. (2004). Emotion-related regulation: sharpening the definition. *Child Development*.
- Erikson E.H.: *Adolescence Et Crise*. Trad. Par J. Nass Et C. Louis-Combet, (1972). Paris: Flammarion.
- (Ensanut) 2006. Encuesta Nacional De Salud Y Nutrición.
- Erikson E. (1968), *Identidad, Juventud Y Crisis*. Buenos Aires: Paidós,
- Erickson, E. (1970) *Infancia Y Sociedad*. Buenos Aires: Gedisa.
- Estudio Del Psicoanálisis Y Psicología - Aberastury, Los Tres Duelos Del Adolescente ([Http://Psicopsi.Com/Aberasturi-Duelo-Cuerpo-Infantil](http://Psicopsi.Com/Aberasturi-Duelo-Cuerpo-Infantil)).
- Erikson E.H.: 1972.) *Adolescence Et Crise*. Trad. Par J. Nass Et C. Louis-Combet Paris: Flammarion
- Erikson, *Identidad, Juventud Y Crisis*. Editorial Paidós, Buenos Aires 1968
- Estudio Del Psicoanálisis Y Psicología - Aberastury, Los Tres Duelos Del Adolescente ([Http://Psicopsi.Com/Aberasturi-Duelo-Cuerpo-Infantil](http://Psicopsi.Com/Aberasturi-Duelo-Cuerpo-Infantil)).
- Duperly (2000) *Obesidad. Un enfoque integral*. Colombia: Universidad del Rosario

- De La Cruz Ana, (1988) “El Proceso Diagnóstico En Adolescente” Ficha De Circulación Interna- Manual Cátedra De Entrevista Psicológica- Facultad De Psicología.
- Doltó, F, Nasio, D, (1997) “El Niño Del Espejo. El Trabajo Psicoterapéutico”Chile: Gedisa.
- Fonagy P. (2004) Teoría Del Apego Y Psicoanálisis. Barcelona: Espaxs Sa.
- Fonagy P., Leight, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R. Y Matoon, G. (1996). The Relation Ofattachment Status, Psychiatric Classification And Response To Psychotherapy. Journal Of Consulting And Clinical Psychology. 64, 22-31
- Garcia- Fernando, M. (1990). Aspectos sociales del deporte. Una reflexión sociológica. Madrid: alianza.
- Goijman Leonardo: (2009) “El Paciente Adolescente Del Años 2000”- Revista De Psicoanálisis. Ediatada Por La Asociación Psicoanalítica Argentina- Tomo Lvi N°1.
- Familianova Schola. (2007). Los Trastornos De La Conducta Alimentaria: Visión Desde La Psicopatología Del Desarrollo. Italia.
- Freud, S. (2001) “Tres Ensayos Para Una Teoría Sexual: Las Metamorfosis De La Pubertad” En Obras Completas. México: Amorroutu.

- Furman W, Wehner EA. 1997. Adolescent romantic relationships: a developmental perspective. In Romantic Relationships in Adolescence: Developmental Perspectives, San Francisco: Shulman.
- Garza, A., (2000): Manual De Técnicas De Investigación Para Estudiantes De Ciencias Sociales, Mc Graw Hill, México.
- González, E. & Merino, B. (Coords) (2000). Guía De Nutrición Saludable Y Prevención De Los Trastornos Alimenticios. Madrid: Misc-Mec
- González, C., W., J., (2009). Características Socioeconómicas, Familiares Y Ambientales En Niños Obesos De La Parroquia Antimano, Caracas. Revista De Ciencias Sociales [Ve], Vol. Xv, Núm.2, Abril-Junio, 2009, Pp.235-244 Universidad Del Zulia, Venezuela.
- Grau M. A. Y Meneghello J. (2000), Psiquiatría Y Psicología De La Infancia Y La Adolescencia. México, Panamericana.
- <http://www.conade.gob.mx/biblioteca/Documentos/Articulo03.pdf>
- http://www.unicef.org/devpro/files/SOWC_2011_Main_Report_SP_02092011.pdf
- Hernández, R. Fernández, C. Baptista, P. (2003) Metodología De La Investigación. Mcgraw-Hill: México.
- Hospital Adolfo López Mateos” Del Issste Grupo Comedores Compulsivos (2012)

- Instituto Nacional De Salud Pública. Encuesta Nacional De Salud Y Nutrición (2006). México, D: F: Pp.: 94-97.
- Jarne, A., Talavn, A., (2000), Manual De Psicopatología Clínica. Paidós. México.
- Kaplan, H. Y Sadpck B., (1982), Tratado De Psiquiatría. España, Masson-Salvat.
- Klein, M. (1993) “El Papel De La Escuela En El Desarrollo Libidinoso Del Niño” En Obras Completas. Paidós, Barcelona.
- Kobak, R. Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: working models, affect regulation and representations of self and others. Child Development
- Kolb, L. (1951). Psiquiatría Clínica Moderna. México, La Prensa Médica Mexicana.
- Kuri, M. P. Y González R., J.F., (2009). La Obesidad. Problemas De Salud Emergentes. Dirección General De Epidemiología, Secretaría De Salud.
- La Organización De Las Naciones Unidas Para La Alimentación Y La Agricultura (Fao), En Su Último Informe “The State Of Food And Agriculture” (2013)
- Lebovici, S.; Diatkine, R.; Soule, M. (1990) Tratado De Psiquiatría Del Niño Y Del Adolescente. Tomo Iv. Biblioteca Nueva: España.
- Lebovici S. Y Weil-Halpern F. (2006), La Psicopatología Del Bebé. México, Siglo XXI.

- Lebovici, S.; Diatkine, R.; Soule, M. (1990) Tratado De Psiquiatría Del Niño Y Del Adolescente. Tomo Iv. Biblioteca Nueva: España.
- Levi, M. (1985) "Historización, Actualidad Y Acción En La Adolescencia" Revista Apdeba. Vol Xvii-
- Main, M. Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for classification of behavior. En T. Brazelton M. Yogman (Eds.), Affective Development in Infancy. Norwood: Ablex.
- Marrone, M. (2001). La Teoría Del Apego. Un Enfoque Actual. España. Psicopática.
- Mckinney, J. (1982) Psicología del desarrollo. Edad. Adolescente. Mexico: el manual moderno S:A
- Méndez y Uribe (2002) Obesidad: epidemiología, fisiopatología y manifestaciones clínicas. México: Manual Moderno
- Mikulincer, M. Sheffi, E. (2000). Adult attachment style and cognitive reactions to positive affect: a test of mental categorization and creative problem solving. Motivation and Emotion
- Mikulincer, M., Gillath, O. Shaver, P. (2002). Activation of the attachment system in adulthood: threat-related primes increase the accessibility of mental representations of attachment figures. Journal of Personality and Social Psychology

- Mikulincer, M., Shaver, P. Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*.
 - Morris, C. (1992) *Introducción A La Psicología*. México: Prentice Hall.
 - Nasio, J. (1999.) *Enseñanza De Siete Conceptos Cruciales Del Psicoanálisis*. Barcelona: Gedisa.
 - Oliva, A. (2004) *Estado Actual De La Teoría Del Apego*. *Revista De Psiquiatría Y Psicología Del Niño Y Del Adolescente* 4 (1): 65-75.
 - Obiols, G; Di Segni, S. (1993) *Adolescencia, Posmodernidad Y Escuela. Secundarial*. Buenos Aires: Kapeluz.
 - Papalia, D. (1997) *Desarrollo humano*. Mexico: Mc Graw Hill
- Parra, A., Oliva, A. y Reina, M.C. (2007) .Family relationships from adolescence to emerging adulthood: A longitudinal study. *Journal of Family Issues*
- Pardo, M.; Pineda, S.; Carillo, S.; Castro, J.; (2006) *Análisis Psicométrico Del Inventario De Apego Con Padres Y Pares En Una Muestra De Adolescentes Colombianos*. *Revista Interamericana De Psicología*, Septiembre-Diciembre, Año/Vol. 40, Número 003. Pp. 289-302. *Sociedad Interamericana De Psicología*: Porto Alegre, Brasil.

- Peláez, M.; Labrador, F. Y Raich, R. (2005). Prevalencia De Los Trastornos De La Conducta Alimentaria; Consideraciones Metodológicas. International Journal Of Psychology And Psychological Therapy. Vol. 5, No. 2. Canada.
- Pick, S. Y López, A., (2002): Como Investigar En Ciencias Sociales, Trillas, México.
- Revista Chilena De Pediatría. (2012) Vol. 78, No. 5. Chile.
- Rodríguez, L. (2007). Situación Nutricional Del Escolar Y Adolescente En Chile. Revista Chilena De Pediatría. Vol. 78, No. 5. Chile.
- Saldarriaga, L. (2005) Vínculos De Apego Y Relaciones De Amistad En La Adolescencia, Bogotá: Ceso Y Ediciones Uniandes.
- Santos, S. (2005) La educación física escolar ante el problema de la obesidad y el sobrepeso. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. vol. 19.
- Santrok, J. (2004) Adolescencia, psicología del desarrollo. Madrid. Mc Graw Hill.
- Sanchez, A.(2003) La alimentación y la salud. Madrid: Mc Graw Hill.
- Silva, D. (2007) La adolescencia y su interrelación con el entorno. Madrid: Ergon.
- Silvestri y Stavile (2005) Aspectos Psicológicos De La Obesidad, Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario. Córdoba Capital

- Secretaría de Salud, INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006. Proceso INSP.
- Steinberg ,L. 2002. Parenting adolescents. San Fransisco: Shulman
- Steinberg L, Silk J. 2002. Parenting adolescents. San Fransisco: shulman.
- Spornoro A. Medicina Evolucionaria: Una Ciencia Básica Emergente (2005).Chile: Rev Med
- Sroufe, A. (2000). Desarrollo Emocional. México: Oxford University
- Stunkand, A., Kaplan, Sadock. (1982). Tratado De Psiquiatría Salvat Editores. Barcelona
- Winnicott, (1984) Los Procesos De Maduración Y El Ambiente Facilitador. Estudios Para Una Teoría Del Desarrollo Emocional, Barcelona, Amorrortu,
- Valdés, N. (2002). Consideraciones acerca de los estilos de apego y su repercusión en la práctica clínica. Revista Terapia Psicológica, 20, 139-149.

ANEXOS



INVENTARIO DE APEGO DE PADRES Y DE PARES

Edad: _____
 Género: F M
 Peso: _____
 Talla: _____

Este cuestionario indaga acerca de las relaciones con personas importantes en su vida; su mamá, su papá y sus amigos cercanos. Por favor lea con mucho cuidado las instrucciones de cada una de las partes.

Parte 1.

Algunas de las siguientes oraciones le preguntan por sus sentimientos acerca de su mamá o de la persona que ha actuado como su mamá. Si tiene más de una persona que actúe como su mamá (por ejemplo madre natural y adoptiva), responda las preguntas pensando en aquella persona que siente que ha tenido más influencia sobre usted. Por favor lea cada oración y pregúntese que tan de acuerdo esté con ella, coloque el número que indique que tanto esté de acuerdo con ella en cada casillero.

1. Casi nunca o nunca es cierto
2. No muy frecuentemente es cierto
3. Algunas veces es cierto
4. Con frecuencia es cierto
5. Casi siempre o siempre es cierto

	A	B	C
1. Mi mamá respeta mis sentimientos.	→	<input type="text"/>	
2. Siento que mi mamá hace un buen trabajo siendo mi mamá.	→	<input type="text"/>	
3. Quisiera haber tenido una mamá diferente.	→	<input type="text"/>	
4. Mi mamá me acepta tal como soy.	→	<input type="text"/>	
5. Me gusta saber la opinión de mi mamá cuando hay cosas que me preocupan.	→	<input type="text"/>	
6. Siento que no tiene sentido que mi mamá se dé cuenta de lo que estoy sintiendo.	→	<input type="text"/>	
7. Mi mamá sabe cuando estoy molesto por algo.	→	<input type="text"/>	
8. Me siento avergonzado y tonto cuando hablo con mi mamá sobre mis problemas.	→		<input type="text"/>
9. Mi mamá espera demasiado de mí.	→	<input type="text"/>	
10. Cuando estoy con mi mamá me enoja fácilmente.	→		<input type="text"/>
11. Me siento mal en muchas más ocasiones de las que mi mamá se entera.	→		<input type="text"/>
12. Cuando discutimos sobre algo, mi mamá tiene en cuenta mi punto de vista.	→	<input type="text"/>	
13. Mi mamá confía en mi juicio.	→	<input type="text"/>	
14. Mi mamá tiene sus propios problemas, y por eso yo no la molesto con los míos.	→	<input type="text"/>	
15. Mi mamá me ayuda a entenderme mejor a mí mismo.	→	<input type="text"/>	
16. Le cuento a mi mamá sobre mis problemas y dificultades.	→	<input type="text"/>	
17. Siento rabia hacia mi mamá.	→		<input type="text"/>
18. Mi mamá no me presta mucha atención.	→		<input type="text"/>
19. Mi mamá me ayuda a hablar sobre mis dificultades.	→	<input type="text"/>	
20. Mi mamá me entiende.	→	<input type="text"/>	
21. Cuando tengo rabia por algo, mi mamá trata de ser comprensiva.	→	<input type="text"/>	
22. Yo confío en mi mamá.	→	<input type="text"/>	
23. Mi mamá no entiende por lo que estoy pasando en este momento.	→		<input type="text"/>
24. Puedo contar con mi mamá cuando necesito desahogarme.	→	<input type="text"/>	
25. Si mi mamá sabe que algo me está molestando, me pregunta sobre el tema.	→	<input type="text"/>	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>



Parte 2.

Esta parte le pregunta acerca de sus sentimientos por su papá, o por la persona que ha sido como su papá. Si tiene más de una persona que actúe como su papá (por ejemplo padre natural o adoptivo), responda las preguntas con respecto a la persona que siente que ha tenido más influencia sobre usted. Por favor lee cada oración y pregúntese que tan de acuerdo está con ella, coloque el número que indique que tanto está de acuerdo con ella en cada casillero.

1. Casi nunca o nunca es cierto
2. No muy frecuentemente es cierto
3. Algunas veces es cierto
4. Con frecuencia es cierto
5. Casi siempre o siempre es cierto

	A	B	C
1. Mi papá respeta mis sentimientos.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Siento que mi papá hace un buen trabajo siendo mi papá.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Quisiera haber tenido un papá diferente.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Mi papá me acepta tal como soy.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Me gusta saber la opinión de mi papá cuando hay cosas que me preocupan.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Siento que no tiene sentido que mi papá se dé cuenta de lo que estoy sintiendo.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Mi papá sabe cuando estoy molesto por algo.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Me siento avergonzado y tonto cuando hablo con mi papá sobre mis problemas.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Mi papá espanta demasiado de mí.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Cuando estoy con mi papá me enoja fácilmente.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Me siento mal en muchas más ocasiones de las que mi papá se entera.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. Cuando discutimos sobre algo, mi papá tiene en cuenta mi punto de vista.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13. Mi papá confía en mi juicio.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. Mi papá tiene sus propios problemas, y por eso yo no lo molesto con los míos.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15. Mi papá me ayuda a entenderme mejor a mí mismo.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16. Le cuento a mi papá sobre mis problemas y dificultades.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17. Siento rabia hacia mi papá.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18. Mi papá no me presta mucha atención.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19. Mi papá me ayuda a hablar sobre mis dificultades.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20. Mi papá me entiende.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
21. Cuando tengo rabia por algo, mi papá trata de ser comprensivo.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
22. Yo confío en mi papá.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
23. Mi papá no entiende por lo que estoy pasando en este momento.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
24. Puedo contar con mi papá cuando necesito desahogarme.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
25. Si mi papá sabe que algo me está molestando, me pregunta sobre el tema.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Parte 3.

Esta parte le pregunta acerca de sus sentimientos por sus amigos cercanos. Por favor lee cada oración y tache el número que indique mejor que tan cierta es esta oración para usted en este momento. Por favor lee cada oración y pregúntese que tan de acuerdo está con ella, coloque el número que indique que tanto esté de acuerdo con ella en cada casillero.

1. Casi nunca o nunca es cierto
2. No muy frecuente-mente es cierto
3. Algunas veces es cierto
4. Con frecuencia es cierto
5. Casi siempre o siempre es cierto

	A	B	C
1. Me gusta saber la opinión de mis amigos cuando hay cosas que me preocupan.	<input type="checkbox"/>		
2. Mis amigos se dan cuenta que estoy molesto por algo.	<input type="checkbox"/>		
3. Cuando discutimos sobre algo, mis amigos tienen en cuenta mi punto de vista.	<input type="checkbox"/>		
4. Me siento avergonzado y tonto cuando con mis amigos sobre mis problemas.			<input type="checkbox"/>
5. Deseo tener amigos diferentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Mis amigos me entienden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Mis amigos me animan a hablar sobre mis problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Mis amigos me aceptan tal como soy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Siento que necesito estar en contacto con mis amigos mucho más seguido.			<input type="checkbox"/>
10. Mis amigos no entienden por lo que estoy pasando.			<input type="checkbox"/>
11. Me siento solo o aislado cuando estoy con mis amigos.			<input type="checkbox"/>
12. Mis amigos me escuchan cuando quiero decir algo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Siento que mis amigos son buenos amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Puedo o me resulta fácil hablar con mis amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Cuando tengo rabia por algo, mis amigos tratan de ser comprensivos.			<input type="checkbox"/>
16. Mis amigos me ayudan a entenderme mejor a mí mismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Mis amigos se preocupan por cómo me siento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Siento rabia con mis amigos.			<input type="checkbox"/>
19. Puedo contar con mis amigos cuando necesito desahogarme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Mi papá me entiende.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. Mis amigos respetan mis sentimientos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. Me siento mal en muchas más ocasiones de las que mis amigos se enteran.			<input type="checkbox"/>
23. Me parece que mis amigos están molestos conmigo sin razón aparente.			<input type="checkbox"/>
24. Le puedo contar a mis amigos mis problemas y dificultades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25. Si mis amigos saben que algo me está molestando, me preguntan sobre el tema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESTILOS DE APEGO Y ACTIVIDAD FISICA EN ADOLESCENTES CON Y SIN OBESIDAD

Tabla de IMC para niños(as) y adolescentes de 5 a 18 años de edad (85–114 cm de estatura)

Estatura (cm)	Niños(as) y adolescentes de 85 a 114 cm de estatura																																				
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37									
114	7.7	8.5	9.2	10.0	10.8	11.5	12.3	13.1	13.9	14.6	15.4	16.2	16.9	17.7	18.5	19.2	20.0	20.8	21.5	22.3	23.1	23.9	24.6	25.4	26.2	26.9	27.7	28.5									
113	7.8	8.6	9.4	10.2	11.0	11.7	12.5	13.3	14.1	14.9	15.7	16.4	17.2	18.0	18.8	19.6	20.4	21.1	21.9	22.7	23.5	24.3	25.1	25.8	26.6	27.4	28.2	29.0									
112	8.0	8.8	9.6	10.4	11.2	12.0	12.8	13.6	14.3	15.1	15.9	16.7	17.5	18.3	19.1	19.9	20.7	21.5	22.3	23.1	23.9	24.7	25.5	26.3	27.1	27.9	28.7	29.5									
111	8.1	8.9	9.7	10.6	11.4	12.2	13.0	13.8	14.6	15.4	16.2	17.0	17.9	18.7	19.5	20.3	21.1	21.9	22.7	23.5	24.3	25.2	26.0	26.8	27.6	28.4	29.2	30.0									
110	8.3	9.1	9.9	10.7	11.6	12.4	13.2	14.0	14.9	15.7	16.5	17.4	18.2	19.0	19.8	20.7	21.5	22.3	23.1	24.0	24.8	25.6	26.4	27.3	28.1	28.9	29.8	30.6									
109	8.4	9.3	10.1	10.9	11.8	12.6	13.5	14.3	15.2	16.0	16.8	17.7	18.5	19.4	20.2	21.0	21.9	22.7	23.6	24.4	25.3	26.1	26.9	27.8	28.6	29.5	30.3	31.1									
108	8.6	9.4	10.3	11.1	12.0	12.9	13.7	14.6	15.4	16.3	17.1	18.0	18.9	19.7	20.6	21.4	22.3	23.1	24.0	24.9	25.7	26.6	27.4	28.3	29.1	30.0	30.9	31.7									
107	8.7	9.6	10.5	11.4	12.2	13.1	14.0	14.8	15.7	16.6	17.5	18.3	19.2	20.1	21.0	21.8	22.7	23.6	24.5	25.3	26.2	27.1	28.0	28.8	29.7	30.6	31.4	32.3									
106	8.9	9.8	10.7	11.6	12.5	13.3	14.2	15.1	16.0	16.9	17.8	18.7	19.6	20.5	21.4	22.2	23.1	24.0	24.9	25.8	26.7	27.6	28.5	29.4	30.3	31.1	32.0	32.9									
105	9.1	10.0	10.9	11.8	12.7	13.6	14.5	15.4	16.3	17.2	18.1	19.0	20.0	20.9	21.8	22.7	23.6	24.5	25.4	26.3	27.2	28.1	29.0	29.9	30.8	31.7	32.7	33.6									
104	9.2	10.2	11.1	12.0	12.9	13.9	14.8	15.7	16.6	17.6	18.5	19.4	20.3	21.3	22.2	23.1	24.0	25.0	25.9	26.8	27.7	28.7	29.6	30.5	31.4	32.4	33.3	34.2									
103	9.4	10.4	11.3	12.3	13.2	14.1	15.1	16.0	17.0	17.9	18.9	19.8	20.7	21.7	22.6	23.6	24.5	25.5	26.4	27.3	28.3	29.2	30.2	31.1	32.0	33.0	33.9	34.9									
102	9.6	10.6	11.5	12.5	13.5	14.4	15.4	16.3	17.3	18.3	19.2	20.2	21.1	22.1	23.1	24.0	25.0	26.0	26.9	27.9	28.8	29.8	30.8	31.7	32.7	33.6	34.6	35.6									
101	9.8	10.8	11.8	12.7	13.7	14.7	15.7	16.7	17.6	18.6	19.6	20.6	21.6	22.5	23.5	24.5	25.5	26.5	27.4	28.4	29.4	30.4	31.4	32.3	33.3	34.3	35.3	36.3									
100	10.0	11.0	12.0	13.0	14.0	15.0	16.0	17.0	18.0	19.0	20.0	21.0	22.0	23.0	24.0	25.0	26.0	27.0	28.0	29.0	30.0	31.0	32.0	33.0	34.0	35.0	36.0	37.0									
99	10.2	11.2	12.2	13.3	14.3	15.3	16.3	17.3	18.4	19.4	20.4	21.4	22.4	23.5	24.5	25.5	26.5	27.5	28.6	29.6	30.6	31.6	32.6	33.7	34.7	35.7	36.7	37.8									
98	10.4	11.5	12.5	13.5	14.6	15.6	16.7	17.7	18.7	19.8	20.8	21.9	22.9	23.9	25.0	26.0	27.1	28.1	29.2	30.2	31.2	32.3	33.3	34.4	35.4	36.4	37.5	38.5									
97	10.6	11.7	12.8	13.8	14.9	15.9	17.0	18.1	19.1	20.2	21.3	22.3	23.4	24.4	25.5	26.6	27.6	28.7	29.8	30.8	31.9	32.9	34.0	35.1	36.1	37.2	38.3	39.3									
96	10.9	11.9	13.0	14.1	15.2	16.3	17.4	18.4	19.5	20.6	21.7	22.8	23.9	25.0	26.1	27.1	28.2	29.3	30.4	31.5	32.6	33.6	34.7	35.8	36.9	38.0	39.1	40.1									
95	11.1	12.2	13.3	14.4	15.5	16.6	17.7	18.8	19.9	21.1	22.2	23.3	24.4	25.5	26.6	27.7	28.8	29.9	31.0	32.1	33.2	34.3	35.5	36.6	37.7	38.8	39.9	41.0									
94	11.3	12.4	13.6	14.7	15.8	17.0	18.1	19.2	20.4	21.5	22.6	23.8	24.9	26.0	27.2	28.3	29.4	30.6	31.7	32.8	34.0	35.1	36.2	37.3	38.5	39.6	40.7	41.9									
93	11.6	12.7	13.9	15.0	16.2	17.3	18.5	19.7	20.8	22.0	23.1	24.3	25.4	26.6	27.7	28.9	30.1	31.2	32.4	33.5	34.7	35.8	37.0	38.2	39.3	40.5	41.6	42.8									
92	11.8	13.0	14.2	15.4	16.5	17.7	18.9	20.1	21.3	22.4	23.6	24.8	26.0	27.2	28.4	29.5	30.7	31.9	33.1	34.3	35.4	36.6	37.8	39.0	40.2	41.4	42.5	43.7									
91	12.1	13.3	14.5	15.7	16.9	18.1	19.3	20.5	21.7	22.9	24.2	25.4	26.6	27.8	29.0	30.2	31.4	32.6	33.8	35.0	36.2	37.4	38.6	39.9	41.1	42.3	43.5	44.7									
90	12.3	13.6	14.8	16.0	17.3	18.5	19.8	21.0	22.2	23.5	24.7	25.9	27.2	28.4	29.6	30.9	32.1	33.3	34.6	35.8	37.0	38.3	39.5	40.7	42.0	43.2	44.4	45.7									
89	12.6	13.9	15.1	16.4	17.7	18.9	20.2	21.5	22.7	24.0	25.2	26.5	27.8	29.0	30.3	31.6	32.8	34.1	35.3	36.6	37.9	39.1	40.4	41.7	42.9	44.2	45.4	46.7									
88	12.9	14.2	15.5	16.8	18.1	19.4	20.7	22.0	23.2	24.5	25.8	27.1	28.4	29.7	31.0	32.3	33.6	34.9	36.2	37.4	38.7	40.0	41.3	42.6	43.9	45.2	46.5	47.8									
87	13.2	14.5	15.9	17.2	18.5	19.8	21.1	22.5	23.8	25.1	26.4	27.7	29.1	30.4	31.7	33.0	34.4	35.7	37.0	38.3	39.6	41.0	42.3	43.6	44.9	46.2	47.6	48.9									
86	13.5	14.9	16.2	17.6	18.9	20.3	21.6	23.0	24.3	25.7	27.0	28.4	29.7	31.1	32.4	33.8	35.2	36.5	37.9	39.2	40.6	41.9	43.3	44.6	46.0	47.3	48.7	50.0									
85	13.8	15.2	16.6	18.0	19.4	20.8	22.1	23.5	24.9	26.3	27.7	29.1	30.4	31.8	33.2	34.6	36.0	37.4	38.8	40.1	41.5	42.9	44.3	45.7	47.1	48.4	49.8	51.2									
Peso (kg)	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37									

Tabla de IMC para niños(as) y adolescentes de 5 a 18 años de edad (115–144 de estatura)

Estatura (cm)	Niños(as) y adolescentes de 115 a 144 cm de estatura																																											
	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44											
144	5.8	6.3	6.8	7.2	7.7	8.2	8.7	9.2	9.6	10.1	10.6	11.1	11.6	12.1	12.5	13.0	13.5	14.0	14.5	14.9	15.4	15.9	16.4	16.9	17.4	17.8	18.3	18.8	19.3	19.8	20.3	20.7	21.2											
143	5.9	6.4	6.8	7.3	7.8	8.3	8.8	9.3	9.8	10.3	10.8	11.2	11.7	12.2	12.7	13.2	13.7	14.2	14.7	15.2	15.6	16.1	16.6	17.1	17.6	18.1	18.6	19.1	19.6	20.0	20.5	21.0	21.5											
142	6.0	6.4	6.9	7.4	7.9	8.4	8.9	9.4	9.9	10.4	10.9	11.4	11.9	12.4	12.9	13.4	13.9	14.4	14.9	15.4	15.9	16.4	16.9	17.4	17.9	18.3	18.8	19.3	19.8	20.3	20.8	21.3	21.8											
141	6.0	6.5	7.0	7.5	8.0	8.6	9.1	9.6	10.1	10.6	11.1	11.6	12.1	12.6	13.1	13.6	14.1	14.6	15.1	15.6	16.1	16.6	17.1	17.6	18.1	18.6	19.1	19.6	20.1	20.6	21.1	21.6	22.1											
140	6.1	6.6	7.1	7.7	8.2	8.7	9.2	9.7	10.2	10.7	11.2	11.7	12.2	12.8	13.3	13.8	14.3	14.8	15.3	15.8	16.3	16.8	17.3	17.9	18.4	18.9	19.4	19.9	20.4	20.9	21.4	21.9	22.4											
139	6.2	6.7	7.2	7.8	8.3	8.8	9.3	9.8	10.4	10.9	11.4	11.9	12.4	12.9	13.5	14.0	14.5	15.0	15.5	16.0	16.6	17.1	17.6	18.1	18.6	19.2	19.7	20.2	20.7	21.2	21.7	22.3	22.8											
138	6.3	6.8	7.4	7.9	8.4	8.9	9.5	10.0	10.5	11.0	11.6	12.1	12.6	13.1	13.7	14.2	14.7	15.2	15.8	16.3	16.8	17.3	17.9	18.4	18.9	19.4	20.0	20.5	21.0	21.5	22.1	22.6	23.1											
137	6.4	6.9	7.5	8.0	8.5	9.1	9.6	10.1	10.7	11.2	11.7	12.3	12.8	13.3	13.9	14.4	14.9	15.5	16.0	16.5	17.0	17.6	18.1	18.6	19.2	19.7	20.2	20.8	21.3	21.8	22.4	22.9	23.4											
136	6.5	7.0	7.6	8.1	8.7	9.2	9.7	10.3	10.8	11.4	11.9	12.4	13.0	13.5	14.1	14.6	15.1	15.7	16.2	16.8	17.3	17.8	18.4	18.9	19.5	20.0	20.5	21.1	21.6	22.2	22.7	23.2	23.8											
135	6.6	7.1	7.7	8.2	8.8	9.3	9.9	10.4	11.0	11.5	12.1	12.6	13.2	13.7	14.3	14.8	15.4	15.9	16.5	17.0	17.6	18.1	18.7	19.2	19.8	20.3	20.9	21.4	21.9	22.5	23.0	23.6	24.1											
134	6.7	7.2	7.8	8.4	8.9	9.5	10.0	10.6	11.1	11.7	12.3	12.8	13.4	13.9	14.5	15.0	15.6	16.2	16.7	17.3	17.8	18.4	18.9	19.5	20.0	20.6	21.2	21.7	22.3	22.8	23.4	23.9	24.5											
133	6.8	7.3	7.9	8.5	9.0	9.6																																						

Tablade IMC Para la Edad, de NINAS de 5 a 18 años (OMS 2007)

Edad (años:meses)	Obesidad $\geq + 2$ SD (IMC)	Sobrepeso $\geq + 1$ a $< + 2$ SD (IMC)	Normal ≥ -1 a $< + 1$ SD (IMC)	Desnutrición leve ≥ -2 a < -1 SD (IMC)	Desnutrición moderada ≥ -3 a < -2 SD (IMC)	Desnutrición severa < -3 SD (IMC)
5:1	≥ 18.9	16.9–18.8	13.9–16.8	12.7–13.8	11.8–12.6	< 11.8
5:6	≥ 19.0	16.9–18.9	13.9–16.8	12.7–13.8	11.7–12.6	< 11.7
6:0	≥ 19.2	17.0–19.1	13.9–16.9	12.7–13.8	11.7–12.6	< 11.7
6:6	≥ 19.5	17.1–19.4	13.9–17.0	12.7–13.8	11.7–12.6	< 11.7
7:0	≥ 19.8	17.3–19.7	13.9–17.2	12.7–13.8	11.8–12.6	< 11.8
7:6	≥ 20.1	17.5–20.0	14.0–17.4	12.8–13.9	11.8–12.7	< 11.8
8:0	≥ 20.6	17.7–20.5	14.1–17.6	12.9–14.0	11.9–12.8	< 11.9
8:6	≥ 21.0	18.0–20.9	14.3–17.9	13.0–14.2	12.0–12.9	< 12.0
9:0	≥ 21.5	18.3–21.4	14.4–18.2	13.1–14.3	12.1–13.0	< 12.1
9:6	≥ 22.0	18.7–21.9	14.6–18.6	13.3–14.5	12.2–13.2	< 12.2
10:0	≥ 22.6	19.0–22.5	14.8–18.9	13.5–14.7	12.4–13.4	< 12.4
10:6	≥ 23.1	19.4–23.0	15.1–19.3	13.7–15.0	12.5–13.6	< 12.5
11:0	≥ 23.7	19.9–23.6	15.3–19.8	13.9–15.2	12.7–13.8	< 12.7
11:6	≥ 24.3	20.3–24.2	15.6–20.2	14.1–15.5	12.9–14.0	< 12.9
12:0	≥ 25.0	20.8–24.9	16.0–20.7	14.4–15.9	13.2–14.3	< 13.2
12:6	≥ 25.6	21.3–25.5	16.3–21.2	14.7–16.2	13.4–14.6	< 13.4
13:0	≥ 26.2	21.8–26.1	16.6–21.7	14.9–16.5	13.6–14.8	< 13.6
13:6	≥ 26.8	22.3–26.7	16.9–22.2	15.2–16.8	13.8–15.1	< 13.8
14:0	≥ 27.3	22.7–27.2	17.2–22.6	15.4–17.1	14.0–15.3	< 14.0
14:6	≥ 27.8	23.1–27.7	17.5–23.0	15.7–17.4	14.2–15.6	< 14.2
15:0	≥ 28.2	23.5–28.1	17.8–23.4	15.9–17.7	14.4–15.8	< 14.4
15:6	≥ 28.6	23.8–28.5	18.0–23.7	16.0–17.9	14.5–15.9	< 14.5
16:0	≥ 28.9	24.1–28.8	18.2–24.0	16.2–18.1	14.6–16.1	< 14.6
16:6	≥ 29.1	24.3–29.0	18.3–24.2	16.3–18.2	14.7–16.2	< 14.7
17:0	≥ 29.3	24.5–29.2	18.4–24.4	16.4–18.3	14.7–16.3	< 14.7
17:6	≥ 29.4	24.6–29.3	18.5–24.5	16.4–18.4	14.7–16.3	< 14.7
18:0	≥ 29.5	24.8–29.4	18.6–24.7	16.4–18.5	14.7–16.3	< 14.7